TES.
FIGU/B1

1997

Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Depressão Pós-Parto, Interacção Mãe-Bebé e Desenvolvimento Infantil

ISPA
11377

Centro de Documentação do I.S.P.A.
Telf. 881 17 00
Reg. 11377 C.

Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica
apresentada por Bárbara Fernandes de Carvalho Figueiredo
sob a orientação do Professor Doutor Óscar F. Gonçalves

Descritores: Depressão, Depressão pós-parto, gravidez, interação mãe-criança; primeiro ano de vida; intervenção precoce; maternidade; desenvolvimento infantil.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a todas as mães que delicadamente, e para o proveito de tantas outras, se dispuseram a participar no estudo.

Aos meus colegas —Alice, Alves, Ângela, Carla, Conceição, Céu, Eugénia, Inês, João, Jorge, Jorge Silvério, Miguel, Paulo, Pedro, Rui, Teresa, Iolanda, Zé, e todos os outros — agradeço também terem partilhado comigo o percurso, nem sempre fácil, deste projecto ... até ao fim.

Um particular obrigado à Carla Martins, pelo empenho e ajuda no tratamento estatístico dos dados e pela disponibilidade que mostrou em repartir comigo os seus conhecimentos.

Aos meus alunos, agradeço o apoio insubestimável e o modo como simpaticamente me estimularam para a concretização deste estudo. Especificamente, quero agradecer à Natália Sofia e à Helena Fonseca pela leitura atenta de alguns capítulos da dissertação.

À Cláudia Milheiro, sem o apoio da qual o trabalho empírico nunca se teria realizado, agradeço a ajuda responsável.

À Cátia agradeço o incansável auxílio na computadorização dos dados.

À Ana, ao João e ao Àlvaro, por tudo aquilo que eu nunca seria capaz de ter feito sozinha, a revisão atenta e cuidada do texto, agradeço.

À Marina agradeço o arranjo gráfico da capa.

À Gracinda agradeço o desenho da capa, assim como todas as recomendações estéticas.

Aos meus amigos todos, todos, agradeço nas pessoas do Álvaro, pelo carinho, da Ana e da Ana, por tudo, do Alexandre, da Anabela e do Paulo, do Becas e da Marina, pelas outras coisas, do Carlos, do Paulo e da Mi, por todos os anos em que estiveram presentes, da Cristininha, da Cristina e do João, por me terem ouvido sempre, do Gonçalo, do Gonçalo e do Jorge, da Gracinda e do Augusto, da Mafalda, da Joana, porque nos divertimos, da Lucinda e do Pedro, da Sónia e da Susana, por todos os restantes.

À Maria José Gonçalves, à Margarida Fornelos e à Manuela Fleming, agradeço o estímulo que deram e a amizade que demonstraram, sempre que precisei.

Agradeço também aos meus professores, colegas mais velhos do departamento, que me acompanharam desde os primeiros passos, durante a licenciatura, e que me ampararam nas quedas tanto quanto me estimularam à exploração, apontando novos horizontes. A todos eles, o meu obrigada.

Particularmente, quero agradecer ao Prof. Doutor Leandro de Almeida, pela resposta pronta a todas as questões postas e pela sua simpática disponibilidade para a ajuda.

Ao Prof. Doutor Artur Mesquita, pelas palavras amigas, sempre amigas.

À Prof. Doutora Teresa McIntyre pelo incentivo e pela forma dedicada com que contribuiu para a minha formação clínica.

À Prof. Doutora Isabel Soares pelo o apoio e carinho, pelo estímulo, pelo cuidado, pelo doce sabor de seu olhar terno e compreensivo, um grande obrigada.

Ao Prof. Doutor Channi Kumar quero agradecer a ajuda que, desde o início, prestou na elaboração do projecto e, mais recentemente, o auxílio no tratamento e discussão dos resultados. Quero ainda agradecer o ter esperado este anos todos, sem ter desesperado, compreendendo o evoluir da minha maturidade interna.

Ao Prof. Doutor Óscar Gonçalves, pelo seu brio conceptual e pela sua pessoalidade que foram para mim modelo durante todos estes anos. E, também, por ter acreditado, agradeço a confiança e a compreensão sempre manifestada.

A toda a minha família, particularmente à memória dos meus avós e à presença dos meus tios.

Aos meus irmãos Daniela e Tiago, ao meu cunhado Zé, agradeço.

Ao meu pai, pelo desafio, agradeço o ter-me repetidas vezes mostrado que tudo isto era simplesmente possível.

À minha mãe por tudo aquilo que não se transmite em palavras e que aprendi nos primeiros anos da minha vida, uma riqueza humana que se polinizou na minha actividade clínica e científica, agradeço igualmente.

Ao meu filho agradeço o olhar terno com que horas a fio, sossegadamente ou não, me observou e me compreendeu, sempre, a trabalhar.

Este trabalho foi parcialmente realizado com o apoio da Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica

INDICE

NOTA PREAMBULAR

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I: MATERNIDADE E SAÚDE MENTAL 11
1. Maternidade: Enquadramento histórico e sócio-cultural 13
2. Maternidade: Perspectivas de estudo 15
3. Maternidade enquanto Período de Desenvolvimento 16
4. Maternidade enquanto período de risco Psicológico 22
5. Perturbações Psicopatológicas do Puerpério: Interesse do estudo 32

CAPÍTULO II: DEPRESSÃO PÓS-PARTO 35
1. Incidência, Prevalência e Recorrência da Depressão Pós-parto 38
1.1. Incidência e prevalência da depressão pós-parto 38
1.2. Recorrência da Depressão Pós-parto 47
2. Início, Curso, Duração, Gravidade e Evolução da Depressão Pós-parto 55
2.1. Início da depressão pós-parto 55
2.2. Curso e duração da depressão pós-parto 56
2.3. Gravidade e evolução da depressão pós-parto 60
3. Sintomatologia da Depressão Pós-parto 61
4. Etiologia da Depressão Pós-parto 67
4.1. Factores biológicos na etiologia da depressão pós-parto 67
4.1.1. Hormonas e outros produtos bioquímicos 68
4.1.2. Complicações orgânicas e outras circunstâncias médicas durante a gravidez e o parto 73
4.1.3. Paridade 75
4.1.4. Idade 76
4.2. Factores psicológicos na etiologia da depressão pós-parto 76
4.2.1. Antecedentes familiares 77
4.2.2. História psiquiátrica prévia 79
4.2.3. Características da personalidade 82
4.2.4. História pessoal 85
4.2.5. Relacionamento conjugal 86
4.2.6. Suporte social 93
4.2.7. Dificuldades psicológicas ocorridas durante a gravidez e/ou início do puerpério 95
4.2.8. Acontecimentos de vida adversos ocorridos durante a gravidez e/ou o puerpério 104
4.2.9. Relacionamento com o bebé 105
4.3. Factores sócio-culturais na etiologia da depressão pós-parto 111
4.3.1. Estatuto matrimonial 111
4.3.2. Nível Educativo e Ocupacional 112
4.3.3. Nível Sócio-económico 113
4.3.5. Circunstâncias culturais 114
5. Depressão Pós-parto e restantes distúrbios psicopatológicos do puerpério 119
5.1. Depressão pós-parto e *blues* pós-parto 119
5.2. Depressão pós-parto e psicose puerperal 123
6. Depressão Pós-parto enquanto Entidade Diagnostica 128
7. Avaliação da Depressão Pós-parto 130
8. Intervenção na Depressão Pós-parto 132
8.1. Medidas preventivas durante a gravidez e início do puerpério 135
8.2. Psicoterapia e outras medidas de apoio durante o puerpério 136
8.3. Internamento em unidades mãe-bebé 140
9. Prioridades em termos de Investigação futura 142

CAPÍTULO III: INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ 145
1. O Estudo da Interacção Mãe-Bebé: Enquadramento histórico e conceptual 147
2. O que é a Interacção Mãe-Bebé ? 154

3. Características da Interacção Mãe-Bebé 158
3.1. Competências sensoriais do bebé na interacção com a mãe 159
3.2. Competências comportamentais do bebé na interacção com a mãe 164
3.3. Repertório comportamental da mãe na interacção com o bebé 174
3.4.Repertório interactivo na interacção mãe-bebé 185
4. Determinantes da Interacção Mãe-Bebé 188
4.1. Circunstâncias relativas à mãe 189
4.2. Circunstâncias relativas ao bebé 205
4.3. Circunstâncias relativas ao contexto 222
5. Interacção Pai-Bebé, Interacção Mãe-Pai-Bebé e Interacção Mãe-Bebé-outra Criança 227
6. Interacção Mãe-Bebé e Desenvolvimento do Bebé 230
7. Interacção Mãe-Bebé: Interesse do estudo 244

CAPÍTULO IV: DEPRESSÃO PÓS-PARTO, INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ E DESENVOLVIMENTO INFANTIL 247
1. Saúde Mental da Mãe e Interacção Mãe-bebé 249
1.1. Esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico da mãe e interacção mãe-bebé 252
1.2. Depressão pós-parto da mãe e interacção mãe-bebé 256
2. Saúde Mental da Mãe e Desenvolvimento Infantil 303
2.1. Esquizofrenia e outras distúrbios psicóticos da mãe e desenvolvimento infantil 306
2.2. Depressão da mãe e desenvolvimento infantil 310
2.3. Depressão pós-parto da mãe e desenvolvimento infantil 317
2.3.1. Efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o comportamento da criança 317
2.3.2. Efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento da vinculação por parte da criança à mãe 332
2.3.3. Efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento psicomotor e cognitivo da criança 340

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I: OBJECTIVOS, HIPÓTESES E METODOLOGIA 375
1. Objectivos 377
2. Hipóteses 377
2.1. Interacção Mãe-bebé 378
2.2. Repercussões adversas no Bebé 380
2.3. Repercussões adversas na Mãe 382
3. Método 382
3.1. Sujeitos 383
3.1.1. Selecção da Amostra 383
3.1.2. Composição da Amostra 386
3.2. Material e Instrumentos 388
3.2.1. Questionário de Identificação 395
3.2.2 Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-parto 396
3.2.3. Classificação Social da Família de Graffar 401
3.2.4. Entrevista Psiquiátrica Estandardizada 401
3.2.5. Escalas para a Avaliação do Desenvolvimento do Bebé de Bayley 402
3.2.6. Inventário Home para Crianças dos 0 aos 3 anos 409
3.2.7. Questionário para a Avaliação da Adaptação Mãe-bebé durante o Primeiro Ano de Vida 417
3.2.8. Escalas para a Avaliação da Interacção Mãe-bebé de Field 422
3.2.9. Grelha para a Observação da Interacção Mãe-bebé em Situação de Interacção Livre 428
3.2.10. Escala para a avaliação dos Cuidados prestados pelo Pai ao Bebé durante o Primeiro Ano de Vida 431
3.2.11. Escala de Ajustamento Social 433
3.3. Acordo entre observadores 434
3.4. Procedimento 438
3.5. Procedimentos Estatísticos utilizados 445
3.5.1. Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos e Teste de Wilcoxon para amostras de sujeitos emparelhados 446

3.5.2. Análise de variância simples para ordens de Kruskal-Wallis 448
3.5.3. Coeficientes de correlação 450
3.5.4. Análise da Regressão Múltipla 451
3.5.5. Análise Discriminante 453

CAPÍTULO II: RESULTADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS 457
1 Depressão Pós-parto e Interacção mãe-bebé 459
2. Depressão Pós-parto e Repercussões adversas no Bebé 575
3. Repercussões adversas na Depressão Pós-parto Materna 620

PARTE III
CONCLUSÕES

CAPÍTULO I: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 657

CAPÍTULO II: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E OUTRAS CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS 747

BIBLOGRAFIA 753

ANEXOS 813
Anexo I: Carta enviada às Mães para selecção da Amostra 815
Anexo II: Questionário de Identificação para selecção da Amostra 819
Anexo III: Critério de Amostragem e Critérios de Emparelhamento 823
Anexo IV: Versão Traduzida da Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-parto 827
Anexo V: Versão traduzida e adaptada para Investigação da Classificação Social da Família de Graffar 831
Anexo VI: Escalas para a Avaliação do Desenvolvimento do Bebé de Bayley 835
Anexo VII: Inventário Home para Crianças dos 0 aos 3 anos 857
Anexo VII: Questionário para a Avaliação da Adaptação Mãe-bebé durante o Primeiro Ano de Vida 863
Anexo IX: Escalas para a Avaliação da Interacção Mãe-bebé de Field 867
Anexo X: Grelha para a Observação da Interacção Mãe-bebé em Situação de Interacção Livre 871
Anexo XI: Escala para a avaliação dos Cuidados prestados pelo Pai ao Bebé durante o Primeiro Ano de Vida 877
Anexo XII: Escala de Ajustamento Social 881

NOTA PREAMBULAR

Com o título "Depressão pós-parto, Interacção mãe-bebé e Desenvolvimento infantil" a dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde que agora apresentamos organiza-se em três partes distintas.

A primeira parte refere-se à conceptualização e à revisão da investigação empírica relativas aos temas relevantes para os assuntos em estudo: maternidade, saúde mental, interacção mãe-bebé, depressão pós-parto, condicionantes do desenvolvimento infantil, efeitos dos distúrbios psicopatológicos do puerpério na interacção que se estabelece entre a mãe e o bebé e sobre o desenvolvimento e bem-estar da criança.

A segunda parte destina-se à descrição da investigação empírica levada a efeito, assim como à apresentação e à discussão dos resultados nela obtidos.

A terceira parte estabelece-se na confluência das duas outras e procura delinear algumas considerações conclusivas a propósito dos resultados encontrados no trabalho empírico, bem como apontar implicações teóricas, clínicas e outras para a investigação futura.

Cada parte subdivide-se em diferentes capítulos relativos a aspectos mais particulares, como se especifica de seguida.

A primeira parte da dissertação destina-se ao enquadramento teórico dos assuntos estudados: depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil.

O primeiro capítulo serve de enquadramento aos restantes e trata a questão das relações entre maternidade e saúde mental.

Partindo da situação sócio-cultural do fenómeno maternidade, este capítulo sistematiza as diferentes perspectivas existentes sobre o tema, atendendo de forma particular à concepção de maternidade enquanto período de desenvolvimento no ciclo de vida da mulher e à concepção de maternidade enquanto período de risco

psicológico. Discute importantes questões relativas à associação entre gravidez, puerpério e psicopatologia da mulher. Apresenta os factores de risco associados ao aparecimento de perturbação psicológica após o nascimento do bebé. Termina com a problematização das evidências que, a diversos níveis, justificam o interesse do estudo dos distúrbios psicopatológicos relacionados com o pós-parto.

O segundo capítulo descreve com maior precisão o distúrbio psicopatológico mais frequente do puerpério — a depressão pós-parto —, distinguindo-o dos restantes distúrbios relacionados com a maternidade — o *blues* pós-parto e a psicose puerperal.

Com respeito à depressão pós-parto são abordados os aspectos necessários à caracterização deste distúrbio psicopatológico. O capítulo comporta assim a apresentação e discussão dos resultados dos estudos empíricos mais significativos conduzidos nos domínios da incidência, prevalência e recorrência, início, curso e duração, gravidade e evolução, bem como nos domínios da sintomatologia e etiologia da depressão pós-parto. Analisa ainda algumas questões particulares: estabelece considerações a propósito da avaliação e da intervenção na depressão pós-parto e coloca a hipótese da depressão pós-parto poder ser considerada uma entidade diagnóstica distinta.

O terceiro capítulo debruça-se sobre a interacção mãe-bebé, a nível conceptual e da revisão empírica.

O estudo da interacção mãe-bebé é uma tarefa que se impõe a todos aqueles que, de um modo ou outro, se relacionam com mães e bebés na sua prática profissional. Entendendo a interacção mãe-bebé como tudo aquilo que acontece nos encontros entre a mãe e o bebé, este capítulo apresenta e discute, à luz das mais recentes investigações empíricas no domínio, em que bases e em que modos a interacção mãe-bebé se estabelece. Expõe uma caracterização da conduta da mãe e da conduta do bebé, aquando da interacção mãe-bebé, privilegiando o que acontece na díade, antes que uma verdadeira relação se estabeleça, ou seja antes que o bebé esteja capaz de separar a pessoa da mãe da pessoa de si. Atenta de modo particular aos determinantes da interacção mãe-bebé, ou seja àquelas características — relativas ao bebé, à mãe e ao contexto envolvente — que de algum modo interferem na qualidade da interacção que se observa entre a mãe e o bebé. Finaliza com a apresentação de uma série de estudos que fornecem evidências empíricas de que a qualidade da interacção mãe-bebé que se verifica nos primeiros meses de vida do bebé determina dimensões do desenvolvimento futuro da criança, ficando deste modo justificada a importância que deve ser dada à interacção mãe-bebé.

O quarto capítulo elucida a respeito dos estudos empíricos desenvolvidos no âmbito dos efeitos adversos dos distúrbios psicopatológicos que podem ocorrer durante o pós-parto sobre a qualidade da interacção que a mãe estabelece com o bebé e sobre o desenvolvimento da criança — separadamente, o comportamento adaptado, a qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento psicomotor e cognitivo da criança. Considera-se que os efeitos adversos dos distúrbios psicopatológicos da mãe sobre o desenvolvimento, comportamento e bem-estar da criança se instituem através da qualidade da interacção mãe-bebé que acontece na díade. Estabelece-se que a presença de um distúrbio psicopatológico na mãe — nomeadamente, a presença de depressão pós-parto que é analisada mais em detalhe — é uma condição de risco para o bebé, sendo que esse risco pode ser agravado ou amortecido na presença de outras variáveis cuja importância será também considerada.

Reservamos a segunda parte do presente trabalho para o relato do estudo empírico levado a efeito com o objectivo de caracterizar a interacção mãe bebé no caso específico da depressão pós-parto, estudar possíveis repercussões do estado depressivo materno sobre o desenvolvimento e bem-estar do bebé, ao longo do primeiro ano de vida, e avaliar a influência de variáveis relativas ao bebé e ao pai sobre as circunstâncias atrás referidas.

O primeiro capítulo refere-se ao estudo empírico em si. Parte do traçado de um vasto conjunto de hipóteses de estudo, construído a partir da revisão bibliográfica exposta na primeira parte da dissertação e das verificações decorrentes da nossa prática clínica. Apresenta e caracteriza a amostra do estudo, revela a composição dos grupos experimental e de controlo, introduz os instrumentos escolhidos — que o leitor pode encontrar em anexo na forma em que foram utilizados — e relata os procedimentos usados, nomeadamente descreve e justifica os procedimentos estatísticos empregues no tratamento dos resultados. Cada passo é legitimado com a fundamentação teórica e metodológica correspondente.

O segundo capítulo diz respeito aos resultados obtidos no estudo empírico. Apresenta os resultados bem como a análise estatística que fizemos dos mesmos. Cada hipótese é testada e analisada pelos processos estatísticos mais convenientes, de acordo com os objectivos do estudo, as características da amostra e dos instrumentos empregues, tal como se justifica no decorrer do capítulo.

A terceira e última parte da dissertação de Doutoramento que agora introduzimos, traça as principais conclusões acerca da relação existente entre as três dimensões consideradas — depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil.

No primeiro capítulo, os resultados obtidos na investigação empírica levada a cabo são apreciados à luz da investigação no domínio.

No segundo capítulo, são expostas algumas implicações teóricas, considerações clínicas e sugestões para investigações futuras, decorrentes do trabalho que conduzimos.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

MATERNIDADE E SAÚDE MENTAL

Com a finalidade de introduzir a problemática da saúde mental da mulher durante o período relacionado com o nascimento de um bebé, neste capítulo serão abordados aspectos relativos ao enquadramento histórico e sócio-cultural da maternidade bem como serão apresentadas as diferentes perspectivas existentes para o estudo da maternidade.

A maternidade será prioritariamente considerada enquanto período de desenvolvimento, apresentando-se detalhadamente as crises e tarefas desenvolvimentais que se lhe referem. Delinear-se-á o que se entende por enquadramento desenvolvimental dos distúrbios psicopatológicos associados à maternidade. Por último, a maternidade será ainda concebida como um período de risco psicológico, argumentando-se o interesse do estudo das perturbações psicopatológicas do puerpério.

I. MATERNIDADE E SAÚDE MENTAL

1. Maternidade: Enquadramento Histórico e Sócio-cultural

Muito embora a importância conferida à gravidez e à maternidade varie consoante os contextos sócio-culturais, em quase todas as sociedades a reprodução é considerada um aspecto importante, dado que possibilita a preservação da espécie e a continuação de uma cultura específica (e.g., Cordeiro, 1987; Kitzinger, 1978).

Para além do mais, as sociedades humanas estimam que a maternidade testemunha a maturidade pessoal do indivíduo, pelo que, também por isso, esta circunstância é geralmente acompanhada de aspectos de valorização positiva (e.g., Kumar, 1982).

O modo como a sociedade olha para a maternidade afecta profundamente a experiência da mulher e o significado cultural da maternidade tem vindo a mudar ao longo dos tempos (e.g., Colman & Colman, 1994; Cox, 1988).

Em quase todas as culturas existem rituais que servem para conferir um estatuto especial à mulher puérpera e que actuam essencialmente no sentido de aumentar a sua auto-estima, de diminuir as suas dificuldades na relação conjugal e de clarificar o seu estatuto social. No entanto, esses rituais estão a desaparecer nas sociedades ocidentais actuais (Cox, 1996), pelo que algum estatuto especial que ainda seja conferido à grávida termina abruptamente com o parto e não persistem os mecanismos societais que anteriormente ajudavam a puérpera a lidar com as profundas mudanças e conflitos desenvolvimentais relacionados com a maternidade (e.g., Bibring, 1959).

Assim sendo, pode muito bem acontecer que, ao voltar para casa, a mulher se sinta exausta e inadequada com ela-própria e com o bebé, nomeadamente no caso de não dispor de uma rede de suporte social e emocional suficiente e de ser *"deixada a contas com a criança, mais ou menos sem ajuda, com a completa responsabilidade*

do seu bem-estar e desenvolvimento num período em que tem pouca confiança em si própria" (Kitzinger, 1978, p.28).

Com efeito, a presença de suporte social durante o período de maternidade tem sido consistentemente associada à qualidade do ajustamente da mulher às mudanças que ocorrem durante esse período e à qualidade dos cuidados que são prestados ao bebé (e.g., Dawson, Robinson, Butterfield, VanDoorninck, et al., 1991; Oackley, 1992; Sheppard, 1994).

Assim, a falta de rituais de passagem nas sociedades ocidentais cria um terreno propício ao desenvolvimento de depressão pós-parto, dado que a função desses rituais é assegurar o apoio social e suster a auto-estima da puérpera (Cox, 1996).

Deste modo, as condições sócio-culturais são aspectos que inequivocamente contribuem para a vivência da maternidade e para a qualidade do ajustamento psicológico da mulher durante esse período (Birns & Hay, 1988; Cox, 1996; Ignacio, 1986).

Por outro lado, assistimos ao longo deste século a uma diminuição significativa do número de mortes devidas ao parto. A melhoria das condições médicas relativas ao parto implicou uma importante redução das complicações e mortes neo e peri-natais, mas a introdução dessas mesmas circunstâncias foi simultaneamente acompanhada de uma quebra no apoio pessoal prestado à puérpera.

Grande parte dos autores considera que a melhoria das condições médicas relativas ao parto conduziu a um menor envolvimento afectivo da puérpera, apontando a necessidade de humanizar os serviços de saúde, por forma a que as mães sejam tratadas como pessoas e não como simples objectos de condições médicas de alta-segurança (e.g., Kitzinger, 1978; Klaus & Kennell, 1976; Kumar, 1982; Macfarlane, 1977). *"Num ambiente adequado, ou seja, que dê aos próprios pais apoio emocional e que lhes permita desenvolver a confiança, a maior parte deles sente prazer com os seus bebés, tratando-os e falando-lhes de uma forma adequada,... infelizmente as nossas maternidades raramente proporcionam esse ambiente adequado"* (Kitzinger, 1978, p.16-17).

Num estudo realizado na Austrália, Bradley, Tashenska, e Selby (1990) encontraram que as puérperas que tinham dado à luz em maternidades que privilegiavam o apoio pessoal tinham tido um envolvimento mais activo no processo de parto e que a menor intervenção médica durante o parto se associava a uma maior satisfação da mulher com o parto bem como a uma maior tendência para amamentar o bebé ao seio.

Estes resultados são comparáveis aos que apresentamos no capítulo seguinte e se referem à interferência do contexto do parto sobre aspectos da qualidade do relacionamento da mãe com o bebé.

2. Maternidade: Perspectivas de Estudo

A maternidade tem diferentes faces, pois a experiência de ser mãe é afectada por circunstâncias muito diversas, como seja, a história pessoal da mulher, a posição que ela ocupa na sociedade e as forças sociais e culturais que operam no contexto mais vasto em que ela vive (Birns & Hay, 1988). Deste modo, a experiência de maternidade é afectada por circunstâncias várias, tanto presentes como passadas, tanto individuais como colectivas — pelas relações que a mulher estabelece com a família e com os amigos, pelas características únicas da sua pessoa e história individual, tanto quanto por outras circunstâncias que a assemelham a outras tantas mulheres, do mesmo nível sócio-cultural ou sujeitas aos mesmos padrões sócio-culturais.

Não admira portanto que, ao longo da história recente da psicologia, se sucedessem diferentes perspectivas acerca da maternidade, cada uma das quais mais voltada para uma das suas faces, ou seja, privilegiando uma das circunstâncias que afecta a experiência de ser mãe: a perspectiva etológica, a perspectiva psicanalítica, a perspectiva da aprendizagem social e a perspectiva desenvolvimental.

Apresentaremos de seguida estas perpectivas, reservando um ponto à parte para a perspectiva desenvolvimental, já que esta irá fundamentar grande parte do nosso trabalho.

A perspectiva etológica salientou a ideia de existir um instinto maternal e minimizou a importância a conferir às circunstâncias sócio-culturais. Considerou que o comportamento humano tem uma base inata e é biologicamente determinado e controlado, o que não é suportado pelas evidências empíricas dos estudos que nos dão conta de grandes variações culturais no comportamento maternal.

Ainda recentemente, Sternglanz e Nash (1988) fizeram uma importante revisão bibliográfica dos principais estudos etológicos a propósito da maternidade, apontando que as investigações realizadas no interior desta perspectiva se fizeram com animais e tinham por objectivo depurar o comportamento das influências sócio-culturais, operando no paradigma do isolamento, a fim de estudar o comportamento maternal no seu estado natural, o que no homem é difícil de conseguir. O perigo consistiria em tirar conclusões acerca do comportamento humano a partir das verificações com animais, dado que no homem as variáveis cognitivas e sociais são mediadores

importantes do comportamento. Para os referidos autores, estes estudos sugerem que o comportamento maternal é aprendido ou inato, dependendo da espécie que é considerada, e apontam ainda que a interferência destas duas variáveis tem um peso diferente consoante a espécie considerada, sendo que, no caso da espécie humana, todas as razões nos levam a crer que, dado o carácter intrinsecamente social do homem e da organização das sociedades humanas, o comportamento maternal será mais aprendido do que biologicamente determinado.

A perspectiva psicanalítica, por sua vez, valorizou o olhar para as características particulares da mãe, elegendo a sua história pessoal e familiar, bem como os aspectos subjectivos relativos à sua relação com a sexualidade, para a compreensão do fenómeno maternidade. Ao apresentar os contributos da psicanálise para o estudo da maternidade, Birns e ben-Ner (1988), por exemplo, salientam que foi no interior desta perspectiva que se encontraram evidências empíricas do impacto desenvolvimental na criança de circunstâncias várias, como seja a segurança na vinculação estabelecida com o prestador de cuidados, diferentes tipos de experiências de maternagem, nomeadamente a separação da mãe, etc.

A perspectiva da aprendizagem social valorizou o que acontece de objectivo na situação imediata da mãe com o bebé, bem como no espaço de vida envolvente de ambos. Hay e Vespo (1988) salientaram que esta perspectiva se interessou sobretudo pelo modo como se opera a relação mãe-bebé, frisando que quer a mãe quer o bebé têm de aprender acerca um do outro, pelo que o comportamento de nenhum deles é totalmente instintivo. O período da primeira infância não é aqui conceptualizado como um momento tão crítico para o subsequente desenvolvimento da criança, como o considerou a perspectiva psicanalítica. Na análise da relação mãe-bebé, esta perspectiva valoriza o condicionamento mútuo, referindo que mãe e bebé têm de se adaptar um ao outro e podem influenciar o comportamento um do outro. Dá particular atenção às dimensões sociais, no que se refere quer ao estudo da maternidade quer ao estudo do estabelecimento da interacção e ligação mãe-bebé.

3. Maternidade enquanto Período de Desenvolvimento

A perspectiva desenvolvimental considera a maternidade como um período de desenvolvimento, pelo que, tal como acontece com outros períodos de

desenvolvimento, poderia ser caracterizada pela necessidade de resolução de tarefas desenvolvimentais específicas e pela vivência de uma crise própria.

Como período de desenvolvimento que é, a maternidade implica a resolução de tarefas desenvolvimentais específicas que autores como Caplan (1960) e Colman e Colman (1994) procuraram identificar, evidenciando particularmente as que se apresentam no quadro da página seguinte.

Mais recentemente, certos estudos empíricos, conduzidos ao longo da gravidez e do pós-parto e utilizando métodos que possibilitam análises mais qualitativas dos processos internos dos sujeitos, deram conta das tarefas atrás referidas. Vejamos alguns desses estudos empíricos publicados nos últimos anos.

Ammanti, Baumgartner, Canderoli, Peruchini, Pola, et al. (1992), por exemplo, num estudo que conduziram sobre uma amostra de 23 mulheres primíparas, exploraram o conteúdo das representações maternas e a sua estruturação ao longo da gravidez. Verificaram que, ao 7° mês de gravidez, a maior parte das mães já tinha elaborado uma representação do bebé distinta da representação que fazia de si- -mesma, aceitando-o como realidade separada. Verificaram igualmente que a percepção que as mães faziam do bebé tinha muitas similitudes com a percepção que faziam do pai do bebé. Verificaram também que a maior parte das mães tinha, até essa data, reavaliado a sua relação com a própria mãe e, consequentemente, elaborado uma representação de si enquanto mãe distinta da representação que fazia da própria mãe, o que testemunharia que *"se a gravidez implica, por um lado, a fantasia de retorno à unidade primitiva com a mãe, implica também que a mulher seja capaz de se diferenciar da sua própria mãe"* (Ammanti et al., 1992, p. 177).

Vizziello, Antonioli, Cocci, e Invernizzi (1993), por sua vez, estudaram 51 mulheres primíparas que foram acompanhadas numa clínica de planeamento familiar durante a gravidez e o puerpério. Estes autores verificaram junto das mulheres da amostra que as representações do bebé e de si enquanto mãe mudavam, entre a gravidez e o puerpério, em função das interacções reais e das necessidades de cuidado do bebé. Observaram em particular um importante movimento no início do puerpério (5° dia) — relacionado com a capacidade da mulher se separar-individuar da sua própria mãe, *"no sentido de ser capaz de expressar a sua própria identidade enquanto mãe"* (Vizzielo et al., 1993, p. 15) — o qual testemunharia a criação de um espaço mental para a criança.

Quadro 1

Tarefas Desenvolvimentais da Maternidade

Tarefa 1: Aceitar a gravidez

Consiste na tarefa inicial de aceitar a realidade da gravidez, ou seja, acreditar que se está realmente grávida, a fim de progredir nas tarefas subsequentes (os pais necessitam geralmente de mais tempo para encetar esta tarefa).

Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto

Consiste na tarefa de considerar a realidade própria do feto, no sentido de uma entidade física e psicológica distinta que se está a preparar para o funcionamento em separado. Inicialmente, a mãe concebe o bebé como parte de si, e a relação entre a mãe e o bebé estabelece-se, primeiro, ao nível da fantasia. A pouco e pouco, a representação do bebé torna-se mais autónoma e realista e integra os sinais que são emitidos pelo bebé e que testemunham a sua existência. Os movimentos fetais aceleram tais processos representativos, pelo que *"a verdadeira sensação de maternidade pode coincidir ou não, mas geralmente coincide, com a primeiro sensação real do bebé dentro de si"* (Field & Widmayer, 1984, p. 687).

Tarefa 3: Reavaliar da relação com os pais

Consiste na tarefa de reavaliar a relação passada e presente com os pais, no sentido de encontrar um novo equilíbrio.

Tarefa 4: Reavaliar a relação com o cônjuge

Consiste na tarefa de fazer frente às novas questões que surgem no relacionamento com o cônjuge, com vista à integração de um novo elemento na relação de casal. Trata-se de reconceptualizar a díade que se está a transformar em tríade, restabelecer a relação matrimonial com vista ao preenchimento das necessidades de um novo elemento, formar uma nova aliança emocional, no sentido de comunicar em torno de questões do âmbito parental e de partilhar experiências e decisões no melhor interesse da criança, o que até aqui não era necessário.

Tarefa 5: Aceitar o bebé como uma pessoa separada

A mulher tem que se desligar da gravidez para poder encetar um novo investimento no bebé tornado real; esta tarefa consiste em aceitar que o bebé existe enquanto pessoa separada e que insiste em ser considerado nas suas necessidades próprias.

Alguns pais fizeram um investimento maior na gravidez do que propriamente na criança e têm uma visão mais idealizada do que propriamente real do que é ser mãe/pai, podendo sentir algumas dificuldades em realizar a tarefa de criação de um espaço mental para a criança real, pois, supostamente, estariam mais seguros com a fantasia de *"um feto que flutua satisfeito no útero"* (Colman & Colman, 1994, p. 185). Com efeito, *"os pais idealizam, muitas vezes, uma criança mágica que é mais a projecção da perfeição do que uma criança real"* (Colman & Colman, 1994, p. 185), impedindo que a criança exista na sua existência própria e seja satisfeita nas suas necessidades reais.

A idade é assim um dos factores que consistentemente tem sido associado à qualidade do ajustamento pré e pós-natal ao papel de mãe, dado que as adolescentes são muitas vezes invadidas por fantasias e desejos de ter um bebé na total ausência de um ponto de vista realista acerca do que é ter uma criança. Ainda recentemente, Gottesman (1992), por exemplo, encontrou que as mães que engravidam mais precocemente, com idades entre os 20 e os 24 anos, exibem, durante o 3º trimestre de gravidez, mais dificuldades de ajustamento ao papel maternal do que as mães que engravidam mais tardiamente, com idades superiores a 30 anos. Estas últimas exibem um melhor relacionamento com o feto, estão mais motivadas para a maternidade e têm uma melhor conceptualização do papel maternal.

Concluímos que as mulheres mais conscientes das mudanças que a gravidez implica constituem uma visão mais realista do bebé e do que é ser mãe e conseguem adaptar-se mais facilmente às mudanças que o nascimento de um bebé propicia (Coleman & Colman, 1994).

Se a gravidez é um estádio de desenvolvimento relativamente curto, o parto inaugura um estádio muito mais longo e difícil — a condição de ser mãe ou pai.

No meio de tanta exaustão e inebriamento ligados à experiência de nascimento, o bebé em si, dadas as suas imperiosas necessidades de alimento, calor e cuidados, apresenta-se à mãe como parte integrante do estímulo para a consideração do seu novo estado. Com o nascimento, o bebé torna-se *"realmente real ... e torna-se mais difícil viver com ele do que se podia, à partida, imaginar"* (Colman & Colman, 1994, p. 161). A mãe é confrontada com uma multiplicidade de decisões imediatas e inevitáveis, como por exemplo, o dar de mamar ao seio ou ao biberão. O desafio consiste em ela aperceber-se das preferências e comportamentos habituais do bebé e, com efeito, a maior parte das mães é muito rapidamente capaz de perceber, avaliar e eliciar eficazmente o comportamento do bebé. Mas, ser pai ou mãe implica igualmente um reanalisar do percurso e identidade do próprio e, nesse sentido, não

somente uma mudança no comportamento exterior, mas igualmente uma mudança interior, na identidade e maneira de ser de cada um.

O parto pode assim constituir-se num primeiro momento de crise no processo de desenvolvimento da maternidade, uma crise que deriva não somente do facto de as rotinas médicas e hospitalares não serem muito naturais, mas também da novidade, responsabilidades súbitas, mudanças de papel, e outras disposições físicas e psicológicas que a presença do bebé implica.

O nascimento de um bebé, e muito particularmente o nascimento de um primeiro filho, pode, por diversas razões, ser um acontecimento difícil para a mulher, nomeadamente porque implica o tomar de decisões importantes no respeitante a ela própria e às suas relações com os outros e com o contexto social em geral — e, especialmente, porque obriga a *"um comprometimento da mulher com novas tarefas para as quais ela pode não estar totalmente preparada"* (Kendell, 1978, p. 77).

Assim, diversos autores têm conceptualizado a transição para a maternidade como uma fase desenvolvimental de crise, dado que, na medida em que obriga à adopção de novos papéis e responsabilidades relativos ao cuidar do bebé, o nascimento de um bebé envolve uma significativa quantidade de stress, quer para a própria mãe (Bernsted, 1986; Bibring, 1959; Grossman, Eichler, & Winickoff, 1980; Gruen, 1990), quer para o pai (Jordan, 1990), quer para a família em geral (Belsky, Rovine, & Fish, 1989; Osofsky, 1982).

Mais recentemente, a experiência do homem face à paternidade foi também analisada. Jordan (1990), por exemplo, mostrou que também os pais têm de lidar com mudanças significativas a respeito da identidade própria e das relações interpessoais, vivenciando igualmente dificuldades em se adaptar ao seu novo papel.

Foi contudo Bibring (1959) um dos primeiros autores a considerar a maternidade enquanto um momento de crise no processo normal de desenvolvimento do indivíduo. O nascimento de um bebé consitituir-se-ia num importante ponto de viragem na vida do próprio na medida em que obriga à constituição de uma nova organização intrapsíquica.

Posteriormente, também Gruen (1990) associou a transição para a maternidade à vivência de uma crise de desenvolvimento. Para este autor, o nascimento de um novo bebé constituir-se-ia num momento de crise: a) porque, num curto espaço de tempo, o indivíduo vê-se obrigado a significativas mudanças no seu equilíbrio biológico, psicológico e social, a um nível tal como poucas vezes acontece na sua vida; b) porque estas mudanças se verificam particularmente no que se refere aos papéis sociais, aos padrões existenciais e às relações interpessoais, os quais devem ser renegociados consigo mesmo e com os outros; c) porque estas mudanças interferem

significativamente na identidade do próprio, a um nível tal que pode gerar perda ou confusão do sentido de *self*.

O nascimento de um novo bebé constituir-se-ia num momento de crise não só pela presença destas circunstâncias específicas, mas ainda porque tais circunstâncias acontecem, hoje em dia, num contexto social específico, caracterizado pela elevada pressão das expectativas sociais de que a mulher é alvo. E também porque a tais circunstâncias se associa uma grande imprevisibilidade emocional, tal como é particular do pós-parto. Com efeito, Gruen (1990) salienta que a maternidade ocorre num contexto social específico em que o ter um filho é idealizado, associado a padrões de bem-estar, euforia e prazer e em que se minimiza o desconforto e as preocupações relacionadas com o nascimento de um bebé. Salienta ainda que a maternidade se associa a uma grande imprevisibilidade emocional, dado que é difícil delinear o que pode ser considerado normal ou anormal, no que se refere particularmente à qualidade do humor dos pais, e dado que os padrões de humor podem variar de um momento para o outro.

Trad (1991) salienta que a crise desenvolvimental será resolvida de acordo com modalidades anteriores de relacionamento precoces e que, neste período de mudança, as mulheres se encontram com frequência receosas ou ambivalentes em explorar as suas emoções.

Por sua vez, igualmente no sentido de justificar que o puerpério é um importante marco desenvolvimental, Belsky, Rovine, e Fish (1989) evidenciaram não só a necessidade de reorganização que se opera ao nível do próprio, em termos do seu auto-conceito, estilo de vida e relação com os outros, como frisaram também a reorganização a operar no contexto da interacção familiar, particularmente no que se refere à relação de casal e à relação deste com as restantes crianças, se as houver.

No que diz respeito à relação conjugal, estes autores salientam que, durante o puerpério, quer o homem quer a mulher geralmente referem uma diminuição dos sentimentos amorosos e um aumento dos conflitos e ambivalência um pelo outro, o que sugere que, também em termos do casal e da família, a maternidade poder ser caracterizada como um período de crise (Belsky et al., 1989; Kitzinger, 1978). Aliás, a diminuição de sentimentos positivos depois do nascimento de um bebé, nomeadamente, da proximidade entre o casal, é um dado que foi consistentemente observado por diversos autores (e.g., Areias, 1994; Belsky et al., 1989; Fleming, Ruble, Flett, & Wagner, 1990; Fredman & Nash, 1984). Por outro lado, tem sido observada uma diminuição na frequência da actividade sexual e um aumento nas atitudes negativas para com o sexo, em associação com a maternidade (e.g., Apt & Hulbert, 1992; Kitzinger, 1978), sendo por vezes difícil para o casal a conciliação do papel de pai ou de mãe com a vida de casal sexuado (Colman & Colman, 1994).

Por sua vez, autores como Kraus e Redman (1987), referindo-se à maternidade como um período de crise no desenvolvimento da família, conceptualizam que os distúrbios psicopatológicos do puerpério acontecem quando a família não consegue lidar de forma satisfatória com as habituais tarefas e dificuldades relacionadas com o nascimento do bebé.

Observa-se que o modo como um membro do casal atravessa a transição para a maternidade influencia o modo como o outro atravessa essa mesma transição, verificando-se que se o futuro pai está deprimido durante a gravidez é mais provável que a mãe se venha a deprimir no pós-parto (O´Hara, 1986).

Assim concluímos que, para além das mudanças físicas que implicam que *"a mulher tenha de se adaptar ao seu próprio corpo que sofreu grandes e rápidas transformações num período de tempo curto"* (Kitzinger, 1978, p. 30), *"a experiência do pós-parto inclui mudanças interiores muito profundas que se estendem aos dois membros do casal, precisamente quando ambos têm de desenvolver toda uma série de comportamentos práticos"* (Colman & Colman, 1994, p. 159).

O nascimento de um bebé obriga o repensar sobre si próprio e a renegociação das relações entre os diferentes membros da família, e sendo um período de transição, é simultaneamente, tanto para o próprio como para a família, um tempo de risco e um momento privilegiado de desenvolvimento pessoal.

No sentido em que Caplan (1964) o apontou, os momentos de crise ou períodos transicionais são também momentos óptimos para a mudança, dado que abrem novas oportunidades para a resolução dos problemas desenvolvimentais do indivíduo. Com efeito, alguns autores têm assinalado que a transição para a maternidade é um momento privilegiado para o desenvolvimento do papel e identidade sexual da mulher. Hales (1990), por exemplo, num estudo que realizou sobre uma extensa amostra de mulheres, durante a gravidez e o puerpério, observou mudanças significativas na definição do papel e da identidade sexual da mulher ao longo desse período.

4. Maternidade enquanto período de Risco Psicológico

Uma das questões que maior polémica tem suscitado entre os investigadores e clínicos interessados no estudo do puerpério é a questão de saber se a maternidade é, em si e só por si, um factor de risco para o estado de saúde mental da mulher.

Em algumas mulheres a transição para a maternidade é acompanhada de desordens psicopatológicas de vários tipos. Estas exibem pensamentos, comportamentos e emocionalidade fora dos parâmetros que podem ser considerados normais para a maioria delas.

Desde já se saliente que, não só para a mulher, mas também para o homem, o período pós-parto representa um momento de vida difícil, susceptível de provocar o aparecimento de sintomatologia e perturbação psiquiátrica de alguma gravidade. Com efeito, mais recentemente, alguns autores têm vindo a estudar o estado psicológico do homem nos momentos que se seguem ao nascimento de um filho e a averiguar, também no homem, a presença quer de psicose (e.g., Shapiro & Nass, 1986) quer de depressão (e.g., Areias, 1994; Ballard, Davis, Cullen, Mohan, et al., 1994) relacionadas com esse acontecimento.

Muito embora a maior parte das mães não seja tão adversamente afectada pelo processo de maternidade que se justifique o diagnóstico de um qualquer distúrbio psicopatológico, os estudos empíricos apontam que, durante esse período, um número importante de mulheres experencia perturbações psicológicas susceptíveis de serem psiquiatricamente diagnosticadas e certamente merecedoras da atenção particular dos clínicos e investigadores (Kumar, 1982).

A investigação a respeito das perturbações psicológicas do puerpério desde há muito que recebeu uma atenção particular por parte dos europeus, para só mais recentemente ser alvo do interesse dos clínicos e investigadores dos E.U.A e Canadá. Com efeito, o interesse pelas perturbações psicológicas do puerpério não é recente e há entre nós uma longa tradição no estudo das mulheres que têm problemas emocionais durante o pós-parto (Pitt, 1978).

No entanto, os primeiros trabalhos epidemológicos realizados com vista a estudar o estado de saúde mental da mulher durante o período de maternidade datam apenas dos anos 60-70 e foram elaborados a partir dos registos de admissão em hospitais psiquiátricos. Fizeram-se no sentido de encontrar bases empíricas para a hipótese de que o puerpério seria, contrariamente ao que acontece na gravidez durante a qual se supunha um implemento do bem-estar psicológico da mulher, uma circunstância de risco para o estado de saúde mental da mulher, conclusão a que se chegaria ao comparar o número de admissões hospitalares em diferentes momentos de vida da mulher, mais precisamente, durante a gravidez, o puerpério e em momentos não relacionados com a maternidade.

Realizando um estudo nesse sentido, Pugh, Jerath, Schmidt, e Reed (1963), por exemplo, encontraram um significativo aumento nas taxas de admissão hospitalar junto

de um grupo de mulheres que tinha dado recentemente à luz no estado de Massachussets. Verificaram que a admissão em hospitais psiquiátricos era significativamente mais elevada durante os 3 primeiros meses que se seguiam ao parto, para só voltar a atingir os valores médios 9 meses depois do parto. Estes autores observaram ainda que, contrariamente ao que acontecia durante o puerpério, durante a gravidez a taxa de admissão em hospitais psiquiátricos era ligeiramente mais baixa do que os valores médios para a população feminina em geral.

Igualmente com base nos registos médicos das admissões hospitalares, recolhidos durante um período de 18 anos (entre 1940 e 1958) junto dos serviços de saúde mental da região de Hamilton (EUA), Paffenberg (1964, 1982) realizou um extenso estudo sobre todas as mulheres, com idades entre os 15 e os 44 anos, a quem foi feito um qualquer diagnóstico de distúrbio psicopatológico, à exclusão das desordens de comportamento e da deficiência mental. Deste modo, identificou um total de 247 mulheres que foram admitidas em hospitais psiquiátricos em função do aparecimento de um distúrbio psicopatológico, em qualquer um dos momentos de todo o período considerado. Reportou 57 mulheres nas quais a perturbação tinha surgido durante a gravidez e 190 mulheres nas quais a perturbação tinha surgido durante os primeiros meses do puerpério. Assim, relativamente à incidência de perturbação mental em diferentes períodos da vida da mulher, os valores encontrados neste estudo são os seguintes: 7/10.000 em mulheres durante a gravidez, 35.1/10.000 em mulheres durante momentos não relacionados com a maternidade e 40.3/10.000 em mulheres durante os primeiros meses do puerpério. Particularmente significativos são os dados referentes ao primeiro mês do pós-parto, os quais mostram que a probabilidade de uma mulher ficar psicologicamente perturbada durante esse mês é 18 vezes maior do que a probabilidade de ela ficar psicologicamente perturbada em qualquer um dos meses de gravidez.

Tendo em conta estes dados, Paffenberg (1964, 1982) conclui que o risco de a mulher ser admitida num hospital psiquiátrico durante o primeiro ano do puerpério é maior do que acontece em qualquer outro período da vida da mulher. Ao comparar a incidência de certas variáveis nos grupos formados, este autor verificou que as mulheres que tinham sido admitidas para tratamento psiquiátrico durante os primeiros meses do pós-parto eram significativamente diferentes daquelas que não o tinham sido, e isso em relação a um conjunto de variáveis consideradas como factores de risco, como o veremos mais adiante.

Tendo identificado todas as mulheres que tiveram um filho durante o ano de 1970, também Kendell, Wainwright, Hailey, e Shannon (1976) recolheram indicadores dos contactos que essas mulheres e os seus maridos tiveram com instituições psiquiátricas, nos 2 anos anteriores e posteriores ao parto, dividindo o período total de 4 anos em 16

trimestres. Trabalhando no Reino Unido, Kendell e seus colaboradores conduziram dois estudos: um estudo realizado em Camberwell, durante o ano de 1970, e outro realizado posteriormente em Edinburgh, entre 1971 e 1977 (Kendell, 1978; Kendell, Rennie, Clarke, & Dean, 1981; Kendell et al., 1976).

Verificaram que, no caso dos homens, quer o número de indivíduos em tratamento quer o número de novos casos (i.e., sem precedência de consulta psiquiátrica nos 3 meses anteriores) era baixo e não se alterava de forma significativa em relação com o nascimento de um bebé. Assim, no que se refere aos pais e à variação no número de admissões psiquiátricas, estes autores concluem que não se observaram diferenças relacionadas com o nascimento de um filho.

No entanto, no caso das mulheres, verificaram que tanto o número de indivíduos em tratamento como o número de novos casos era elevado e alterava-se de forma significativa em relação com o nascimento de um bebé, acontecendo um aumento muito significativo de casos no primeiro trimestre que se seguia ao parto.

Tal como Paffenberg (1964, 1982), também estes autores verificaram que a incidência de perturbação psicopatológica é maior durante o pós-parto do que durante a gravidez e que há um pico de novos episódios ou admissões psiquiátricas durante o primeiro trimestre do pós-parto.

No estudo de Brockington, Schofield, Donnelly, e Hinde (1978), realizado sobre os registos médicos de uma unidade de atendimento mãe-bebé inglesa, observou-se igualmente que a maior parte das admissões hospitalares se davam, não na gravidez, mas muito perto do parto, mais precisamente nas primeiras 2 semanas do pós-parto. Os autores verificaram também que as mulheres que eram atendidas na unidade se distinguiam das mulheres de um grupo de controlo, em relação a um conjunto de variáveis relativas ao seu comportamento sócio-emocional, como o assinalaremos de seguida.

Note que estes estudos se referem a admissões em unidades hospitalares de psiquiatria e, deste modo, reportam-se sobretudo a casos de psicose puerperal, já que as puérperas com depressão pós-parto recorrem menos a ajuda hospitalar.

Tal como são assinalados nos estudos que reportámos, os factores de risco associados às perturbações psicopatológicas do pós--parto são apresentados no quadro da página seguinte.

Saliente-se que em alguns dos estudos apresentados não se encontraram diferenças no que se refere à importância dos factores psicosocias, mas apenas no que se refere à importância dos factores biológicos, evidência que sugere a preponderância dos factores orgânicos na etiologia das perturbações psicológicas do puerpério.

Quadro 2

Factores de Risco das Perturbações Psicopatológicas do Puerpério

1. Idade

O risco de perturbação psicopatológica durante o pós-parto é maior nas mulheres com mais idade do que nas mulheres com menos idade (Paffenberg, 1964, 1982), dado que não é confirmado nos Kendell e seus colaboradores (1976, 1981).

2. Paridade

Muito embora as primíparas tenham um menor risco de desenvolver perturbação psicológica durante a gravidez, o mesmo não acontece no pós-parto, onde as primíparas têm duas vezes mais probabilidades de ficaram mentalmente doentes do que as multíparas (Paffenberg, 1964, 1982; Kendell et al., 1976, 1981). Com efeito o risco das primíparas foi avaliado em 2.6/1000 enquanto que o das multíparas foi avaliado em 1.4/1000 (Kendell et al., 1976, 1981).

3. Prematuridade e baixo peso à nascença

Brockington, Schofield, Donnelly, e Hinde (1978), Paffenberg (1964, 1982), mas não Kendell (1976, 1981), reportam que a doença mental do puerpério é mais frequente em mulheres cuja gestação foi inferior a 40 semanas e 3 vezes mais frequente em mulheres cujo bebé nasceu com um peso inferior a 2.500kg.

4. Complicações obstétricas

O risco de doença mental durante o puerpério é cerca de 3 vezes maior em mulheres que tiveram um parto distócico, e maior ainda quando acontece a morte do bebé (Paffenberg, 1964, 1982).

5. História psiquiátrica e antecedentes familiares

Paffenberg (1964, 1982) constatou que um elevado número de mulheres que estiveram internadas durante o puerpério (20/83) já o tinham estado antes.

6. Comportamento sócio-emocional inadequado

Expressões de zanga, abuso verbal, reduzida sociabilidade, contacto interpessoal pobre e elação foram encontradas em puérperas com perturbação psicológica durante o pós-parto (Brockington et al., 1978).

No entanto, Kendell e seus colaboradores (1976, 1981) alertam que isso se verifica a respeito das perturbações psicóticas, mas não a respeito das pertubações neuróticas do puerpério, as quais se relacionariam muito mais com as cicunstâncias psicológicas e sociais da mulher, dado que, como empiricamente o observaram, estas perturbações acontecem com mais frequência em mulheres que não estão casadas ou são primíparas.

Deste modo, os estudos epidemiológicos já descritos (Brockington et al., 1978; Kendell et al., 1976, 1981; Paffenberg, 1964, 1982; Pugh et al., 1963), que tomaram em consideração os registos de admissão hospitalar em instituições psiquiátricas durante a gravidez e o puerpério, reportam que o número de admissões aumenta entre a gravidez e o puerpério, o que sugere que a gravidez pode diminuir a incidência de distúrbios psicopatológicos graves, como a psicose, mas não necessariamente a presença de perturbações mais ligeiras, como estados de ansiedade e depressão que não são obrigatoriamente considerados pela mulher e seus envolventes como susceptíveis de internamento.

Os estudos realizados posteriormente, não sobre registos de admissão hospitalar mas sobre medidas psicológicas administradas a indivíduos da comunidade, reportam dados algo controversos quanto à existência ou não de uma diminuição de perturbação psicológica durante a gravidez e quanto à existência ou não de um aumento significativo da perturbação psicopatológica durante o puerpério.

Com efeito, alguns autores, tais como, entre outros, Bromet e Cornely (1984), Kumar e Robson (1984) e O'Hara, Neunaber e Zekoski (1984), sugerem que, comparativamente com o pós-parto, a gravidez é um tempo de bem-estar e ajustamento psicológico, enquanto que outros autores, tais como, entre outros, Ballinger (1987), Nilsson e Almgren (1978), Zajicek e Wolkind (1978) e Cox (1978, 1979), reportam altos níveis de perturbação psiquiátrica em mulheres grávidas.

O estudo de Kumar e Robson (1984), por exemplo, mostra claramente, numa amostra de mulheres inglesas, um aumento da incidência do distúrbio depressivo durante os primeiros 3 meses do pós-parto, em relação ao que acontece durante a gravidez. Bromet e Cornely (1984), por sua vez, encontraram que o número de mulheres americanas que se deprime apenas durante o pós-parto (14.6%) é muito superior ao número daquelas que se deprimem apenas durante a gravidez (5%) ou ao número daquelas que, deprimidas durante a gravidez, continuam deprimidas depois do parto (5.8%), o que, tal como no estudo anterior, sugere que o pós-parto é uma altura mais propícia ao aparecimento de depressão do que a gravidez. Mais recentemente, O'Hara, Neunaber e Zekoski (1984), também nos EUA, verificaram que o diagnóstico de

depressão minor ou major, tal como pode ser operado de acordo com os critérios de diagnóstico estabelecidos por Spitzer em 1978 (Research Diagnostic Criteria, RDC), muito embora fosse susceptível de ser feito em apenas 9% das mulheres durante a gravidez, podia ser feito em 12% das mulheres durante o pós-parto.

Com base nos resultados destes 3 estudos empíricos, e no que se refere especificamente à depressão, poderíamos concluir que este distúrbio tem pelo menos 3 vezes mais probabilidades de ocorrer nos meses que se seguem ao parto do que durante a gravidez (Bromet & Cornely, 1984; Kumar & Robson, 1984; O'Hara et al., 1984).

Para além do mais, estudos realizados na comunidade reportam que, durante os primeiros 3 meses do pós-parto, a frequência com que as mães recorrem a serviços de saúde é significativamente superior ao que acontece durante a gravidez ou mais tarde no puerpério (McIntosh, 1992).

No entanto, contrariamente ao que se encontra nos estudos que apresentámos até aqui, alguns trabalhos evidenciaram a existência de mais perturbação psicopatológica em relação com a gravidez do que com o puerpério. Com efeito, muito embora seja relativamente aceite por muitos investigadores que o período de gravidez é marcado por um certo bem-estar psicológico, alguns autores reportam a presença de sintomatologia depressiva ou outra, ligeira ou moderada, durante a gravidez.

Ao avaliar grupos emparelhados de mulheres grávidas e não grávidas alguns autores verificaram um maior número de sintomas de ansiedade e de depressão junto das primeiras.

Parks (1951), por exemplo, encontrou que 84% das mulheres grávidas, mas apenas 25% das não grávidas, referiam sentir-se em baixo; e que 68% dessas mulheres grávidas, mas apenas 5% das não grávidas, assinalavam a presença de choro inexplicável. Tobim (1957), por sua vez, averiguou que 50% das mulheres do seu estudo experenciavam estados de ansiedade e labilidade emocional durante a gravidez.

Mais recentemente, Cox (1978, 1979) desenvolveu um estudo, numa amostra da comunidade, sobre a presença de sintomas psiquiátricos diversos e de morbililidade psiquiátrica na mulher grávida. Para o efeito, fez a avaliação psiquiátrica de 263 mulheres primíparas do Uganda, atendidas num serviço de saúde da comunidade durante o primeiro trimestre de gravidez, que foram comparadas com mulheres não grávidas. As mulheres foram avaliadas através da Entrevista Estandardizada de Goldberg, Cooper, Eastwood, Kedward, e Sherped de 1970 (*Standardized Interview Shedule*, SPI) e da Escala do Estado Actual de Wing, Cooper, e Sartorius de 1974 (*Present State Examination*, PSE). Enquanto que o diagnóstico de episódio depressivo podia ser feito em 11% das mulheres grávidas e em 6% das mulheres não grávidas, a ansiedade

neurótica foi encontrada em 6.5% das mulheres grávidas, mas apenas em 2.6% dos seus controlos. *"As comparações efectuadas relativas aos valores médios de sintomas psiquiátricos e morbilidade psiquiátrica nas amostras de grávidas e de controlo mostraram uma diferença significativa para os valores de ansiedade, mas não para os valores de depressão"* (Cox, 1978, p. 95), pelo que Cox conclui que a mulher grávida apresenta um número significativamente maior de sintomas psiquiátricos do que a mulher que não está grávida, do tipo ansioso, mas não do tipo depressivo.

Elliot, Rugg, Watson, e Brough (1983), numa investigação realizada sobre uma amostra de 128 mulheres, sujeitas a avaliação psicológica minuciosa durante a gravidez e primeiro ano do puerpério (i.e., nos dias imediatos ao parto e ao 1° e 3° mês e até ao 16° mês do puerpério), verificaram maior bem-estar psicológico e físico durante o puerpério do que durante a gravidez.

Num estudo que desenvolveram sobre uma amostra de 88 mulheres com história de psicose não orgânica, McNeil, Kaij, e Malmquist-Larsson (1984) encontraram, durante a gravidez, um aumento muito significativo de perturbação mental junto destas mulheres, o que contradiz a ideia amplamente difundida, nomeadamente por autores como Duchesne e Roy (1991), segundo a qual as mulheres com perturbações psicóticas viveriam um certo bem-estar durante a gravidez. Estes autores alertam para que *"o facto das mulheres recorrerem menos a ajuda psiquiátrica durante a gravidez não é necessariamente um sinal de que elas estejam mentalmente saudáveis durante este período"* (Mc Neil et al., 1984, p. 138).

Ballinger (1987), por sua vez, estudou prospectivamente uma amostra de 55 mulheres que foram repetidamente avaliadas durante a gravidez (na 10ª-16ª e na 32ª-38ª semanas) e os primeiros dias do puerpério (todos os dias entre o 1° e o 5° dia e no 10° dia do pós- parto), a fim de avaliar o nível de sintomas psicopatológicos referidos a cada uma destas alturas, bem como uma possível associação entre a presença desses sintomas durante a gravidez e o puerpério. Tal como no estudo anterior, Ballinger (1987), recorrendo também a uma série de inventários psicológicos, encontrou não só valores mais elevados de depressão, ansiedade e hostilidade durante a gravidez do que no pós-parto, como ainda uma correlação particularmente elevada entre os valores de hostilidade e depressão obtidos durante a gravidez e esses mesmos valores recolhidos no puerpério. Aliás, a relação existente entre os níveis de hostilidade e de ansiedade durante a gravidez e o puerpério, mais precisamente no 4° -6° dia do pós-parto, foi também descrita por Hayworth, Little, Carter, Raptopoulos, Priest, e Sandler (1980), o que sugere que *"existem algumas evidências empíricas de que é possível avaliar durante a gravidez alguns sintomas que nos permitem identificar as mulheres mais em risco de perturbação emocional durante o puerpério"* (Ballinger, 1987, p. 634).

Também Fleming, Ruble, Flett, e Wagner (1990), num estudo realizado no Canadá sobre 68 mulheres primíparas, verificaram, à excepção do que acontece no primeiro mês do puerpério, uma melhoria substancial no estado de humor das mulheres no período entre a gravidez e os 16 meses que se seguem ao parto,. No sentido das evidências empíricas atrás referidas, estes autores assinalaram ainda que, muito embora se observasse entre a gravidez e o puerpério uma diminuição dos sentimentos positivos para com o cônjuge, com uma notória deterioração da satisfação conjugal, observava-se igualmente um aumento desses mesmos sentimentos para com o bebé.

Num estudo que conduziram na Nigéria, junto de 400 mulheres da comunidade local, Jinadu e Daramola (1990) encontraram a evidência de um importante número de problemas psicológicos de moderada gravidade durante a gravidez, muito embora numa percentagem inferior ao que tem sido observado na Europa e na América. Com efeito, estes autores observaram, em cerca de 1/3 das mulheres, particularmente nas primíparas, a presença nomeadamente de insónia, perda de apetite, ansiedade e preocupação excessiva. Contrariamente ao que esperavam, estes autores verificaram não um aumento, mas uma diminuição significativa dos sintomas estudados, entre o 3° trimestre de gravidez e a 3ª semana do pós-parto.

Tal como os resultados dos estudos anteriores, estes dados sugerem que a gravidez é, mais do que o puerpério, um momento em que se dão mudanças significativas que podem originar o aparecimento de problemas psicológicos moderados. Para além do mais, um grande número de estudos encontraram uma associação entre a presença de sintomas psicopatológicos durante a gravidez e a perturbação emocional a seguir ao parto (e.g., Ballinger, 1987; Hayworth et al., 1980; Nilsson & Almgren, 1979; Zajicek & Wolkind, 1978). No entanto, Kumar e Robson (1984) não encontraram nenhuma relação significativa entre a evidência de sintomas psicopatológicos durante a gravidez e a depressão três meses depois do parto.

Saliente-se ainda que existe acordo entre os investigadores quanto à seguinte condição: quer a gravidez quer o puerpério têm um efeito positivo sobre a ideação e tentativa de suicídio, dado que se verificam muito menos frequentemente em grupos comparáveis de mulheres grávidas ou que tiveram recentemente um bebé do que em grupos de mulheres não grávidas (e.g., Lindesay, 1989; Rosenberg & Silver, 1965).

Muito embora a maior parte dos autores concordem a respeito de a maternidade ser uma condição propícia ao aparecimento de perturbações psicopatológicas, estes mesmos autores discordam sobre as razões pelas quais tal circunstância acontece, valorizando apenas um dos aspectos abaixo assinalados sobre os restantes:

1. A maternidade é fonte de alterações físicas significativas, nomeademente de natureza hormonal, susceptíveis de determinar desequilíbrios psicológicos importantes.

2. A maternidade pode precipitar perturbações psicológicas em mulheres com uma constituição prévia de vulnerabilidade para a doença mental.

3. A maternidade é susceptível de propiciar distúrbios psicológicos em mulheres com problemas relativos à vida sexual e reprodutiva.

4. A maternidade é um momento de crise no desenvolvimento do indivíduo, em que se actualizam ou resolvem dificuldades desenvolvimentais passadas ou actuais.

Deste modo, algumas explicações têm sido adiantadas para justificar o facto do pós-parto ser um momento propício ao aparecimento de doença mental.

Certos autores, como por exemplo Paffenberg (1982), elegeram os factores orgânicos, particularmente as alterações hormonais que acompanham o puerpério. No entanto, outros autores, como Ussher (1992) por exemplo, questionam a validade dos síndromes reprodutivos, pois não verificam que, quer a menstruação, quer o parto ou a menopausa tenham um efeito adverso no estado psicológico da mulher.

Há também autores que, numa perspectiva desenvolvimental, se têm referido sobretudo aos factores psicosocias. Brazelton e Cramer (1989/1993), por exemplo, assinalam o impacto que o bebé tem no quotidiano dos pais e da família, implicando o assumir de novas responsabilidades e o tomar em conta das necessidade de um outro, o que os leva ao prescindir de certos interesses próprios. Assinalam igualmente o impacto que o bebé tem na vida psíquica dos pais, levando-os ao assumir de um novo estatuto em termos de identidade, no qual se destacariam o finalizar do processo de autonomia progressiva em relação à família de origem e o disponibilizar de investimento pessoal para o encetar de uma nova relação afectiva.

Numa perspectiva desenvolvimental, as perturbações psicológicas do puerpério, nomeadamente a depressão pós-parto relativamente à qual o peso das alterações biológicas parece ser menor, podem ser compreendidas como uma dificuldade da mulher em se adaptar às mudanças desenvolvimentais da maternidade e em realizar as tarefas desenvolvimentais relativas ao ser mãe já assinaladas — isso é particularmente o caso de certas mulheres que previamente apresentaram dificuldades desenvolvimentais (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, & Meyers, 1992).

Assim sendo, a depressão pós-parto pode acontecer em função das dificuldades que surgem no ajustamento da mulher a um acontecimento de vida tão importante como o é o nascimento de uma criança — um acontecimento que requer

da sua parte esforços muito grandes de adaptação a todo um conjunto de tarefas, a um novo papel, bem como a significativas mudanças na sua relação com o cônjuge (Whiffen, 1992).

Nicolson (1989), por exemplo, considera que a depressão que se segue ao nascimento do bebé é, até certo ponto, mais do que um estado de patologia, um estado de normalidade, reactivo e revelador das profundas mudanças que se operam na mulher em função dessa circunstância. Com efeito, este autor aponta que a experiência de se tornar mãe representa a perda de um laço significativo e implica mudanças num conjunto de aspectos relacionados com o papel social e a identidade do próprio, sendo que a depressão pode ser compreendida como um reflexo destas mudanças.

5. Perturbações Psicopatológicas do Puerpério: Interesse do estudo

O interesse no estudo da depressão pós-parto tem duas tradições distintas.

Alguns investigadores, interessados no estudo da depressão pós--parto em si, consideraram que a identificação de um acontecimento psicosocial preciso, tal como o é o nascimento de um bebé, cuja importância pode ser testada prospectivamente, faz da depressão pós-parto um campo extremamente propício ao estudo da importância dos factores psicosocias na etiologia da depressão em geral (e.g., Campbell & Cohn, 1991).

Com efeito, uma das dificuldades que se prende com o estudo do efeito dos acontecimentos de vida na etiologia da depressão, refere-se ao facto de os investigadores terem que realizar as suas observações retrospectivamente, ou seja, depois desses acontecimentos terem ocorrido, o que suscita inúmeras dúvidas quanto à direcção dos efeitos causais que possam ser encontrados. Neste sentido, o parto é dos poucos acontecimentos de vida que pode ser previsto e cujo efeito no aparecimento de sintomatologia depressiva pode ser estudado prospectivamente, pelo que *"é uma oportunidade única para os investigadores poderem testar prospectivamente os seus modelos etiológicos para a depressão, ao demonstrar claramente que o parto é um acontecimento de vida que acresce o risco de depressão na mulher"* (O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990, p.4).

Outros investigadores, mais interessados no impacto do estado de saúde mental dos pais no desenvolvimento da criança, têm igualmente aqui uma possibilidade única para identificar e estudar os efeitos de um importante factor de risco, a depressão da mãe, no subsequente estado psicológico e desenvolvimento da criança (Campbell & Cohn, 1991), argumentando o interesse do estudo das perturbações psicopatológicas do puerpério pelas consequências adversas que implicam para o desenvolvimento da criança (e.g., Cramer, 1993; Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, & Kumar, 1986) e para a família em geral (e.g., Hopkins, Marcus, & Campbell, 1984).

No entanto, muito embora *"o interesse no estudo da depressão pós-parto tenha sido identificado há muito, os investigadores têm sistematicamente falhado em avaliar os efeitos da depressão pós-parto no desenvolvimento da relação mãe-bebé"* (Zekoski, O'Hara, & Wills, 1987, p. 362). Este campo de estudo não é menos motivador de interesse, mas é de inscrição mais recente.

Dado que o período que se segue ao nascimento de um filho é uma altura particularmente propícia ao aparecimento de perturbações psicopatológicas na mulher, particularmente de depressão, e dado que, precisamente nessa altura em que a mãe parece estar mais predisposta à doença mental, o bebé está particularmente dependente dos seus cuidados e especialmente sensível à sua influência, então o período pós-parto fornece condições óptimas para o estudo do impacto do estado de saúde mental da mãe sobre o desenvolvimento da criança.

Com efeito, durante os primeiros meses de vida, o bebé passa, na nossa cultura, grande parte do seu tempo apenas com a mãe e, nomeadamente porque está ainda bastante incapaz do contacto com os objectos, dirige-se quase somente a ela, pelo que os seus poucos momentos de alguma disponibilidade para o mundo exterior são gastos na interacção com a mãe, donde que este momento é uma altura grandemente favorável para se poder investigar o impacto da qualidade da interacção com a mãe no desenvolvimento da criança (Figueiredo, 1994).

Assim, e tal como o assinalaram, entre outros e ainda recentemente, Murray e Stein (1991), *"o que acontece é que na maior parte das culturas a mãe constitui, durante os primeiros meses de vida, o primeiro meio-ambiente social da criança, pelo que a consequência dos efeitos da depressão da mãe que ocorre nessa altura sobre o desenvolvimento da criança é uma preocupação clínica primordial"* (p. 144).

Por outro lado, durante esses primeiros meses são lançadas as bases para o estabelecimento da qualidade da vinculação à mãe, a qual tem um importante impacto no desenvolvimento futuro do bebé (Cramer, 1993).

Mais, o interesse no estudo da depressão pós-parto tem vindo a ser estimulado por outras tantas circunstâncias diversas e características próprias associadas a este distúrbio psicopatológico, particularmente as que se seguem:

a) elevada incidência do distúrbio (e.g., Kumar e Robson, 1984; Hopkins et al., 1986);

b) reduzido número de pedidos de ajuda especializada que não corresponde ao elevado número de mães que se deprimem após o parto (Brown, 1979; Meltzer & Kumar, 1985);

c) considerável duração do distúrbio, dado que a sintomatologia depressiva permanece, mesmo que apenas a um nível sub-clínico, durante todo o primeiro ano de vida da criança (e.g., O'Hara & Zekoski, 1988);

d) associação do distúrbio com um certo isolamento social e com falta de apoio do ponto de vista emocional (e.g., Murray & Stein, 1991);

e) dificuldades de detecção do distúrbio;

f) imprevisibilidade no início do distúrbio.

Com efeito, os sintomas da depressão pós-parto não são muito espectaculares, o que, entre outros aspectos, não permite uma tão fácil detecção do sofrimento psicológico associado, nomeadamente pelos envolventes das puerpéras, pelo que estas raramente são conduzidas a tratamento. E, dado que se trata frequentemente da primeira vez que se encontram deprimidas, nem elas próprias nem os envolventes estão preparados para lidar de forma adequada com a situação.

Assim, e como o assinalam Melshuish, Gamble, e Kumar (1988), esta perturbação tem muitas vezes início incidioso, em mulheres que nunca estiveram doentes e que, consequentemente, não sabem como enfrentar as suas dificuldades — nem elas, nem o seu *entourage* que não está preparado nem realizou as adaptações necessárias, nomeadamente para mitigar os efeitos adversos que possam resultar no bebé.

Por quanto, na opinião de Murray (1992), *"a elevada prevalência da depressão pós-parto, a sensibilidade do bebé à qualidade dos contactos interpessoais que lhe são proporcionados e o facto do meio--ambiente do bebé, durante os primeiros meses de vida, ser primeiramente constituído pela mãe"* são circunstâncias que combinam para *"estabelecer a questão dos efeitos da depressão pós--parto no desenvolvimento da criança, como uma questão clínica de especial importância"* (p. 544).

Por último, mas não menos importante, assinale-se ainda o facto de todas as mulheres terem direito à saúde mental, o direito a não mergulhar na dor e no sofrimento psicológico e a poder experenciar o prazer e alegria de ter um filho.

CAPÍTULO II

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Este capítulo é dedicado à apresentação do distúrbio psicopatológico mais comum que ocorre na mulher durante o puerpério — a depressão pós-parto.

Nesse sentido faremos a revisão dos estudos empíricos que se debruçaram sobre a incidência, prevalência e recorrência, o início, curso e a duração, a gravidade e a evolução, bem como sobre a sintomatologia e a etiologia da depressão pós-parto.

Procuraremos também estabelecer um quadro comparativo da depressão pós-parto em relação aos restantes distúrbios psicopatológicos do puerpério.

Elaboraremos ainda algumas considerações, quer a respeito da depressão pós-parto poder ser considerada uma entidade diagnóstica distinta, quer a propósito da avaliação e da intervenção na depressão pós-parto.



II. DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A depressão é uma circunstância psicopatológica que afecta 2/3 mais a mulher do que o homem, muito embora este esteja mais sujeito a perturbações como o alcoolismo e o suicídio (Nolen-Hoeksema, 1987; DSMIII-R, 1989). Os mais recentes estudos epidemiológicos referem que a depressão tende a ocorrer em mulheres casadas, com idade compreendida entre os 25 e os 45 anos e em mães de uma criança pequena (e.g., Paykel, 1991).

Sendo um distúrbio frequente nas mulheres, a depressão ocorre muitas vezes associada ao parto e nascimento de um bebé, e grande parte dos estudos empíricos refere que a depressão na mulher tem mais probabilidades de acontecer no seguimento desta circunstância do que da condição que a precede — isto é, da gravidez — ou a sucede — isto é, em condições não relacionadas com a maternidade (e.g., Kumar & Robson, 1984).

Acontece que em amostras específicas, como no caso das puérperas adolescentes, o número de mulheres que se deprime após o parto atinge valores surpreendentes (e.g., Colletta, 1983; Cutrona, 1990; Leasbeater & Linares, 1992; Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi, & Rahdert, 1994), o que alerta os técnicos de saúde mental para a necessidade de estarem atentos aos factores específicos que se associam à depressão na mulher.

Os desajustes emocionais que podem ocorrer durante a gravidez, embora possam ser mais habituais, são menos importantes do que aqueles que ocorrem no puerpério, para além de terem características bastante diversas, pois estão mais relacionados com a ansiedade suscitada pela aproximação do parto do que propriamente com o humor depressivo, como acontece após o parto, e, nesse sentido, podem ter um carácter adaptativo — dado que estimulam a mulher a preparar-se para as mudanças a operar para receber o bebé (e.g., Cox, 1978) — que não se reconhece na depressão.

O estudo da depressão pós-parto tem sido estimulado por circunstâncias várias associadas a esta perturbação, designadamente: elevada incidência, considerável duração, consequências negativas no desenvolvimento da criança, implicações sócio-económicas — dado que a actividade ocupacional da mulher

pode estar diminuída — e necessidade de se estabelecer legislação específica, nomeadamente de cariz laboral (e.g., Gotlib, Whiffen, Walace & Mount, 1991).

Por outro lado, o período após o parto oferece uma oportunidade única para examinar a importância de uma circunstância de vida claramente identificável — isto é, o parto — no aparecimento de uma desordem específica — ou seja, a depressão pós-parto — possibilitando deste modo testar algumas hipóteses no que respeita à etiologia da depressão em geral.

Com o objectivo de caracterizar a depressão que acontece num grande número de mulheres durante o puerpério, alguns autores têm-se esforçado por definir, a partir de critérios sintomáticos distintos, um distúrbio específico que denominam de depressão pós-parto. Assim, a IV edição da classificação de Distúrbios da Associação Americana de Psiquiatria publicada em 1994 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition,* DSM-IV) considera, pela primeira vez, a depressão pós-parto.

Curiosamente, a primeira descrição de um caso clínico de depressão pós-parto deve-se a um médico português, João Rodrigues de Castelo Branco, que em 1551, descreve o caso da *"formosa esposa de carcinator que havia sempre gozado de óptima saúde, mas depois do parto foi atacada de melancolia e durante um mês ficou como louca, mas que com a aplicação de remédios adjuvantes voltou à primitiva saúde"* (Brockington, 1996, p. 166).

No entanto, como veremos também ao longo deste capítulo, não temos hoje dados empíricos muito seguros de que a depressão que ocorre durante o puerpério tenha rasgos clínicos diferentes da depressão que ocorre em outros momentos da vida da mulher, nem mesmo de que a depressão na mulher aconteça com mais probabilidade em associação ao parto do que não relacionada com este evento.

1. Incidência, Prevalência e Recorrência da Depressão Pós-parto

1.1. Incidência e prevalência da depressão pós-parto

Neste ponto procuraremos apresentar os estudos que, desenvolvidos em diferentes países, pretenderam avaliar a incidência de depressão pós-parto — isto é, a percentagem de mulheres que têm a probabilidade de se apresentar pela primeira vez deprimidas durante o período pós-parto, e, de uma forma mais geral, a

prevalência de depressão pós-parto — isto é, a percentagem de mulheres que têm a probabilidade de se apresentar deprimidas durante o período após o parto.

Veremos ainda alguns estudos que estimaram a recorrência da depressão pós-parto — isto é, a percentagem de mulheres que têm a probabilidade de voltar a apresentar depressão em associação com futuros partos.

Serão primeiro descritos os estudos conduzidos no Reino Unido, seguidamente, serão apresentados os estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá e, finalmente, os estudos realizados em outros países, nomeadamente em Portugal.

Pitt (1968), num dos primeiros estudos empíricos realizados com recurso a critérios convencionais para avaliar a incidência de depressão pós-parto, seguiu prospectivamente uma amostra de 305 mulheres, desde o 3º trimestre de gravidez até durante o puerpério, e averiguou que 33 dessas mulheres (i.é., 10.8%) se apresentavam deprimidas no 2º mês do pós-parto. Argumentou que esta percentagem é 6 vezes superior à que poderíamos encontrar, num período comparável, numa amostra de não-puérperas. O diagnóstico foi elaborado, a partir de uma entrevista psiquiátrica e da administração de um questionário construído pelo autor, tendo em conta os critérios estabelecidos pelo próprio — a presença de sintomas depressivos, com ocorrência nos meses que se seguem ao parto, por uma duração superior a 2 semanas, constituindo uma experiência não-usual para a puérpera, a um nível que compromete o desempenho das suas actividades habituais.

Mais tarde, igualmente no Reino Unido, Dalton (1971) estimou que 14 das 189 mulheres (i.e., 7.4%) do seu estudo desenvolvido na comunidade, avaliadas ao 6º mês do pós-parto, se encontravam deprimidas a um nível que justificaria uma intervenção psiquiátrica e que 48 dessas mesmas 189 mulheres (i.e., 25.4%) apresentavam depressão moderada.

Kumar e Robson (1978, 1984) seguiram prospectivamente uma amostra de 119 mulheres primíparas, avaliadas durante a gravidez e os primeiros 6 meses que se sucedem ao parto, através da entrevista psiquiátrica estandardizada proposta por Goldberg, em 1970 (*Standardised Psychiatric Interview*, SPI). Observaram que, tendo em conta os critérios de diagnóstico RDC, cerca de 20% das puérperas estava pelo menos uma vez deprimida nos primeiros 6 meses do puerpério (prevalência), sendo que o ponto de mais elevada incidência era o primeiro trimestre do pós-parto, em que um elevado número de mulheres (14%) se encontrava deprimida, provavelmente pela primeira vez na sua vida. Com efeito, verificaram que, aos 3 meses do pós-parto, 15 dos 19 casos eram novos casos de depressão, respeitantes a mulheres que não

tinham estado deprimidas por altura da entrevista na 36ª semana de gravidez, pelo que a proporção de casos de depressão que acontecem na gravidez é de cerca de 1 para cada 3 no puerpério. Para além disso, existe pouca sobreposição entre os casos de depressão na gravidez e no pós-parto, dado que apenas um número muito reduzido de puérperas (2%) que se encontraram deprimidas no puerpério tinham já estado deprimidas durante a gravidez. Estes autores verificaram também que a incidência de depressão é inferior durante os 3 meses que antecedem o parto (4.2%) do que acontece durante os primeiros 3 meses que se sucedem ao parto. A comparação feita entre a prevalência de depressão pós-parto na amostra em geral, e numa amostra subsidiária de 79 mulheres, providencia algum suporte para a hipótese de que o facto de tomar parte numa investigação pode reduzir a ocorrência de depressão pós-parto na mulher.

Também Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980) encontraram que, na 5ª-8ª semana do pós-parto, 21 das 120 mulheres do seu estudo (17.5%), avaliadas através da escala para a depressão de Raskin, publicada em 1970 (*Raskin Three Area Depression Scale*, RTADS), se encontravam clinicamente deprimidas, evidenciando ainda que as observações, realizadas através desta e de uma entrevista psiquiátrica, nem sempre foram concordantes nos resultados que possibilitaram.

Na Escócia, Cox, Connor, e Kendell (1982) administraram a entrevista psiquiátrica estandardizada de Goldberg (SPI) a uma amostra de 105 mulheres, durante a gravidez e puerpério, e verificaram que 13% destas mulheres se encontravam deprimidas no 4º mês do pós-parto, tal como podia ser observado tendo em conta os critérios definidos por Pitt, em 1968. Muito embora, e com recurso aos mesmos critérios, durante o 2º trimestre de gravidez, apenas 4% das mulheres se encontrasse deprimidas.

Num estudo prospectivo sobre 128 mulheres avaliadas desde a gravidez, com base na entrevista psiquiátrica de Goldberg (SPI) e utilizando os critérios da 9ª edição da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (*9th Edition of International Classification of Disease*, ICD9), Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984) verificaram uma incidência de 7.8% e uma prevalência de 12.0% para a depressão neurótica, na 6ª semana do puerpério. Contrariamente aos resultados de Kumar e Robson (1984) e de Cox, Connor, e Kendell (1982), foram encontrados neste estudo valores elevados de prevalência de depressão durante a gravidez (9.4%). Com base nos referidos critérios, estes autores — quando tomaram em consideração todo o primeiro ano do puerpério — observaram que 22.0% das puérperas da sua amostra tinham estado pelo menos por uma vez deprimidas, a um nível clinicamente diagnosticável.

A fim de poder comparar a incidência de depressão clinicamente diagnosticável durante o puerpério com a incidência desse mesmo distúrbio noutros períodos de vida da mulher, Cooper, Campbell, Day, Kennerly, e Bond (1988) estimaram a percentagem de mulheres com uma desordem psiquiátrica identificável, recorrendo ao exame do estado actual publicado em 1974 por Wing, Cooper, e Sartorius (*Present State Examination*, PSE). A amostra foi constituída por 500 mulheres puérperas residentes em Oxford — avaliadas durante o último trimestre de gravidez, e depois, periodicamente, durante todo ano que se seguiu ao parto, aos 3, 6 e 12 meses do puerpério — e 300 mulheres não-puérperas residentes em Edinburgh, emparelhadas com as primeiras, com relação a um conjunto de variáveis significativas para a questão em estudo (e.g., idade, paridade, classe social). Estes autores não encontraram qualquer evidência empírica que fundamentasse a hipótese de acontecer um aumento da incidência de desordem psiquiátrica clinicamente diagnosticável durante o período após o parto, dado que os valores de prevalência para a depressão, observados nas puérperas eram de, respectivamente, 8.7% aos 3 meses, 9.1% aos 6 meses e 5.2% aos 12 meses do pós-parto e não diferiam significativamente dos valores encontrados nas não-puérperas. Quando tiveram em conta todo o primeiro ano do puerpério, estes mesmos autores estimaram a prevalência de depressão pós-parto em 15.1% e a incidência em 12.6% das mulheres da sua amostra, concluindo que *"não se observam evidências empíricas para a hipótese de um aumento significativo do risco de depressão não-psicótica durante o período pós-parto"* (Cooper, Murray & Stein, 1991, p. 1256).

Ainda no Reino Unido, num estudo que realizaram sobre uma amostra de 147 puérperas com base no questionário EPDS para a depressão pós-parto (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS), Harris e Johns et al. (1989) verificaram que, na 6ª-8ª semana do puerpério, 14.9% das mulheres se encontravam deprimidas (prevalência).

Por sua vez, em Cambridge, Carothers e Murray (1990), num estudo que desenvolveram sobre uma amostra de 702 puérperas primíparas, avaliadas na 6ª semana do puerpério através do questionário EPDS enviado pelo correio, encontraram que o diagnóstico de depressão pós-parto no 2º/3º mês do puerpério era susceptível de ser confirmado, com base nos critérios RDC e após administração da entrevista psiquiátrica SPI, em 11.1% destas (prevalência), sendo que 26 experienciavam um episódio de depressão *minor* e 35 um episódio de depressão *major*.

Também Cox, Murray, e Chapman (1993) não encontraram que a prevalência de depressão em puérperas (9.1%) fosse significativamente superior à prevalência de depressão em não-puérperas (8.2%). Estes autores usaram a escala EPDS para a depressão pós-parto e a entrevista psiquiátrica estandardizada SPI de Goldberg, e

avaliaram 232 mulheres no 6º mês do puerpério e o mesmo número de mulheres que não estavam grávidas nem tinham um bebé com menos de 12 meses de idade, emparelhadas no que diz respeito idade, estatuto marital e número de filhos.

Ballard, Davis, Cullen, Mohan, e Dean (1994), por sua vez, examinaram a prevalência de depressão pós-parto em 200 casais. Com base no questionário para a depressão pós-parto EPDS, estes autores encontraram que a prevalência de depressão em puérperas, avaliadas na 3ª semana do pós-parto (27.5%) e no 6º mês do pós-parto (25.7%), não é significativamente superior à prevalência de depressão numa amostra comparável de mães não-puérperas com crianças de idade entre os 3 e os 5 anos, concluindo que *"não existe uma vulnerabilidade adicional para a depressão em mulheres puérperas quando comparadas com mulheres não-puérperas"* (Ballard et al., 1994, p. 787). Encontraram ainda que a prevalência de depressão em puérperas é significativamente superior à prevalência de depressão nos respectivos maridos (respectivamente, 9.0% na 3ª semana e 5.4% no 6º mês do pós-parto).

Tendo em conta os critérios RDC, Bromet e Cornely (1984) verificaram, num estudo conduzido sobre uma amostra de 378 puérperas residentes na Pennsylvania (EUA), a quem efectuaram a entrevista psiquiátrica de Endicott e Spitzer publicada em 1978 (*Schedule for Affective Disorders and Schizofrenia*, SADS), a ocorrência de depressão pós-parto num número elevado de mulheres sem história psiquiátrica prévia (14.6%). Esse número era superior, quer ao número daquelas que se deprimiram apenas antes do nascimento da criança (5.0%), quer ao número daquelas que se deprimiram antes e depois do nascimento da criança (5.8%). Estes autores concluiram que o nascimento de um filho é um importante factor de risco a considerar na etiologia da depressão na mulher.

Gotlib, Whiffen, Mount, Milne, e Cordy (1989, 1991) examinaram a incidência e prevalência de depressão numa amostra heterogénea de 730 mulheres canadianas, avaliadas durante o 2º trimestre de gravidez e no 2º mês do puerpério, através da entrevista psiquiátrica estandardizada SADS de Endicott e Spitzer (1978) e do inventário de auto-administração para a depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI). Estabeleceram o estatuto diagnóstico dessas mulheres, com base nos critérios RDC. Verificaram que, tendo em conta a presença de sintomatologia depressiva tal como pode ser recolhida através do BDI, aproximadamente 25% das mulheres da amostra se apresentavam pelo menos uma vez deprimidas, em qualquer uma das duas avaliações realizadas. Verificaram também que embora 75 mulheres (10.3%) preenchessem os critérios RDC para a depressão *major* ou *minor* durante a

gravidez, apenas 53 (7.2%) preenchiam esses mesmos critérios durante o 2° mês do puerpério. Verificaram ainda que durante o puerpério 32 dessas mulheres (i.e., 3.4%) estavam deprimidas supostamente pela primeira vez nas suas vidas, dado que não apresentavam depressão durante a gravidez, enquanto que as restantes 21 (3%) encontravam-se deprimidas desde a gravidez (Gotlib, Wiffen, Mount, Milne, & Cordy, 1989). Neste estudo, a prevalência para a depressão pós-parto no 2° mês do puerpério foi estimada em 13% (Gotlib et al., 1991).

Também O'Hara, Zekowski, Phillips, e Wright (1990), num estudo desenvolvido nos Estados Unidos da América, procuravam avaliar em que medida o puerpério é um momento propício ao aparecimento de sintomatologia depressiva e do distúrbio depressivo na mulher. Para esse efeito, compararam num conjunto de medidas relativas à sintomatologia depressiva e a outros estados de humor uma amostra heterogénea de 182 mulheres puérperas, avaliadas durante a gravidez e na 9ª semana do pós-parto, e o mesmo número de mulheres não-puérperas, emparelhadas com as primeiras no que se refere a variáveis demográficas significativas para a questão em estudo. Não encontraram diferenças significativas entre grávidas e não-grávidas, assim como entre puérperas e não puérperas, em relação à ocorrência de depressão *minor* e *major*, tendo em conta os critérios RDC, após administração da entrevista psiquiátrica SADS. Este resultado vai de encontro ao trabalho anteriormente apresentado de Cooper, Murray, e Stein (1991).

No entanto, de acordo com os resultados do estudo que agora apresentamos, as puérperas relataram a presença de níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que as mulheres não-puérperas consideradas na amostra, na administração do inventário de Beck para a depressão (BDI), quer durante o final da gravidez quer no início do puerpério. Os autores deste estudo estimaram uma prevalência de 10.4% para a depressão pós-parto durante os primeiros 2 meses do puerpério.

Num estudo anterior, realizado com base numa amostra de 99 puérperas avaliadas durante o 2° trimestre de gravidez e na 9ª semana do puerpério, estes mesmos autores tinham averiguado, relativamente ao mesmo período de tempo, uma prevalência de 12.1% e uma incidência de 10% para a depressão pós-parto, tal como pode ser diagnosticada tendo em conta os critérios RDC para a depressão *major* e *minor*, após administração da entrevista psiquiátrica SADS (O'Hara, Neunaber & Zekoski, 1984).

As adolescentes são uma população particularmente em risco de desenvolver depressão, particularmente as mães adolescentes.

Por exemplo, Colletta (1983) encontrou que 59% das 75 mães adolescentes do seu estudo, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, se encontravam clinicamente deprimidas quando avaliadas durante o puerpério, através da escala para a depressão proposta por Radloff em 1975 (*Center Epidemiologic Studies of Depression*, CES-D).

Troutman e Cutrona (1990) procuraram avaliar o acréscimo que o nascimento de um bebé pode provocar na vulnerabilidade para o distúrbio depressivo e para a sintomatologia depressiva na adolescente. Para esse efeito, seguiram prospectivamente um grupo constituído por 128 adolescentes primíparas, com idades entre os 14 e os 18 anos, avaliadas durante a gravidez e na 6ª semana do pós-parto, com base na entrevista psiquiátrica SADS e no inventário BDI, e um grupo constituído pelo mesmo número de adolescentes não-puérperas, avaliadas através dos mesmos instrumentos. Estas autoras verificaram que, na 6ª semana do pós-parto, 6% das adolescentes puérperas e 4% das não-puérperas preenchiam os critérios RDC para a depressão *major* e 20% das adolescentes puérperas e 10% das não-puérperas preenchiam os mesmos critérios para a depressão *minor*. Este estudo, desenvolvido junto de puérperas adolescentes, estimou o valor de prevalência para a depressão pós-parto em 26%. No entanto, dado que as diferenças entre adolescentes puérperas e não puérperas não se mostraram significativas, as autoras concluiram que não há evidências empíricas de que a maternidade coloque as adolescentes em maior risco para a depressão durante as primeiras semanas do pós-parto.

Contudo, ao dividirem os sintomas de depressão em duas categorias clínicas distintas (sintomas somáticos e sintomas cognitivo-emocionais) tal como o permite o BDI, as referidas autoras puseram em evidência algumas diferenças significativas, dado que os sintomas somáticos, tais como a insónia e a fadiga excessiva — mas não os sintomas cognitivo-emocionais, tais como a culpa e as dificuldades de concentração —, surgiam com mais frequência nas adolescentes puérperas do que nas não-puérperas.

Num estudo anterior, desenvolvido junto de puérperas não-adolescentes, a prevalência e a incidência para a depressão pós-parto encontrada por um destes dois autores, tendo em conta os critérios para a depressão *major* da 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Ditúrbios publicado em 1978 pela Associação Americana de Psiquiatria (*3th Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSMIII), foi respectivamente de 8.2% e de 7.1% (Cutrona, 1983).

Tal como nos estudos de O'Hara, Zekowski, Phillips, e Wright (1990) e de Cooper, Murray, e Stein (1991) já apresentados, também os resultados desta investigação testemunham, e agora especificamente em relação às puérperas adolescentes, a falta de evidências empíricas de que possa ocorrer, durante os

primeiros meses que se seguem ao parto, um risco acrescido para a depressão clínica não-psicótica na mulher. Estas autoras consideram a necessidade de estudos adicionais para determinar a validade da depressão pós-parto não-psicótica enquanto categoria diagnóstica, estudos que se fundamentem não só no possível acréscimo da incidência de depressão após o parto, mas também e sobretudo na sintomatologia, curso e tratamento específicos desta perturbação.

Leadbeater e Linares (1992) acompanharam de igual modo, ao longo da gravidez e do puerpério, uma amostra de adolescentes pertencentes a uma comunidade muito desfavorecida de emigrantes nos EUA (N= 120), mas verificaram que, tendo em conta os resultados das mães adolescentes no inventário para a depressão (BDI) administrado no 2° mês do pós-parto, 49% das puérperas estavam clinicamente deprimidas, alertando que em comunidades multi-risco — como é o caso das mães adolescentes que vivem em condições sociais desfavorecidas — os valores de incidência de depressão pós-parto são muito elevados.

Os autores que estudaram comunidades urbanas sócio-economicamente desfavorecidas observaram também valores de incidência e prevalência de depressão pós-parto muito elevados. Por exemplo, o diagnóstico de desordem afectiva *minor* ou *major* — considerando os critérios RDC, após entrevista SADS — foi encontrado em 23.4% das 192 mulheres do estudo de Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, e Cameron (1995), conduzido nos EUA sobre uma amostra urbana, multi-étnica de baixo nível sócio-económico. Estes autores verificaram ainda que a prevalência de depressão após o parto não era superior à prevalência de depressão avaliada em dois momentos diferentes durante a gravidez (27.6% e 24.5%) e que apenas cerca de metade das mulheres (46.7%) desenvolveram depressão após o parto na ausência de depressão antes do parto. Avaliaram igualmente que os valores de prevalência de depressão pós-parto nas mulheres de origem africana da amostra não eram significativamente diferentes aos valores encontrados junto das mulheres de origem europeia.

Também recentemente, Campbell e Cohn (1991) estimaram a prevalência de depressão pós-parto numa extensa amostra de mulheres primíparas americanas de classe média que tinham dado à luz um bebé de termo saudável (N=1033). Os autores administraram a entrevista psiquiátrica SADS e a escala para a depressão CES-D, na 6ª-8ª semana do pós-parto. Encontraram que 9.3% das puérperas preenchiam os critérios RDC para a depressão, por um período igual ou superior a duas semanas, sendo que a maior parte dessas mulheres (69%) preenchia os critérios para a depressão *major* ou depressão *major* provável, já que apenas 31% das mulheres

preenchiam os critérios para a depressão *minor*. Estabeleceram o valor de prevalência para a depressão pós-parto em 9.3%, correspondente a uma prevalência de 6.4% para a depressão *major* e a uma prevalência de 2.9% para a depressão *minor*.

Numa análise posterior (Campbell, Cohn, Flanagan, Poppy, e Meyers,1992), estes mesmos autores verificaram que, no grupo das mulheres com depressão pós-parto, no 2° mês do puerpério, diagnosticada após entrevista psiquiátrica, 89% preenchiam os critérios RDC para a depressão *major* ou depressão *major* provável e apenas 11% preenchiam os mesmos critérios para a depressão *minor*. Verificaram também que algumas das mulheres que apresentavam valores elevados de sintomatologia depressiva, tal como podia ser recolhida através do CES-D, não preenchiam os critérios RDC para a depressão, após administração da entrevista SADS. Observaram ainda que um elevado número de mulheres do grupo daquelas que não exibiam depressão pós-parto, evidenciavam pelo menos um sintoma somático característico da depressão.

Na Finlândia, num estudo desenvolvido junto de 153 mulheres, Tamminen (1988) observou que 8% das puérperas se encontravam clinicamente deprimidas (prevalência) no 2-3 mês do pós-parto, tal como podia ser avaliado pelas suas respostas no inventário para a depressão BDI.

Numa investigação conduzida no Uganda sobre uma amostra de 183 mulheres da tribo Ganda que se deslocaram a um Centro de Saúde por altura do puerpério e que foram entrevistadas com base numa adaptação da entrevista psiquiátrica estandardizada de Goldberg (SPI), Cox (1983) encontrou que apenas 18 mulheres da sua amostra (10%) preenchiam os critérios para a depressão da 8ª edição da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (*8th Edition of International Classification of Disease*, ICD8), na 6ª-15ª semana do pós-parto.

Também uma investigação levada a cabo sobre 81 mulheres sul-africanas, Spangenberg e Pieters (1991) encontraram que 22 dessas mulheres, quando avaliadas através do inventário de Beck para a depressão (BDI), entre a 2a. semana e o 6° mês do pós-parto, exibiam valores elevados de depressão, o que corresponde a uma prevalência de 27.2%.

No entanto, Aderidge, Gureje, e Omigbodun (1993) verificaram uma taxa da prevalência de depressão pós-parto — 4.9% — bastante inferior ao que foi assinalado nos estudos apresentados até ao momento, numa investigação que desenvolveram junto de 277 mulheres que acompanharam na Nigéria, durante o segundo trimestre de

gravidez e entre a 6ª e a 8ª semana do pós-parto. Contrariamente também ao que foi observado em grande parte dos estudos conduzidos em países ocidentais, a morbilidade psiquiátrica encontrada durante a gravidez (36%) é muito superior à morbilidade psiquiátrica encontrada durante o pós-parto (14%), e, após o parto, a depressão (4.9%) não é mais frequente do que as desordens de ansiedade (5%) e a agorafobia (4.5%) o que é explicado por diferenças sócio-culturais

Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, e Figueiredo (1996) encontraram uma prevalência de depressão de 16.1% usando a escala EPDS para a detecção de depressão pós-parto (EPDS> 13), entre o 2º e o 5º mês do pós-parto, junto de uma amostra de 118 puérperas residentes na Cidade do Porto. Esse valor corresponde quase ao dobro do valor encontrado pelos autores junto de uma amostra similar de mulheres não-puérperas — que não tiveram um bebé nos dois anos anteriores — residentes na mesma área (N= 118).

1.2. Recorrência da depressão pós-parto

O risco de recorrência de depressão pós-parto em futuros puerpérios foi considerado muito elevado, por exemplo, nos estudos de Dalton (1971) e de Hamilton (1988), os quais referiram que 30 a 70% das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto — 70 a 90% das puérperas, no estudo mais recente de Dalton (1982) — exibem a mesma sintomatologia em futuros puerpérios.

Também Davidson e Robertson (1985) observaram que um elevado número de puérperas da sua amostra (43%), atendidas nas primeiras 12 semanas imediatas ao parto no *Royal Edinburgh Hospital*, exibiam, em função da evidência de sintomatologia depressiva, os mesmos sintomas em futuros puerpérios.

Katona (1982), por sua vez, encontrou que os valores de readmissão hospitalar a longo prazo, em puérperas a quem foi feito o diagnóstico de episódio depressivo *major* — sujeitas a internamento e intervenção psiquiátrica — eram significativamente inferiores aos valores de readmissão hospitalar em não-puérperas com o mesmo diagnóstico. Esta constatação sugere que a recorrência da depressão que acontece a seguir ao parto pode ser inferior à recorrência de depressão que acontece em outras alturas da vida da mulher, pelo menos nos casos em que a depressão ganha gravidade suficiente para que um internamento seja necessário. No entanto, alguns estudos não encontraram diferenças significativas entre os valores de reincidência da depressão pós-parto e da depressão não-pós-parto (Whiffen, 1991).

No estudo conduzido por Bell, Land, Milne, e Hassanyeh (1994) sobre 65 puérperas sujeitas a internamento psiquiátrico durante o pós-parto numa unidade de atendimento mãe-bebé inglesa, averiguou-se que, no espaço de tempo considerado (8.8 anos), mais de 50% das mulheres tinham novamente sido sujeitas a intervenção psiquiátrica devido a depressão *major*, sendo que estes autores verificaram ainda que a probabilidade de recorrência da sintomatologia depressiva era significativamente maior nas puérperas com história psiquiátrica prévia do que nas puérperas que apenas tinham apresentado depressão durante o puerpério.

Phillips e O'Hara (1991) verificaram que as mulheres que experienciam depressão a seguir ao parto têm um risco acrescido para desenvolver futuras depressões, mesmo que não relacionadas com novas maternidades. Estes autores encontraram, numa investigação que desenvolveram junto de 70 mulheres, avaliadas ao longo de 4 anos e meio de estudo, uma forte associação positiva entre a presença de depressão nos primeiros meses do pós-parto e episódios posteriores de depressão. Com efeito, verificaram que 80% das mulheres da sua amostra, que experienciaram depressão pós-parto, reincidiram nesta mesma sintomatologia, pelo menos em uma ocasião durante o período de 4 anos e meio considerado.

Ao analisar apenas o período dos dois anos imediatos ao parto, também Campbell, Cohn, Flanagan, Poppy, e Meyers (1992) encontraram que a reconversão da sintomatologia depressiva a um nível clinicamente diagnosticável, tendo em conta os critérios RDC, acontecia em 15% das mulheres a quem tinha sido feito o diagnóstico de depressão pós-parto no 2º mês do puerpério, percentagem que pode ser considerada elevada, se tivermos em conta o curto espaço de tempo considerado.

Cooper e Murray (1995), por sua vez, no estudo desenvolvido em Cambridge que já descrevemos anteriormente, consideraram que é possível distinguir entre dois tipos diferentes de puérperas com depressão pós-parto: puérperas para quem o episódio de depressão pós-parto se constitui na recorrência de uma depressão prévia (grupo 1) e puérperas para quem o episódio de depressão pós-parto se constitui num primeiro distúrbio psicopatológico na vida da mulher (grupo 2).

Ao acompanharem a evolução da sintomatologia depressiva na amostra inicial do estudo, durante os 5 anos que se seguiram ao parto, estes autores encontraram que as puérperas com depressão pós-parto que tinham experienciado anteriormente ao parto pelo menos um episódio de distúrbio depressivo (N= 21) estavam mais em risco de desenvolver depressão em momentos não relacionados com o parto (62%), mas não estavam mais em risco de desenvolver episódios de depressão pós-parto (18%) do que as puérperas do grupo 2; contrariamente ao que verificaram junto das puérperas para quem a depressão pós-parto se constituiu num primeiro distúrbio psicopatológico (N=34), que mostraram maior recorrência

especificamente de depressão pós-parto — a recorrência de depressão pós-parto verificou-se em 41% destas mulheres — mas não de depressão que ocorresse em outros momentos da vida da mulher (38%).

Tal confirmaria a expectativa de que existe dois tipos de mulheres que desenvolvem depressão a seguir ao parto, sendo que para um tipo de mulheres a depressão tem a ver com os pedidos emocionais relacionados com a maternidade, enquanto que para o outro tipo, a depressão não se relaciona especificamente com nenhum acontecimento significativo.

Saliente-se ainda, que a recorrência de depressão — independentemente de se considerar a sua recorrência num momento relacionado ou não relacionado com o pós-parto — foi respectivamente de 67% no grupo 1 e 56% no grupo 2.

No que se refere à possível comparação entre os valores de incidência e de prevalência da depressão durante o puerpério, relativamente ao que acontece antes e durante a gravidez, a maior parte dos estudos prospectivos realizados durante a gravidez e pós-parto refere que pelo menos metade das depressões que acontecem durante o puerpério se verifica em puérperas que não sofreram anteriormente deste tipo de perturbação, pelo menos a um nível clinicamente significativo, como o assinalam, entre outros, os estudos de Gotlib, Whiffen, Mount, Milne, e Cordy (1989), Kumar e Robson (1984), O'Hara, Zekowski, Phillips, e Wright (1984, 1990), Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984) e Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, e Cameron (1995).

No que se refere aos estudos realizados em países, com sistemas sócio-culturais diversos, as investigações indicam que, por exemplo em África, a prevalência de depressão após o parto, tal como pode ser definida enquanto distúrbio psiquiátrico com referência aos mesmos critérios ou com base na presença de sintomatologia depressiva, é semelhante ao que é encontrado nos países de civilização ocidental (Cox, 1983; Spangenberg & Pieters, 1991). E, nos países ocidentais, os resultados obtidos no continente europeu, na Finlândia (Tamminen, 1988), em Portugal (Augusto et al., 1996) ou no Reino Unido (e.g., Cooper et al., 1988), são semelhantes aos que foram obtidos no continente americano, no Canadá (e.g., Gotlib et al., 1989) ou nos EUA (e.g., O'Hara et al., 1990).

No que se refere à idade da mulher, os estudos desenvolvidos junto de amostras de puérperas adolescentes encontraram claramente junto dessa população específica uma prevalência muito mais elevada de distúrbio depressivo pós-parto (e.g., Colletta, 1983; Cutrona, 1990; Leasbeater & Linares, 1992; Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi, & Rahdert, 1994), dado que, e tendo em conta os critérios RDC,

foi possível, por exemplo, operar, na 6ª semana do pós-parto, o diagnóstico de depressão em 26% das mães adolescentes (Troutman & Cutrona, 1990) e, tendo em conta a sintomatologia depressiva, foi possível operar o diagnóstico de depressão, no 2º mês do pós-parto, em 49% das mães adolescentes (Leadbeater & Linares, 1992).

Quando à idade da mãe se junta o facto de ela pertencer a uma comunidade socialmente desfavorecida, os valores de incidênica são muito elevados. Mulheres pertencentes a comunidades sócio-desfavorecidas têm níveis de incidência de depressão pós-parto muito elevados (e.g., Hobfoll et al., 1995).

Uma questão controversa nos estudos que apresentamos refere-se à maior ou menor probabilidade de ocorrência de uma depressão *major* ou *minor* em relação com o pós-parto. Com efeito, tal como pode ser definido a partir dos critérios RDC, alguns estudos empíricos referem que, relacionado com o parto, é mais provável encontrarmos uma depressão *minor* (e.g., Troutman & Cutrona, 1990), enquanto que outros estudos referem que é mais provável encontrarmos uma depressão *major* (e.g., Campbell & Cohn, 1991; Cohn et al.,1991).

Cohn, Campbell, e Ross (1991), por exemplo assinalaram que 86% das 33 mães primíparas, que se apresentavam deprimidas no 2º mês do pós-parto, apresentavam uma depressão *major* — tal como podia ser diagnosticada tendo em conta os critérios RDC (Sptizer et al., 1978) após administração da entrevista psiquiátrica SADS — e apenas 14% apresentavam uma depressão *minor*.

Os estudos que procuraram avaliar a incidência da doença mental do pós-parto a partir dos registos hospitalares tenderam a subestimar os valores dos distúrbios do puerpério que poderiam ser encontrados na população em geral, dado que muitas mulheres tendem a tolerar os seus sintomas e a não recorrer a ajuda especializada, sobretudo no caso da depressão pós-parto (Kendell, 1978). Mais recentemente, tendo em conta esta advertência metodológica, foram desenvolvidos, em diversos países, numerosos estudos empíricos sobre amostras recolhidas na comunidade, e são esses estudos que reportamos ao longo desta secção.

Considerando esses mesmos estudos empíricos, sucessivamente apresentados ao longo desta secção, somos confrontados com valores algo diversos de incidência e de prevalência para a depressão pós-parto. Tal pode ser justificado tendo em conta as características desses mesmos estudos que, como vimos, se reportaram a amostras bastantes diferentes, nomeadamente no que se refere a aspectos que podem influir na prevalência deste distúrbio, como seja, a paridade e a idade da puérpera. Pode também ser justificado pela definição do que é

considerado como depressão pós-parto, pois esses estudos utilizaram critérios de diagnóstico diferentes e não recorreram aos mesmos meios de diagnóstico, pois alguns utilizaram a entrevista psiquiátrica estandardizada enquanto que outros usaram apenas um questionário auto-administrado, para além de que os limites temporais considerados nem sempre foram os mesmos.

No que se refere à utilização de critérios de diagnóstico diferentes, as investigações mostram que quando se avalia a ocorrência de depressão pós-parto com base numa entrevista psiquiátrica estruturada e no preenchimento de critérios de diagnóstico elaborados com vista à detecção do distúrbio depressivo — como acontece, por exemplo, nos trabalhos de Pitt (1968), Kumar e Robson (1984), Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984), O'Hara, Zekowski, e Phillips (1984), Campbell e Cohn (1991), entre outros — os valores de prevalência encontrados variam em média entre 8 e 14%. Esses valores são inferiores aos valores de prevalência encontrados quando se avalia a ocorrência de depressão pós-parto com base apenas num questionário de auto-avaliação e na recolha de um conjunto de sintomas depressivos, tal como se verifica através do inventário de Beck, e não se considera a depressão como uma entidade clinicamente definida — é o que acontece nos trabalhos de Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980) e de Harris e Johns et al. (1989) e noutros, nos quais os valores de prevalência variam em média entre 15 e 25%.

Outro aspecto que tem sido assinalado como factor responsável pela discrepância dos valores de prevalência encontrados nos diferentes estudos, refere-se ao momento em que são feitas as avaliações (Gotlib et al., 1989; O'Hara & Zekoski, 1988). Assim, os estudos que se reportam a antes do 2º mês do pós-parto apresentam valores de prevalência geralmente inferiores aos valores encontrados nos estudos que se realizaram mais tarde no puerpério, e sabe-se hoje que esses estudos podem estar a omitir cerca de metade dos casos de depressão pós-parto que são susceptíveis de se iniciarem durante o 2º/3º mês do puerpério (Gotlib et al., 1989).

O que é facto é que durante o período que se segue ao parto, e face às mudanças biopsicosociais que nesse momento se operam, a generalidade das mulheres experiencia alguns sintomas usualmente considerados para o diagnóstico de depressão, designadamente a fadiga e a mudança nos padrões de alimentação e sono, sem que, no entanto, uma situação clínica de depressão possa sempre ser considerada, pois não são geralmente experienciadas as modificações cognitivas e emocionais habitualmente associadas a esta perturbação do humor. Ou seja, muito embora a mulher puérpera apresente habitualmente um elevado número de problemas que geralmente se constituem em sintomas de depressão, estes não são na maior parte dos casos suficientemente relevantes e diversificados para que se

possa fazer, quando se toma em consideração critérios mais precisos e rigorosos, um diagnóstico de depressão. Esta é uma das razões pela qual se pode explicar a significativa discrepância que se verifica entre os valores de prevalência encontrados nos estudos apresentados. Com efeito, os investigadores que recolhem um certo número de sintomas depressivos através de questionários de auto-avaliação, e fazem a partir daí o diagnóstico de depressão pós-parto, encontram valores superiores de prevalência aos que são encontrados noutros estudos que fazem o diagnóstico de depressão através de entrevista psiquiátrica estruturada. E, quando ambos os critérios são utilizados verifica-se que a prevalência e a incidência de depressão pós-parto varia consoante os critérios utilizados, sendo que a prevalência do distúrbio depressivo, clinicamente definido com base numa entrevista psiquiátrica estandardizada e no preenchimento de determinados critérios, é sempre inferior à prevalência de sintomatologia depressiva em valores clinicamente significativos, recolhida a partir das respostas a um questionário (como se verificou por exemplo nas investigações de Gotlib et al., 1989, 1991 e O'Hara et al., 1990).

Assim sendo, e como o mostra entre outros o trabalho de Campbell e Cohn (1991), nem todas as mulheres que apresentam um elevado número de sintomas depressivos, como aqueles que podem ser recolhidos através de um questionário de auto-administração, preenchem igualmente os critérios clínicos, por exemplo RDC, para o distúrbio depressivo, após realizar uma entrevista psiquiátrica, por exemplo SADS. Para além do mais, um elevado número de mulheres (isso aconteceu em 39% das puérperas deste estudo), embora não estejam clinicamente deprimidas, apresentam pelo menos um sintoma somático habitualmente associado ao quadro depressivo. Com efeito, a presença de sintomatologia ou queixas físicas — como, por exemplo, fadiga, perda de apetite, perda de peso, etc. — é mais frequentemente observada em mulheres puérperas do que em mulheres não-puérperas (e.g., Augusto et al., 1996).

Esta falta de total concordância entre os resultados obtidos através de um inventário de auto-avaliação, tal como o BDI ou o CES-D e os resultados obtidos através de entrevista psiquiátrica, tal como o SADS ou o SPI, sugere que as medidas de auto-relato podem não ser apropriadas para o diagnóstico de depressão em amostras de puérperas (Hopkins, Campbell & Marcus, 1987), ou pelo menos, assinalam, em relação a esses instrumentos, a necessidade de obter dados normativos para amostras de puérperas (Albright, 1993). É assim que, quando se utilizam questionários especificamente desenhados para a avaliação da depressão pós-parto e normalizados junto de amostras de puérperas, tal como acontece com o EPDS ou com o *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS), não se verificam grandes discrepâncias entre os resultados obtidos através das medidas de auto-relato e os

resultados obtidos com base em entrevista psiquiátrica estandardizada. Pois, como o mostram os resultados da recente investigação de Carothers e Murray (1990), quando os resultados no questionário EPDS são iguais ou superiores a 13, o diagnóstico de depressão *major* ou *minor* é em 100% dos casos susceptível de ser confirmado com base nos critérios RDC após administração da entrevista psiquiátrica SPI.

Conclui-se que as taxas de incidência de depressão pós-parto encontradas nos diferentes estudos variam claramente consoante as amostras estudadas, os instrumentos de medida, os critérios utilizados e os tempos de avaliação escolhidos (Albright, 1993; O'Hara & Zekoski, 1988; Séguin & Cossette, 1991). Dado que os estudos empíricos sobre a depressão pós-parto utilizaram amostras, instrumentos e critérios de diagnóstico muito diferentes, não é surpreendente que tenham conseguido pouco consenso relativamente à incidência desta perturbação. Quando se procura a prevalência de depressão pós-parto através do preenchimento de critérios definidos, após administração de entrevista psiquiátrica estandardizada para avaliar o síndroma depressivo, os valores encontrados são consistentemente inferiores aos valores que são encontrados quando se considera apenas os sintomas depressivos e não a depressão clinicamente definida. Assim, durante o período após o parto e dado o impacto das mudanças físicas e psicológicas associadas ao nascimento do bebé, a mulher pode apresentar um conjunto de sintomas e uma variedade de problemas habitualmente relacionados com a depressão e esses não ocorrerem em número suficientemente importante ou não terem uma intensidade suficientemente relevante para que se possa fazer o diagnóstico de distúrbio de humor.

Temos uma longa tradição de estudos empíricos que consideraram o período a seguir ao parto como um momento propício ao desenvolvimento de desordens psiquiátricas diversas e uma série de investigações mais recentes que, comparando a prevalência de depressão em amostras de puérperas e de não-puérperas sugerem que, muito embora se verifiquem dificuldades de ajustamento na mulher e um aumento da incidência de sintomatologia depressiva — sobretudo queixas físicas — a prevalência de desordens psiquiátricas propriamente ditas, nomeadamente de depressão clinicamente diagnosticável, não é maior nessa altura do ciclo de vida da mulher (Cooper et al., 1991; Gotlib et al., 1989; O'Hara et al., 1990; Troutman & Cutrona, 1990). Estes últimos estudos suportam a hipótese de que a depressão clinicamente diagnosticável não é mais comum em mulheres puérperas do que em mulheres não-puérperas de idade e estatuto demográfico semelhante. Com efeito, os valores encontrados por estes investigadores são muito semelhantes aos de outros investigadores que estudaram a população em geral.

Assim sendo, como o advertem O'Hara, Zekowski, Phillips, e Wright (1990), poderemos não ter hoje evidências empíricas de que o puerpério seja susceptível de ser caracterizado por um aumento do risco para a depressão clinicamente diagnosticável, muito embora se encontre um aumento de sintomatologia depressiva. Tal indicaria que, a seguir ao parto, a mulher embora possa experienciar um aumento de mal-estar, sobretudo físico, pode ser também relativamente capaz de manter o seu bem-estar psicológico, muito embora se assista a uma diminuição da qualidade das suas relações interpessoais, particularmente com o marido.

Assinala-se contudo que em alguns estudos mais recentes — contrariamente ao assinalado nas investigações referidas no parágrafo anterior — as mulheres puérperas foram cerca de duas vezes mais classificadas como deprimidas do que as suas controlos, mulheres não-puérperas (Augusto et al., 1996).

Assinala-se também que, se por um lado, a depressão quando acontece a seguir ao parto pode, num número significativo de casos, corresponder a um primeiro episódio de depressão na vida da mulher (Gotlib et al., 1989; Kumar & Robson 1984; O'Hara et al., 1984, 1990; Watson et al. 1984) e esta experiência pode dar início à recorrência deste tipo de sintomatologia (Campbell et al., 1992; Dalton, 1982; Davidson & Robertson, 1985; Hamilton, 1988; Phillips & O'Hara, 1991), por outro lado, a maior parte dos estudos empíricos, conduzidos durante a gravidez e o puerpério, aponta que a incidência de depressão durante a gravidez é inferior ao que se verifica no puerpério (e.g., Cox et al., 1982; Kumar & Robson, 1984; Nott, 1987), muito embora este resultado não seja consensual, pois não é confirmado noutros trabalhos (e.g., Gotlib et al., 1991; Hobfoll et al., 1995; Watson et al., 1984).

Comparativamente ao que acontece com as outras perturbações psiquiátricas características do puerpério, a depressão pós-parto acontece em níveis de incidência claramente inferiores ao que se verifica com o *blues* pós-parto e claramente superiores ao que se verifica com a psicose puerperal.

Assim sendo, se por um lado e tal como o assinalam Campbell e Cohn (1991), podemos considerar que *"é importante que os investigadores e clínicos não sobrevalorizem patologicamente esta reacção ... quando lidam com a mulher puérpera"* (p. 598), por outro lado, não é menos importante que se lhe atribua a devida importância dado que, e como o assinalamos ao longo desta secção, a depressão pós-parto é um distúrbio com significativa incidência — particularmente em amostras específicas de puérperas, como seja as puérperas adolescentes e as puérperas que vivem em más condições sócio-económicas — e de elevada recorrência.

Finalmente, refira-se ainda que, muito embora a depressão pós-parto possa ocorrer em valores de prevalência similares ao que se verifica em associação com outros momentos da vida da mulher, isso não retira qualquer interesse ao seu estudo, dado que tal episódio depressivo acontece em circunstâncias particulares da vida da mãe, da família e do bebé, e, dado que a compreensão deste fenómeno pode diferir da compreensão da depressão que se observa noutras circunstâncias.

Conclui-se pois que o estudo da depressão que se refere precisamente ao parto e nascimento do bebé continua a ser relevante, pois só assim poderemos ter os indicadores específicos — para as acções de prevenção e intervenção — que este distúrbio com tonalidades psicopatológicas específicas sem dúvida exige.

2. Início, Curso, Duração, Gravidade e Evolução da Depressão Pós-parto

Nesta secção iremos apresentar e discutir os estudos empíricos que procuraram situar o início da depressão pós-parto e que estudaram o curso, avaliaram a duração, estimaram a gravidade e estabeleceram considerações quanto à evolução deste distúrbio psicopatológico.

2.1. Início da depressão pós-parto

O início do episódio depressivo pós-parto pode ocorrer em qualquer altura do puerpério, mas a maior parte das vezes acontece nos primeiros 3 meses que se seguem ao parto. Com efeito, a maioria dos estudos que acompanha as puérperas durante o primeiro ano após o parto verifica que o período entre o 1° e o 3° mês do pós-parto é aquele em que as mulheres manifestam com mais frequência o início dos sintomas e sinais de depressão (e.g., Areias, 1994; Cooper et al., 1991; Cox et al., 1993; Kumar & Robson, 1984; Watson et al., 1984). Alguns autores associaram esta circunstância às mudanças hormonais que se operam nesse momento, referindo que o início da depressão pós-parto se relaciona, a maior parte das vezes, com o desmame ou o reaparecimento da menstruação (Dalton, 1971; Susman & Katz, 1988); mas esse dado não está de acordo com os resultados de investigações mais recentes que mostram alguma independência entre estes acontecimentos (e.g., Cooper et al., 1993).

O início da depressão pós-parto é geralmente insidioso, observando-se uma progressão gradual no aparecimento e agravamento da sintomatologia característica (Kerfoot & Bucwalter, 1981), contrariamente ao que se verifica na psicose puerperal cujo início é abrupto e se verifica mais cedo no puerpério (Lee, 1982).

Kumar e Robson (1984), no estudo que já descrevemos anteriormente, encontraram que a grande parte dos casos de depressão pós-parto se iniciam no 2° ou 3° mês do puerpério. Mais recentemente, também Cooper, Campbell, Day, Kennerley, e Bond (1988) verificaram que, em mais de metade dos casos de depressão pós-parto recolhidos na sua amostra, os sintomas surgiram durante os primeiros 3 meses do puerpério, sendo que em apenas 1/4 dos casos os sintomas apareceram entre o 6° e o 12° mês do pós-parto. Também os estudos conduzidos com puérperas americanas (e.g., O'Hara et al., 1984) mostraram que, na maior parte das vezes, o início do episódio depressivo pós-parto acontece durante os primeiros 3 meses do puerpério, mais precisamente entre a 1ª e a 6ª semana após o parto.

No entanto, junto de uma amostra de adolescentes, Steer, Schoel, e Beck (1990) verificaram que os valores de sintomatologia depressiva eram mais elevados na 28ª semana de gravidez, mantendo-se constantes a partir desse momento, para só diminuir significativamente a partir da 5a. semana do puerpério, e não se observaram variações entre a 5a. semana e o 6° mês do pós-parto. Este resultado pode ficar a dever-se à amostra específica que foi objecto de estudo, mas é contrário aos dados recolhidos por Leadbeater e Linares (1992) que, junto de uma amostra de puérperas adolescentes, verificaram que, tal como acontece em amostras de puérperas não-adolescentes, os sintomas tendiam a incidir no 2° mês do pós-parto e a diminuir apenas depois do 6° mês do puerpério.

2.2. Curso e duração da depressão pós-parto

Tal como foi inicialmente proposto por Pitt (1968), a maior parte dos autores considera que, para que o diagnóstico de depressão pós-parto possa ser feito, os sintomas devem persistir por um período igual ou superior a 2 semanas. Este autor, considerou que a depressão pós-parto ocorre durante os primeiros meses do puerpério e se mantém durante todo o primeiro ano que se segue ao parto.

Com efeito, Pitt (1968), no estudo anteriormente descrito em que seguiu uma amostra de 305 mulheres, desde o terceiro trimestre de gravidez, verificou que a maior parte das mulheres apresentava melhorias significativas na avaliação realizada

no final do 1° ano após o parto. No entanto, os sintomas tinham permanecido em níveis clinicamente relevantes em mais de 1/3 das puérperas do estudo, ao ano de idade do bebé, sem que o autor fosse capaz de encontrar uma característica que pudesse distinguir as mulheres que tinham melhorado das que não tinham. Este autor encontrou que, na maior parte das puérperas com depressão da sua amostra (57%), a reconversão dos sintomas tinha-se operado por completo ao fim de um ano, tendo permanecido por um período variável, desde as poucas semanas até aos vários meses. Nas restantes puérperas (47%), os valores de depressão mantiveram-se em níveis clinicamente significativos ao longo do primeiro ano do pós-parto e as mulheres ainda referiram perda do apetite sexual, falta de interesse em geral, fadiga e depressão, na avaliação realizada no final do 1° ano do puerpério. O que indica que, pelo menos para algumas mulheres, a depressão após o parto pode ganhar características de alguma cronicidade.

Kumar e Robson (1984) encontraram que, usualmente, a depressão estabelece-se por alguns meses, muito embora raramente atinja uma duração igual ou superior a um ano. Com efeito, estes autores encontraram que, 6 meses após o parto, cerca de metade das puérperas ainda se encontravam deprimidas, mas raras eram aquelas que ainda se mantinham deprimidas ao ano de idade do bebé, pois em nenhum dos casos o diagnóstico de depressão podia ainda ser consistentemente feito um ano depois do parto. Também Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984) encontraram que em cerca de metade das mulheres a depressão mantinha-se durante cerca de 3 meses ou mais e, noutras tantas, o episódio depressivo permanecia por cerca de 6 meses ou mais. Resultados que foram igualmente confirmados por Cox, Murray, e Chapman (1993) que verificaram que, na maior parte das puérperas a depressão pós-parto durava entre 3 e 6 meses, num importante número delas poderia durar mais do que 6 meses, mas só nalgumas delas a depressão permanecia por um ano ou mais.

Com efeito, e mais recentemente, Cooper, Campbell, Day, Kennerley, e Bond (1988) verificaram que, em alguns poucos casos, a depressão era ainda diagnosticável aos 12 meses do puerpério mas, em mais casos, os sintomas tinham persistido durante todo o primeiro ano do puerpério com um certo nível de importância, embora não diagnosticável sob a designação de distúrbio psiquiátrico. Com efeito, estes autores encontraram que em 2/3 das puérperas o episódio de depressão pós-parto tinha apenas uma duração entre 2 semanas e 3 meses, tendo-se no entanto, em 1/3 dos casos, estendido a um nível clinicamente significativo, por um período de tempo superior a 3 meses, por vezes atingindo mesmo a duração de um ano.

No estudo de Cohn, Campbell, e Ross (1991) mais de metade das mães que se encontravam deprimidas e preenchiam os critérios RDC (Sptizer et al., 1978) para a depressão *major* ou *minor*, após administração da entrevista psiquiátrica SADS, aos 4 meses do pós-parto, já não se encontravam deprimidas na idade de 6 meses do bebé, muito embora um grande número de mães continuasse a evidenciar sintomatologia depressiva, ao longo de todo primeiro ano de vida do bebé, em níveis que, no entanto, não possibilitavam o diagnóstico de depressão *major* ou *minor* a partir dos critérios atrás enunciados.

Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, e Meyers (1992), quando reavaliaram, 12 meses depois do parto, as 70 mulheres com depressão pós-parto da sua amostra, avaliadas no 2º mês do puerpério, encontraram que a depressão se tinha mantido com significado clínico, por um período de tempo variável entre 2 e 31 semanas e, em média, durante 15 semanas. Verificaram ainda que, 2 meses depois da primeira avaliação, isto é, ao 4º mês do pós-parto, cerca de metade das mulheres (45%) continuavam a preencher os critérios RDC para a depressão *major* ou *minor*, muito embora em 37% dos casos a reconversão dos sintomas já se tivesse dado por completo. Aos 6 meses do puerpério, somente 24% das mulheres ainda se apresentavam clinicamente deprimidas, tendo em conta os mesmos critérios, mas um número significativo dessas mulheres ainda apresentavam valores significativos de sintomatologia depressiva e, 2 anos depois da primeira avaliação, 6 mulheres (8.6%) ainda se encontravam substancialmente deprimidas.

Assim, estes investigadores concluiram que, muito embora a maior parte das puérperas recupere da depressão pós-parto por altura do 6º mês do puerpério, algumas mantêm-se clinicamente deprimidas para além dessa data e, outras ainda, apresentam alguns sintomas leves de depressão durante os anos que se seguem ao parto, pelo que, em determinadas mulheres, a depressão pós-parto pode ganhar um carácter crónico.

Quando procuraram avaliar os factores responsáveis pela maior duração e maior severidade da depressão pós-parto, estes autores verificaram que tais circunstâncias não se deviam a uma maior vulnerabilidade da mulher para a depressão, dado que não se relacionavam com variáveis relativas à puérpera — como seja, antecedentes psiquiátricos ou história prévia de distúrbio psiquiátrico — mas sim com variáveis psicosociais relativas à relação da mulher com o cônjuge e ao bebé, mais precisamente as circunstâncias de vida que acompanham a depressão pós-parto, designadamente fraco suporte emocional do cônjuge e relação menos positiva com o bebé.

Num estudo levado a cabo por Murray (1992) em Cambridge sobre uma extensa amostra de mulheres primíparas (N=702), a autora verificou que a duração do

episódio depressivo após o parto se relacionava com o facto de tratar-se ou não de um primeiro episódio de depressão na vida da mulher, sendo que as mulheres que tinham história prévia de depressão tinham episódio de depressão pós-parto de maior duração do que as mulheres que não tinham história prévia de depressão e que se encontravam deprimidas pela primeira vez nas suas vidas.

No entanto, Fleming, Klein, e Corter (1992) encontraram que, independentemente do facto de ter sido ou não sujeita a uma intervenção terapêutica de tipo suporte social, a maior parte das mulheres deprimidas evidenciava uma melhoria substancial do seu estado psicológico entre o 2° e o 5° mês do pós-parto, o que sugere que a reconversão dos sintomas pode operar-se de forma algo espontânea e de certo modo independente das circunstâncias em que se inscreve.

Ao estudar uma amostra clínica de 59 mulheres com depressão pós-parto, referidas para tratamento, Teti, Gelfand, e Pompa (1990) verificaram que, em média, o episódio depressivo durava, para a maior parte delas, cerca de 10 meses. Este resultado sugere que, pelo menos para certas mulheres, nomeadamente para aquelas que se encontram mais gravemente deprimidas após o parto, a depressão pós-parto pode ganhar uma duração considerável. No entanto, os estudos desenvolvidos na comunidade — e não em puérperas que são conduzidas para tratamento — mostram que a duração média do distúrbio depressivo pós-parto pode ser bastante inferior. Com efeito, O'Hara (1986), por exemplo, encontrou que, na maior parte das mulheres da sua amostra, a depressão diagnosticável enquanto síndroma psiquiátrico manteve-se apenas por um período de tempo entre 2 a 6 semanas, e em média por 3,3 semanas; mas este autor adverte que a maioria das mulheres da sua amostra com depressão pós-parto mostra-se deprimida, a um nível clinicamente significativo mas não susceptível de ser diagnosticado como distúrbio, por um período bastante mais longo de tempo (Hopkins, Marcus & Campbell, 1984; O'Hara, 1986).

Cox, Murray, e Chapman (1993), por sua vez, numa amostra constituída por 232 puérperas e o mesmo número de mulheres não-puérperas, observaram que em cerca de 1/3 das puérperas com depressão pós-parto da amostra o distúrbio teve início antes que tivessem passado 5 semanas depois do parto, observaram ainda que o episódio depressivo pós-parto tinha em média uma duração de 36 semanas.

2.3. Gravidade e evolução da depressão pós-parto

Tal como assinala a maior parte dos estudos que vimos anteriormente, os sintomas associados à depressão pós-parto têm grande parte das vezes um carácter moderado, mantendo-se por pouco mais do que por algumas semanas (e.g., Pitt, 1968), embora em determinadas circunstâncias possam progredir para a situação de alguma gravidade (e.g., Campbell et al., 1992), implicando um significativo comprometimento das actividades da mulher, ao ponto de se justificar, em cerca de 10% dos casos, o internamento (e.g., Dalton, 1971), designadamente no caso da puérpera viver sozinha, não ser ajudada pela família ou não dispôr de outros recursos na comunidade (Campbell et al., 1992; Leadbeater & Linares, 1990; Millis & Kornbluth, 1992).

Numa amostra de puérperas com depressão pós-parto, atendidas no *Royal Edinburgh Hospital*, Davidson e Robertson (1985) observaram a reconversão relativamente rápida dos sintomas, sendo que a permanência no hospital dessas mulheres era em média de 147 dias, contrariamente ao que verificaram numa amostra de puérperas esquizofrénicas, em que o tempo de permanência excedia quase sempre os 6 meses. Este dado é semelhante ao encontrado na Alemanha por Lanczik, Fritze e Beckmann (1990), os quais observaram que a duração média do período de hospitalização das puérperas com depressão pós-parto era de cerca de 40 dias, enquanto que o das puérperas esquizofrénicas era sempre superior a 66 dias.

Assim se conclui que a depressão pós-parto tem início insidioso, por volta do 2° ou 3° mês do puerpério, surgindo portanto mais tarde no puerpério do que o *blues* pós-parto e do que a psicose puerperal. A depressão pós-parto mantém-se habitualmente por algumas semanas ou mesmo meses, mais raramente durante todo o primeiro ano do puerpério. Habitualmente, assinale-se também, associada à depressão pós-parto está a presença de sintomas de gravidade moderada, podendo em certos casos atingir alguma severidade, mas em apenas 10% dos casos essa gravidade parece justificar o internamento da puérpera.

O prognóstico é bastante favorável, dado que os sintomas não se mantêm por muito tempo e a reconversão parece operar-se com relativa rapidez (Cox, Connor & Kendell, 1982; Kumar & Robson, 1984, Watson et al., 1984). Muito embora para algumas das puérperas com depressão pós-parto os sintomas possam permanecer durante um ano ou mais a seguir ao parto (e.g., Campbell, 1992), é contudo claro, para

a maior parte dos autores, que a duração da depressão pós-parto é menor do que a duração da depressão não-pós-parto, dado que é mais ou menos consensual que a reconversão dos sintomas em amostra de não-puérperas demora cerca de um ano (Keller & Shapiro, 1981; Nixon, 1984).

No entanto, Franck, Kupfer et al. (1987) assinalam que a reconversão dos sintomas em puérperas com depressão pós-parto sujeitas a intervenção clínica não acontece mais rapidamente do que a reconversão em não-puérperas nas mesmas condições de intervenção. Por outro lado, não sabemos quais são os factores que se associam à maior ou menor rapidez na reconversão dos sintomas, mas alguns estudos indicam a importância das circunstâncias psicosociais de vida da puérpera nas quais a depressão se inscreve (Campbell et al., 1992).

Comparativamente ao que acontece com as outras perturbações psicopatológicas do puerpério — o *blues* pós-parto e a psicose puerperal — existe, no que diz respeito aos limites temporais da depressão pós-parto, menor consenso entre os investigadores, quer no que se refere ao início, quer no que se refere à duração e mesmo à evolução desta perturbação (O'Hara & Zekoski, 1988). Diga-se em todo o caso que, no que se refere tanto à duração, como à gravidade e à evolução, a depressão pós-parto pode situar-se a meio caminho entre as duas outras perturbações do pós-parto.

Convém por último assinalar, e se tivermos em conta a extensa bibliografia existente no que se refere à etiologia da depressão pós-parto, que são comparativamente muito poucos os trabalhos que se têm preocupado em descrever os contornos clínicos deste distúrbio.

3. Sintomatologia da Depressão Pós-parto

A depressão pós-parto varia, de dia para dia, com mais dias maus do que dias bons. O humor tende a piorar com o decorrer do dia, a mulher sente-se cansada e irrita-se com facilidade, sendo esta irritabilidade geralmente dirigida sobre o marido e os filhos. O apetite está alterado, aparecendo a anorexia, a insónia, e a perda ou diminuição da líbido é também frequente.

A mulher sente-se abandonada e sem fé no futuro, isola-se socialmente, está exausta, tem dificuldade em dormir e em desempenhar as tarefas diárias. Estas características são comuns à depressão não-puerperal que se apresenta na prática clínica habitual, mas, para além disso, a mulher com depressão pós-parto angustia-se

e preocupa-se frequentemente com o bebé, com o sono, o choro e as necessidades de cuidado deste. Deste modo, no caso das puérperas, a depressão é sempre acompanhada por ansiedade relativamente ao bebé, que toma a forma de uma preocupação excessiva com a saúde e alimentação deste, bem como por medos e preocupações hipocondríacas, queixas somáticas, fadiga e irritabilidade, sentimentos de culpa por não amar ou não cuidar suficientemente do bebé e sentimentos de inadequação e de incapacidade no desempenho do papel maternal (Campbell et al., 1992; Hopkins et al., 1984).

Os dias que se seguem ao parto são particularmente dificéis para a mulher, sendo usual que ela se sinta cansada, expresse um certo desconforto físico e psicológico. Tais alterações no padrão usual do comportamento da mulher acontecem em função das variadíssimas mudanças que se verificam ao nível hormonal e somático, associadas à gravidez, parto e lactação, bem como da necessidade de melhor organizar a sua actividade pessoal e familiar, em função do nascimento do bebé. Deste modo, compreende-se facilmente que a mãe se deprima nos momentos que se seguem ao parto, assim como se compreende que a depressão ganhe nesse momento tonalidades diferentes da depressão que acontece noutras circunstâncias da vida da mulher.

Com efeito, a depressão pós-parto tem sido descrita como uma depressão atípica, dado que o quadro e a intensidade dos sintomas difere de forma significativa do que acontece na depressão em outros momentos da vida da mulher (e.g., Pitt, 1968). No entanto, certos autores em estudos mais recentes, não têm encontrado, no que se refere à sintomatologia, significativas diferenças entre a depressão que ocorre a seguir ao parto e a depressão que ocorre em geral (Murray, Cox, Chapman, & Jones, 1995). Em todo o caso, assinala-se a pouca atenção que tem sido dada pela investigação empírica ao perfil sintomático da depressão pós-parto (Cooper et al., 1991).

Pitt (1968) foi o primeiro a estabelecer critérios para a depressão pós-parto e apontou a experiência de sintomas depressivos com ocorrência nos meses que se seguem ao nascimento de um filho, por uma duração superior a duas semanas, constituindo uma experiência não-usual para a pessoa que sente dificuldade no desempenho das suas actividades habituais. Considerou a depressão pós-parto uma depressão atípica, distinguindo-a da depressão que ocorre em outras circunstâncias da vida da mulher, tendo em conta 3 aspectos fundamentais: os sintomas são mais moderados, alguns sintomas estão ausentes enquanto que outros sintomas adquirem relevância particular.

Tal como refere este autor, quando deprimida, a mulher sente-se abandonada e sem fé no futuro, isola-se socialmente e está exausta, tem dificuldade em dormir e em desempenhar as tarefas diárias. Nas puérperas é mais significativa a ansiedade, sob a forma de preocupação excessiva com a saúde e alimentação do bebé, os medos hipocondríacos, as queixas somáticas, a irritabilidade, os sentimentos de culpa por não amar ou não cuidar suficientemente bem do bebé e os sentimentos de inadequação e de incapacidade no desempenho do papel maternal. As mudanças de humor operam no sentido de um agravamento para o fim do dia, e a insónia, quando presente, tende a ocorrer no princípio da noite, sendo frequentes os pesadelos. Está geralmente ausente a ideação suicida, o desespero, a insónia matinal e o agravamento matinal dos sintomas.

Assim, e contrariamente ao que acontece na depressão em geral, na depressão que se verifica depois do parto, as mudanças de humor operam no sentido de um agravamento para o fim do dia, a insónia, quando presente, tende a ocorrer no princípio da noite, os pesadelos são frequentes e a ideação suicida é rara (Hopkins et al., 1984; Pitt, 1968).

É facilmente compreensível que a ideação suicida seja rara em grávidas e puérperas se tivermos em conta as imposições sócio-culturais que são interiorizadas pela mulher quanto à sua imprescindibilidade para prestar cuidados à criança. A baixa ocorrência de comportamento suicida durante a gravidez e o primeiro ano do pós-parto tem recebido forte suporte empírico (e.g., Appleby, 1996), podendo ou não ser uma característica da gravidez e do puerpério extensível à depressão que ocorre nesse momento de vida da mulher.

Ainda numa revisão bibliográfica relativamente recente, levada a cabo por Steiner (1990), salienta-se o carácter único e específico da sintomatologia relativa à depressão pós-parto e não se considera as perturbações psicológicas do puerpério como idênticas às outras desordens psiquiátricas.

Num estudo desenvolvido junto de mulheres admitidas num hospital psiquiátrico, Katona (1982) encontrou que a labilidade de humor era muito mais frequente entre as puérperas com depressão pós-parto do que entre as não-puérperas com depressão admitidas na mesma unidade hospitalar. No entanto, não encontrou quaisquer outras diferenças assinaláveis no que se refere à frequência de sintomas não tão característicos da depressão, como sejam a alucinação, a desorientação e a agitação.

Tal como sugeriu Pitt (1968), Nott (1987), utilizando uma entrevista psiquiátrica estandardizada (SPI), identificou o humor depressivo, a irritabilidade e a ansiedade como os sintomas clínicos mais comuns da depressão pós-parto. A experiência

subjectiva da mulher com depressão pós-parto é pautada por pesadelos com ataques não-controláveis de ansiedade, culpa consumidora, pensamentos obsessivos de prejuízo, solidão, falta de fé no futuro, redução da experiência emocional e falta de interesse (Beck, 1992).

Também Murray e Carothers (1990) assinalaram prioritariamente a presença de pensamentos depressivos e a diminuição da capacidade de concentração. David, Borget, e Saucier (1990) mostraram que as mulheres com depressão pós-parto, avaliadas no 3/4 mês do puerpério e comparadas com as mulheres sem perturbação psicopatológica assinalável, precisavam de mais tempo para identificar e reagir a estímulos visuais respeitantes à gravidez, parto, relação com os pais, relação com o marido, relação com o bebé, atitudes para com o parto e cuidados prestados ao bebé.

As mães descrevem-se a si próprias como sem sentimento para com a criança e culpabilizam-se por isso, não se considerando boas mães. Consequentemente, desenvolvem baixa auto-estima, dado que muitas vezes se sentem responsáveis pela presença dos sintomas e têm dificuldade em dar parte das suas preocupações e mal-estar, com receio de que não sejam tomados em consideração, caso sejam expressos, e que possam ser consideradas como más mães pela sua vivência (Millis & Kornbluth, 1992).

A diminuição do desejo e prazer sexual que acontece durante a gravidez persiste após o parto, e a actividade sexual está ainda mais perturbada no caso das mulheres que estão deprimidas depois do parto (Kumar & Robson, 1984).

Num grande número de estudos averiguou-se também que a maior parte das mulheres tem habitualmente problemas de ordem física durante o puerpério — designadamente, alterações nos padrões alimentares e de sono, fadiga, sem contudo experienciar as habituais alterações cognitivas e afectivas associadas à depressão (Augusto et al., 1996; Campbell & Cohn, 1991; Elliot, Rugg, Watson & Brough, 1983; Gotlib et al., 1989; O'Hara et al., 1990).

Por exemplo, Campbell e Cohn (1991), num estudo levado a cabo sobre uma extensa amostra de puérperas (N=1033), encontraram que cerca de metade das mulheres apresentavam pelo menos um sintoma somático a um nível clinicamente significativo. Estes autores julgam que tais sintomas resultam das mudanças fisiológicas habitualmente associadas ao parto, pelo que consideram a necessidade de se distinguir o que pode ser considerado uma adaptação normal ao nascimento do bebé de uma desordem psiquiátrica.

É nesse sentido que Hopkins, Campbell, e Marcus (1989) compararam 25 puérperas que preenchiam os critérios RDC para a depressão e o mesmo número de mulheres não-puérperas, com base nas respostas dadas no inventário de Beck para a

depressão (BDI) e na entrevista psiquiátrica estandardizada SADS. Estes autores encontraram que as perturbações de sono e a perda de interesse sexual são aspectos normais do ajustamento da mulher às mudanças que se verificam durante o puerpério, enquanto que os sintomas cognitivo-afectivos, tais como a perda de energia, a culpa, as dificuldades de concentração e a perda de interesse nas actividades usuais discriminam mais eficazmente entre sujeitos deprimidos e não-deprimidos após o parto.

Também Troutman e Cutrona (1990) registaram valores mais elevados de sintomas depressivos somáticos, particularmente fadiga, entre adolescentes puérperas do que entre adolescentes não-puérperas, pelo que as puérperas parecem reagir ao *stress* de transição para a maternidade sobretudo pela evidência de sintomas fisiológicos.

Numerosos autores têm encontrado sintomatologia depressiva, sobretudo de natureza somática, junto de um elevado número de mulheres puérperas, muito embora tal sintomatologia não se apresente em muitas delas com valores clinicamente significativos para o diagnóstico de depressão (Augusto et al., 1996; Campbell & Cohn, 1991; Cooper et al., 1991; Gotlib et al., 1989; O'Hara et al., 1990).

Numa amostra recolhida no nosso país, Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, e Figueiredo (1996), por exemplo, encontraram que as mulheres puérperas, em geral, apresentavam mais sintomas somáticos do que as mulheres não-puérperas do estudo; no entanto, estes autores não verificaram que as mulheres puérperas com depressão pós-parto apresentassem um perfil de sintomas diferentes ao perfil de sintomas das mulheres não-puérperas deprimidas. Os autores concluem que a presença de queixas físicas se relaciona mais com o nascimento do bebé do que propriamente é uma característica específica da depressão pós-parto.

A presença de elevada sintomatologia depressiva de tipo somático é assim uma evidência empírica quer junto das puérperas com depressão pós-parto (e.g., Augusto et al., 1996; Coble, Reynolds, Kupfer, Houck, Day, & Giles, 1994) quer junto das puérperas que não apresentam depressão pós-parto.

Também Ballard, Mohan e Davis (1993), por sua vez, assinalaram uma variação sazonal na prevalência de depressão pós-parto, com um pico de ocorrência no outono, tal como acontece com a depressão em geral. Assim, na opinião dos seus autores, este estudo desenvolvido sobre 224 puérperas inglesas e um mesmo número de mulheres não-puérperas traria evidências empíricas *"a favor da hipótese de que a depressão pós-parto é a mesma desordem do que a depressão não-puerperal"* (Ballard et al., 1993, p. 75).

É assim que, tendo em conta os estudos acima assinalados, nos parece conveniente concluir que, muito embora nem sempre se tenha encontrado que os sintomas característicos da depressão sejam mais frequentes em amostra de puérperas e do que em não-puérperas, o perfil de sintomas é, num elevado número de estudos, caracteristicamente diferente nas mulheres que experienciam depressão a seguir ao parto relativamente ao perfil de sintomas que aparece associado a esse distúrbio noutras alturas da vida da mulher.

Assim sendo, tendo em conta a sintomatologia, parece, mesmo assim, ser mais fácil a tarefa de distinguir a depressão pós-parto relativamente à que ocorre em outros momentos da vida da mulher, do que é a distinção da psicose puerperal em relação à não-puerperal.

A falta de critérios consensuais, claramente definidos, para os casos considerados de depressão pós-parto, bem como a respeito do tempo que é coberto pelo termo pós-parto, é um aspecto relacionado com alguma falta de concordância entre os estudos que apresentamos até ao momento, no que se refere à incidência desta perturbação, as características que lhe são usuais, bem como aos factores que a determinam, como o veremos no ponto a seguir.

Por outro lado, a falta de estudos qualitativos, susceptíveis de retratar o ajustamento que possa ser considerado normal ao parto e nascimento do bebé, torna difícil diferenciar reacções normais e não-normais a essas circunstâncias (Cooper et al., 1991; Kumar, 1982; Stein & Van den Akker, 1992).

A questão da distinção da depressão pós-parto e da depressão que ocorre noutros momentos de vida da mulher tem pois suscitado alguma controvérsia. Alguns autores observam um perfil sintomático diferente (e.g., Hopkins et al., 1984; Katona, 1982; Pitt, 1968), enquanto que outros não encontram sintomas diferentes na depressão pós-parto aos sintomas que se associam à depressão noutros momentos da vida da mulher (e.g., Augusto et al., 1996; Murray et al., 1995).

No entanto, mesmo que o perfil dos sintomas possa não ser muito diferente, a distinção pode justificar-se tendo em conta os factores etiológicos, pois, por exemplo, tem-se verificado que a depressão pós-parto está mais relacionada com as circunstâncias biopsicosociais relacionadas com o nascimento do bebé, enquanto que a depressão que ocorre na mulher com crianças mais velhas está mais relacionada com adversidades sociais de carácter permanente (Murray et al., 1996).

4. Etiologia da Depressão Pós-parto

Neste ponto iremos apresentar e discutir os resultados dos diferentes estudos empíricos desenhados com a finalidade de averiguar as condições que predispõem e, supostamente, causam a depressão pós-parto na mulher.

Diga-se, desde já, que se encontra alguma inconsistência na literatura disponível com respeito aos factores etiológicos da depressão pós-parto, pois que certas variáveis que parecem obter algum significado empírico em determinadas investigações, revelam-se sem significado noutras investigações. Assim, ao relativo acordo com respeito à incidência e prevalência, bem como às características clínicas da depressão pós-parto, contrapõe-se alguma inconsistência nos estudos empíricos no que se refere aos factores etiológicos supostamente a ela associados (O'Hara & Zekoski, 1988).

Por outro lado, e como ainda recentemente o assinala uma extensa revisão bibliográfica realizada por Whiffen (1991), diga-se também que a respeito dos factores predisponentes ao desenvolvimento de depressão pós-parto na mulher, não se encontram muitas diferenças no que se refere aos factores associados à etiologia da depressão pós-parto e à depressão não relacionada com o puerpério. Pelo que a velha polémica existente quanto à etiologia da depressão em geral estende-se, hoje em dia, à depressão pós-parto.

A maior parte dos estudos destinados a avaliar os factores etiológicos na depressão pós-parto optou por um desenho prospectivo, pois só assim se pode testar a importância de condições antecedentes sobre a consequente perturbação de humor que acontece no pós-parto. São esses estudos que iremos reportar nesta secção, a apresentação dos quais se organiza tendo em conta o tipo de factores que privilegiam.

4.1. Factores biológicos na etiologia da depressão pós-parto

Para além das mudanças psicosociais decorrentes do impacto do nascimento do bebé na vida da mulher, durante o período que se segue ao parto ela tem igualmente que se adaptar às mudanças biológicas que se verificam ao nível do seu corpo. A estrutura corporal da mulher sofre dramáticas modificações durante a

gravidez e pós-parto — por exemplo, ao considerável aumento de peso que se verifica durante a gravidez sucede-se uma tão considerável perda do mesmo, depois do parto.

Assim sendo, o estatuto orgânico da mulher é um dado a considerar quando se analisam as alterações de humor que se seguem ao parto, dado que a maternidade é acompanhada de massivas alterações ao nível corporal, alterações que se verificam particularmente nos valores de um elevado número de hormonas que circulam no sangue e na estatura corporal da mulher. Alguns estudos foram desenvolvidos no sentido de providenciar fundamento empírico para a hipótese de que a depressão pós-parto se relaciona com alterações que se verificam nos níveis de certos produtos internos ao organismo da mulher. São esses estudos que iremos apresentar e discutir, mas convém desde já sublinhar que se observam estados depressivos em mães que adoptam bebés, o que nos leva a considerar que as mudanças hormonais e as circunstâncias obstétricas podem não ser a causa primeira para a depressão pós-parto (Chalmers & Chalmers, 1986; Grueen, 1990; Van Putten & LaWall, 1981).

4.1.1. Hormonas e outros produtos bioquímicos

A primeira explicação para as perturbações de humor que acontecem após o parto foi uma explicação biológica dada por Hipócrates que considerou que a origem dos problemas relacionados com o puerpério residia no aleitamento. Alguns estudos foram mais recentemente desenvolvidos no sentido de providenciar fundamento empírico para a hipótese de que a depressão pós-parto se relaciona com as alterações que se verificam nos níveis de certas hormonas, de diversas enzimas ou de outras circunstâncias orgânicas da puérpera.

A importância dos factores hormonais na etiologia da depressão pós-parto tem sido assinalada em diversos estudos empíricos, nomeada e particularmente, o desequilíbrio entre os níveis de estrogénio e de progesterona que tendo progressivamente aumentado durante a gravidez decaem bruscamente depois do parto, sendo que os níveis normais de progesterona e estrogénio são os seguintes: 2100ng/100ml e 160ng/100ml, nas 2 semanas antes do parto para 14ng/100ml e 3ng/100ml, pelo 5º dia do pós-parto (Nott, Francklin, Armitage & Gelder, 1976), e o nível de prolactina é rapidamente implementado por forma a proporcionar a lactação (Alder & Cox, 1983; Dalton, 1980, Hamilton, 1987; Harris, John et al., 1989; Nott et al., 1976; Steiner, 1979; Susman & Katz 1988). Estes autores consideram que existe uma interacção entre os reajustes hormonais que acontecem durante o puerpério, a amamentação e as desordens psiquiátricas do pós-parto.

No entanto, também numa investigação recente, O'Hara, Schlechte, Lewis, e Wright (1991) não conseguiram verificar, numa amostra de 119 mulheres seguidas prospectivamente, que as puérperas que desenvolviam depressão na 9ª semana do pós-parto, tal como podia ser avaliado com referência aos critérios RDC após administração da entrevista psiquiátrica SADS, apresentassem, no final da gravidez e durante os primeiros dias e semanas do puerpério, valores hormonais distintos daqueles que eram apresentados por puérperas que não desenvolviam depressão na mesma altura, nomeadamente quando consideram os níveis de prolactina, progesterona, estradiol, estriol, cortisol no plasma e cortisol dessas mulheres.

Nott, Francklin, Armitage, e Gelder (1976) foram talvez os primeiros a verificar que as mulheres que apresentam depressão pós-parto exibem valores mais baixos de estrogénio no sangue; isto é, estes autores observaram nas mulheres que desenvolvem depressão pós-parto uma queda maior nos níveis de estrogénio, para além dos níveis normais acima assinalados. Com efeito, alguns psiquiatras administraram com relativo sucesso terapêutico progesterona e estrogénio ou ambos, nos primeiros dias que se seguem ao parto e por diversos meses durante o puerpério, como medida profiláctica, a fim de evitar a recorrência de depressão pós-parto, em mulheres em risco de desenvolver esse distúrbio, como por exemplo, mulheres com história familiar de depressão pós-parto (Dalton, 1980, Hamilton & Sichel, 1992). Os benefícios propostos por estes autores carecem, no entanto, de investigações controladas, pois a remissão dos sintomas pode não ser uma resposta farmacológica, ou seja, pode acontecer espontaneamente ou por reacção placebo, e não em relação com as substâncias administradas (Kumar, 1982).

Ainda recentemente, Harris, Lovett, Smith, Read, Walker, e Newcombe (1996), por exemplo, procuraram testar a hipótese de que a queda nos níveis de progesterona depois do parto seria responsável pela presença de depressão pós-parto em certas mulheres. Para esse efeito, avaliaram os níveis de cortisol e de progesterona na saliva nas 2 semanas antes e até ao 35º dia depois do parto, numa amostra de 120 mulheres, e a presença de depressão pós-parto entre o 35º e o 40º dia do puerpério. Os autores não encontraram nenhuma associação entre os níveis de progesterona avaliados e o humor da puérpera entre a 5ª e a 6ª semana do puerpério, mas baixos níveis matinais de cotisol no início do puerpério, foram associados com a presença de depressão pós-parto. Assim, estes autores consideram que os dados do estudo *"não conferem suporte empírico às estratégias de tratamento que envolvem o aumento da progesterona nos dias imediatos ao parto, como medida profiláctica da depressão pós-parto"* (Harris et al., 1996, p. 739).

Os padrões de aleitamento interferem nos níveis hormonais, dado que as mulheres que dão de mamar ao bebé apresentam valores hormonais diferentes

daquelas que optam pela alimentação artificial ou mista — particularmente, altos níveis de prolactina dos quais resulta a supressão da actividade dos ovários e, com esta, baixos níveis de estrogénio e progesterona (Alder, Cook, Davison, West & Bancroft, 1986), tais padrões deverão ser considerados nos estudos que procuram relacionar a depressão pós-parto com factores hormonais.

Visto que o grupo das mães que alimentam ao peito ao bebé apresenta uma maior discrepância entre os valores de prolactina, mais elevados, e os valores de estrogénio e progesterona, mais diminuídos, é nesse grupo que supostamente deveríamos encontrar um maior número de mães deprimidas. Alguns estudos empíricos foram levados a efeito para testar esta hipótese, de que as puérperas com um perfil endocrinológico caracterizado por níveis diminuídos de estrogénio e progesterona e níveis aumentados de prolactina, como seja aquelas que amamentam ao peito o bebé, estão mais em risco de desenvolver depressão pós-parto.

Alder e Cox (1983), por exemplo, procuraram relacionar os padrões de aleitamento com a incidência de depressão pós-parto, num estudo prospectivo levado a cabo em Edinburgh sobre 89 mulheres seguidas desde a gravidez. Verificaram que a incidência de depressão no 3° e 5° mês do pós-parto era significativamente mais elevada no grupo das mães que davam de mamar ao bebé e concluiram que existem evidências empíricas de que os níveis hormonais têm uma importante influência na determinação do estado de humor da mulher durante o puerpério. Estes resultados foram mais recentemente replicados por Susman e Katz (1988).

No entanto, numa investigação posterior, ao estudar prospectivamente 25 mulheres primíparas nos primeiros 6 meses do pós-parto, estes mesmos autores não foram capazes de relacionar as variações hormonais observadas durante o período após o parto com as mudanças de humor da puérpera, dado que não verificaram qualquer correlação significativa entre a depressão pós-parto e os níveis quer de estrogénio quer de progesterona no sangue da mulher (Alder et al., 1986).

Também Harris e Johns et al. (1989), por exemplo, procuraram avaliar a influência dos níveis de determinadas hormonas, avaliados através das suas concentrações na saliva, sobre o aparecimento de depressão pós-parto, tendo em conta os padrões de alimentação do bebé escolhidos pela puérpera. 147 mulheres foram avaliadas no respeitante aos níveis hormonais no plasma e na saliva, na 6ª-8ª semana depois do parto, e os autores curiosamente verificaram que os níveis de progesterona salivar tinham uma relação diferente com o estado de humor da puérpera, consoante o padrão de aleitamento do bebé. Quando consideraram as mulheres que aleitavam ao biberão o bebé, verificaram que aquelas que se

encontravam deprimidas exibiam valores de progesterona salivar significativamente mais elevados. Quando consideraram as mulheres que aleitavam ao seio o bebé, verificaram uma relação inversa, aquelas que se encontravam deprimidas exibiam valores de progesterona salivar significativamente mais baixos.

Por outro lado, e contrariamente às evidências empíricas reveladas nas investigações de Alder e Cox (1983), Alder e Bancroft (1988) e Susman e Katz (1988) que sugeriram que as mudanças hormonais relacionadas com a amamentação e desmame estariam implicadas no início da depressão pós-parto, num estudo recente levado a cabo sobre uma extensa amostra de puérperas, Cooper, Murray, e Stein (1993) verificam que, no segundo mês do puerpério, o número de mães que não alimenta ao peito o bebé é significativamente maior no grupo de mães com depressão pós-parto do que no grupo de mães que, avaliadas nessa mesma altura, não apresentava qualquer distúrbio. Verificaram ainda que, em todos os casos, o início da depressão pós-parto antecedia o desmame, parecendo ser mais uma consequência do que um antecedente desse distúrbio. Deste modo, alguns estudos encontraram que as mães com depressão pós-parto optam mais cedo pela alimentação ao biberão dos seus bebés (Cooper et al., 1993; Hannah, Adams, Lee, Glover, & Sandler, 1992), o que vem confundir ainda mais o panorama, já de si complicado, relativo às influências hormonais sobre o aparecimento da depressão pós-parto, sobretudo se tivermos em conta que o aleitamento ao biberão não só implica uma quebra na relação ou adaptação mãe-bebé, como ainda pode, por outro lado, implicar alterações hormonais significativas.

Assinale-se ainda que alguns autores (e.g., Cox et al., 1982; Kumar & Robson, 1978) não encontraram qualquer relação entre o estado de humor da mulher e o facto de ela estar a aleitar parcial ou totalmente o bebé ao seio, relação que deveria ser encontrada caso a depressão pós-parto pudesse ser explicada com referência exclusiva aos factores orgânicos.

No entanto, existe ainda uma evidência indirecta da possível importância dos factores hormonais na etiologia da depressão pós-parto, que importa relembrar. Trata-se do facto das mulheres que apresentam alterações de humor durante o pós-parto referirem na sua história a presença de dificuldades menstruais, tal como tensão pré-menstrual. Os síndromas pré-menstruais foram associados a altos níveis de prolactina e baixos níveis de estrogénio e progesterona no plasma da mulher, pelo que o seu perfil endocrinológico é bastante semelhante ao que se verifica durante puerpério. Replicando resultados anteriores de Dalton (1971) e Pitt (1968, 1973), também Nott, Francklin, Armitage, e Gelder (1976) encontraram que as mulheres que desenvolvem depressão pós-parto referem com mais frequência a ocorrência de tensão pré-menstrual do que aquelas que não desenvolvem depressão pós-parto.

Muito embora O'Hara (1980) não tenha conseguido encontrar nenhuma relação significativa entre presença de dificuldades pré-menstruais e depressão pós-parto; mais recentemente, igualmente Dennerstein, Morse, e Varnavides (1988), assim como O'Hara, Schlechte, Lewis, e Varner (1991) encontraram que as mulheres que desenvolvem depressão pós-parto têm na sua história mudanças de humor associadas a mudanças hormonais, tal como tensão pré-menstrual.

Assim sendo, temos hoje algumas evidências empíricas de que as mulheres com história prévia de tensão pré-menstrual estão mais em risco de desenvolver depressão durante o puerpério, o que indicaria, nessas mulheres, a presença de uma hipersensibilidade às variações hormonais, possivelmente causadora da perturbação de humor. Deste modo também, as mulheres mais sensíveis às variações hormonais poderiam ter mais dificuldades em se ajustar psicologicamente às variadíssimas mudanças físicas que acontecem após o nascimento do bebé (Pfost, Stevens, & Matejcak,1990).

Hamilton (1989), por sua vez, considerou que a depressão pós-parto se devia a uma actividade diminuída da tiróide e, ainda recentemente, Harris, Fung, Kology et al. (1989) procuraram estudar a influência da disfunção da tiróide sobre o estado de humor da mulher durante o puerpério. Para esse efeito, avaliaram a presença de depressão e o funcionamento da tiróide, 6 semanas antes e 6 semanas depois da avaliação psiquiátrica, em 65 mulheres com idades entre os 17 e os 40 anos. Encontraram que 22 puérperas preenchiam os critérios DSMIII para a depressão *major* e verificaram que a disfunção da tiróide era mais frequente nessas mulheres do que naquelas que não se encontravam deprimidas depois do parto.

A hipótese da disfunção da tiróide foi também considerada por Pop, de Rooby, Vander, e Heide (1991). Estes autores encontraram uma relação significativa entre a ocorrência de depressão e a disfunção da tiróide, pelo que concluiram que o humor depressivo na mulher puérpera pode dever-se a uma actividade diminuída da tiróide. Estudando a etiologia da depressão pós-parto, também Glover (1992) conseguiu associar as mudanças de humor, num subgrupo de mulheres com depressão pós-parto, registadas no 2°-5° mês do puerpério, com alterações hormonais relacionadas com a disfunção da tiróide, supostamente responsável pelas mudanças de humor registadas.

Assim sendo, a hipótese de uma disfunção no funcionamento da tiróide é ainda assim a hipótese biológica que tem recebido maior acordo entre os resultados dos diversos estudos empíricos conduzidos até ao momento (e.g., Glover, 1992; Harris et al., 1989; Mallett, et al., 1995; Pop et al., 1991). Brian Harris (1993) argumenta que a gravidez e o puerpério são muitas vezes acompanhados por mudanças patológicas no funcionamento da tiróide; sendo que a depressão pós-parto pode ter como razão

de ser motivos psicossocias, pode também acontecer que algumas mulheres com depressão pós-parto desenvolvam tal distúrbio em função de uma perturbação no funcionamento da tiróide.

A importância de outros factores orgânicos na etiologia da depressão pós-parto foi igualmente assinalada em mais estudos empíricos. É assim que Handley, Dunn, Waldron, e Baker (1980) encontraram que, numa amostra de 71 mulheres avaliadas durante a gravidez e os primeiros dias do puerpério, as mulheres que apresentavam, logo a seguir ao parto, uma maior elevação nos níveis de triptofan no sangue, encontravam-se significativamente mais deprimidas na 6ª semana do puerpério. Hannah, Adams, Lee, Glover, e Sandler (1992), por exemplo, num estudo levado a cabo sobre 72 puérperas encontraram que aquelas se encontravam deprimidas na 6ª semana do puerpério apresentavam um aumento significativo de kd-sup-3H imipramine no 5° dia do pós-parto. No entanto, numa amostra de 337 puérperas, Markowits, Sankey, James, Mc Cabe et al. (1990) não encontraram evidências empíricas de que o *zinc-test*, administrado 48 horas depois do parto, pudesse predizer a depressão pós-parto. Analisando os possíveis correlatos biológicos das perturbações psicopatológicas, Sandler (1978), por sua vez, considerou que a hipóteses mais plausível para a etiologia da depressão pós-parto se refere ao papel das monoaminas na origem desta perturbação.

Se tivermos em conta a interacção dinâmica entre o indivíduo e o meio, assinale-se que os estudos referidos são estudos prospectivos, pois só assim se pode concluir da importância dos factores hormonais antecedentes e não consequentes do estado de humor da puérpera.

No entanto, assinala-se ainda que, muito embora as teorias que relacionam a depressão pós-parto com as mudanças hormonais do puerpério, possam explicar os sintomas de depressão que acontecem nas mulheres puérperas, não explicam a presença desses mesmos sintomas, tal como parecem ocorrer também nos pais e nas mães adoptivas (Chalmers & Chalmers, 1986; Grueen, 1990; Quadagno et al., 1986).

4.1.2. Complicações orgânicas e outras circunstâncias médicas durante a gravidez e o parto

Certos estudos mostram que as complicações orgânicas — tais como as complicações médicas durante a gravidez e/ou durante ou logo após o parto, bem como outras circunstâncias médicas relacionadas com o parto, tais como o local de parto, são aspectos a considerar na etiologia da depressão puerperal.

Assim, Pfost, Stevens, e Lum (1990), por exemplo, verificaram que as dificuldades médicas que ocorrem durante a gravidez tornam as mulheres mais

sujeitas à depressão pós-parto, sobretudo no caso das que não são casadas. No entanto, numa investigação conduzida sobre uma vasta amostra de mulheres nigerianas (N=400), Jinadu e Daramola (1990) encontraram que as complicações médicas presentes durante a gravidez, mesmo quando ocorrem durante o último trimestre da mesma, não se associam de modo nenhum com o aparecimento de desordens psicológicas durante o puerpério.

A relação entre complicações obstétricas e depressão pós-parto foi evidenciada em numerosos estudos empíricos, os quais assinalaram que as mulheres que desenvolvem depressão pós-parto reportam mais frequentemente partos complicados (Ballinger, 1982; Campbell e Cohn, 1991; Dalton, 1980; Edwards, Porter & Stein, 1994; Hannah, Adams, Lee, Glover, & Sandler, 1992; Lumely, 1984; Murray, 1992; Stein, Cooper, Campbell, Day & Althan, 1989).

Num estudo que desenvolveram sobre uma extensa amostra de puérperas, ainda recentemente, Campbell e Cohn (1991) observaram que as mulheres que se encontram deprimidas na 6a.-8a. semana do pós-parto evidenciaram com significativa maior frequência complicações médicas durante a gravidez e parto do que aquelas que não se encontram deprimidas; no entanto, no que se refere às complicações neo-natais relativas ao bebé, estes autores não verificaram qualquer influência dessa variável sobre o estado de humor da puérpera. Estes autores consideraram que as complicações obstétricas ocorridas durante a gravidez e o parto contribuem significativamente para o aparecimento de sentimentos de descontentamento e tristeza, sobretudo na mulher primípara, e podem ainda aumentar a preocupação relativa aos cuidados a prestar à criança, tal como o assinalam também Cutrona (1983) e O'Hara, Neunaber, e Zekoski (1984).

De igual modo, Stein, Cooper, Campbell, Day, e Altham (1989) encontraram uma positiva e significativa associação entre factores obstétricos, relativos à gravidez e parto, e depressão pós-parto, num estudo conduzido sobre uma amostra de 486 mães. E, Hopkins, Campbell, e Marcus (1987) mostraram que as complicações neo-natais, avaliadas através de registos médicos, podem igualmente contribuir significativamente para as variações nos níveis de gravidade dos sintomas depressivos.

Num número importante de estudos empíricos, verificou-se que as mulheres que são obrigadas a fazer uma cesariana exibem valores mais elevados de ansiedade e depressão a seguir ao parto do que as mulheres que têm bebé por parto normal (Ballinger, 1982; Edwards et al., 1994; Hannah, Adams, Lee, Glover, & Sandler, 1992). Ainda recentemente, Edwards, Porter, e Stein (1994) compararam os valores de sintomatologia depressivo, tal como podem ser recolhidos através da escala para a depressão pós-parto BPDS, durante os primeiros 3 meses após o parto, em 150

mulheres que fizeram cesariana e igual número de mulheres que tiveram parto normal; verificando que as mulheres que tiveram parto por cesariana, sobretudo no caso de ter sido sujeito a anestesia geral em vez de epidural, exibiam mais sintomatologia depressiva e mais distúrbio depressivo, tal como pode ser diagnosticado através dos critérios DSM-III. Também, Moleman, Vanderhart, e Vanderkolk (1992), descrevem 3 casos clínicos em que a perturbação de humor durante o puerpério se seguiu a um parto muito complicado.

Num estudo que conduziu sobre uma amostra de mulheres africanas vivendo numa zona rural do Uganda, Cox (1983) não encontrou que a depressão pós-parto fosse mais frequente naquelas que tinham dado à luz no hospital do que naquelas que tinham tido o parto no domicílio. No entanto, Oakley (1980), bem como O'Neil, Murphy, e Greene (1990), constataram uma forte correlação entre as reacções depressivas durante o puerpério e o recurso a um alto grau de tecnologia médica durante o parto.

A relação entre depressão pós-parto e complicações médicas relativas à gravidez e parto tem produzido resultados algo controversos. As complicações médicas durante a gravidez, bem como aquelas que se associam ao parto surgem, deste modo, associadas à depressão pós-parto, em numerosos estudos alguns clássicos (e.g., Dalton, 1971) e outros mais recentes como os de Campbell e Cohn (1991) e de Edwards, Porter, e Stein (1994), mas não nos trabalhos de Pitt (1968), Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980), Cox, Connor, e Kendell (1982), Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984), Robson e Kumar (1984), Whiffen (1988) e Areias (1994).

Pelo que uma gravidez e parto sem complicações são circunstâncias que parecem favorecer a adaptação física e psicológica da mulher às circunstâncias que se sucedem ao parto (Alpert, Richardson & Fodaski, 1993; Russell, 1974), mas não temos dados muito seguros a esse respeito.

4.1.3. Paridade

Num grande número de estudos foi encontrada uma associação positiva entre paridade e depressão pós-parto, no sentido de que as mulheres primíparas estariam mais sujeitas do que as multíparas a desenvolver uma depressão após o parto (Bridge, Little, Hayworth, Dewhurst & Priest, 1985; Jinadu & Daramola, 1990; Kumar & Robson, 1978). No entanto, Atkinson e Rickel (1984) evidenciaram que as multíparas com mais de 3 crianças têm um risco acrescido de desenvolver depressão pós-parto.

Contudo, outros estudos ainda, reportam uma relativa independência entre estas duas variáveis, mostrando que a depressão pós-parto não se relaciona de nenhum modo com a paridade (Cox, 1983; Cutrona & Troutman, 1986; Gotlib et al., 1989; O'Hara et al., 1991; Paykel et al., 1980).

Assim, no estudo que realizou no Uganda sobre uma amostra de 183 nativas, Cox (1983) não encontrou qualquer relação entre paridade e depressão pós-parto, mas, numa investigação conduzida sobre uma amostra de mulheres nigerianas (N=348), Jinadu e Daramola (1990) encontraram que as queixas psicológicas durante o período pós-parto eram tanto menos frequentes quanto maior fosse a paridade da mulher.

4.1.4. Idade

Julga-se que a probabilidade da mulher desenvolver uma depressão após o parto, aumenta significativamente à medida que aumenta a idade da puérpera (Kumar & Robson, 1978). No entanto, nem todos os estudos empíricos verificam uma associação entre a desordem depressiva pós-parto e a idade da mulher (Areias, 1994; Cutrona & Troutman, 1986; Gotlib et al., 1989 e 1991; Murray et al., 1995; O'Hara et al., 1991; Pitt, 1973) e alguns estudos verificam mesmo uma associação inversa (Paykel et al., 1980).

Com efeito, Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980) encontraram que as mulheres que ficam deprimidas após o parto são significativamente mais novas do que aquelas que não ficam deprimidas após o parto, sendo a média de idade no grupo de mulheres que desenvolvem depressão pós-parto de 24 anos e, no grupo de mulheres que não desenvolveram esse distúrbio, de 28 anos; resultados que foram mais tarde replicados por outros autores (e.g., O'Hara et al., 1984; Affonso, Lovett, Paul, Arizmendi, Nussbaum, Newman, & Johnson, 1991).

Enquanto isso, Kumar e Robson (1978), advertem que as mulheres com mais de 30 anos estão mais em risco de desenvolver depressão pós-parto, pois verificaram muitos mais casos de sujeitos com mais de 30 anos no grupo de puérperas com depressão pós-parto do que no grupo de controlo.

Os estudos que foram especificamente desenvolvidos junto de mães adolescentes verificaram que o número daquelas que desenvolvem depressão pós-parto é surpreendente, atingindo 50% das mães adolescentes das amostras estudadas (e.g., Colletta, 1983; Cutrona, 1990; Leasbeater & Linares, 1992; Prodromidis, Abrams, Field, Scafidi, & Rahdert, 1994).

4.2. Factores psicológicos na etiologia da depressão pós-parto

Como o assinalam, entre outros, Cooper, Murray, e Stein (1991) muito embora não exista, na bibliografia disponível, um claro consenso quanto aos factores

etiológicos que possam relacionar-se com a depressão pós-parto, os factores que surgem com maior consistência e que parecem estar mais fortemente associados com esta perturbação são os factores psicosociais.

Estes factores podem ser subdivididos em duas grandes categorias: (a) aqueles que se referem mais directamente à pessoa e à qualidade das suas relações com os outros e que serão analisados no decorrer desta secção e (b) aqueles que dizem mais respeito às circunstâncias sociais de carácter geral e que serão abordados na secção seguinte.

Alguns autores consideram que as mulheres que já experienciaram dificuldades psicológicas no passado — nomeadamente durante a gravidez ou no início do puerpério — estão mais sujeitas a desenvolver depressão pós-parto do que aquelas que não experienciaram tais dificuldades. Outros autores procuraram avaliar a importância de determinados acontecimentos de vida da mulher no desenvolvimento de depressão após o parto. Outros ainda estudaram a qualidade da relação da puérpera — durante a gravidez e o puerpério e mesmo antes, com pessoas significativas, por exemplo, a sua mãe, o marido e o bebé — e evidenciaram a importância desse factor na etiologia da depressão pós-parto.

Os estudos realizados nesse sentido são importantes na medida em que permitem fundamentar possíveis iniciativas de identificação precoce de mulheres em risco de desenvolver depressão ou outra patologia do foro psicológico durante o puerpério.

4.2.1. Antecedentes familiares

Como veremos, os antecedentes familiares e a história de distúrbio psicopatológico anterior, porque tomariam a forma de uma vulnerabilidade prévia, seriam, pelo menos para alguns autores (e.g., Campbell et al., 1992), os melhores preditores para a ocorrência de distúrbio psiquiátrico durante o puerpério.

Os factores familiares, na sua componente genética ou psicossocial, podem colocar algumas mulheres em risco de desenvolver depressão em momentos de transição desenvolvimental, como seja após o nascimento de um bebé. Nillson e Almgren (1970), entre outros, encontraram uma relação entre o número de sintomas psicopatológicos presentes no pós-parto e a história familiar de desordem emocional. No entanto, existe ainda pouca informação a respeito da história familiar das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto (O'Hara & Zekoski, 1988).

Com efeito certos estudos mostram que as mulheres com antecedentes familiares com perturbações psiquiátricas estão mais em risco de desenvolver

depressão pós-parto (Campbell et al., 1992; Katz & Susman, 1988; Nillson & Almgren,1970; O'Hara et al., 1984; Paykel et al., 1980; Prothero, 1981; Watson et al., 1984), enquanto que outros estudos não o mostraram.

Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980), por exemplo, constataram a presença de antecedentes familiares com desordens psiquiátricas severas, avaliada durante a gravidez, em 63% das puérperas que vieram a sofrer de depressão pós-parto, enquanto que apenas 13% das puérperas sem desordem psiquiátrica durante o puerpério contavam com antecedentes com desordens psiquiátricas. Prothero (1981) encontrou que 79-91% das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto têm pelo menos um parente do 1° grau com desordem de humor. Susman e Katz (1988) chamaram a atenção para o facto de que as mulheres que desenvolvem depressão pós-parto, assinalam, com significativa maior frequência, a presença de irmãs ou mãe com história de depressão pós-parto.

Ainda recentemente, Campbell, Cohn, Flanagan, Poppy, e Meyers (1992) num estudo levado a cabo sobre 70 mulheres com depressão pós-parto comparadas com um igual número de mulheres sem perturbação psiquiátrica, avaliadas no 2° mês do puerpério, encontraram em 29% das primeiras, mas apenas em 13% das segundas, a presença de distúrbio afectivo na mãe. Estes mesmos autores verificaram ainda que, 59% das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto, mas apenas 25% das mulheres sem distúrbio psicopatológico durante o puerpério, reportam desordem afectiva em pelo menos um parente do 1° grau.

Replicando os resultados obtidos num trabalho empírico prévio (O'Hara et al., 1984), mais recentemente, num estudo desenvolvido sobre uma amostra de 189 mulheres avaliadas desde o 2° trimestre até à 9ª semana do puerpério, também O'Hara, Schlechte, Lewis, e Varner (1991) verificaram que a presença de pelo menos um parente em primeiro grau com perturbação psiquiátrica era um indicador de forte predictibilidade para a depressão pós-parto.

No entanto, tanto Pitt (1968) como Kumar e Robson (1978), que estudaram grupos de puérperas com depressão moderada, asseguraram que tais mulheres não têm significativamente mais antecedentes com problemas psiquiátricos do que as puérperas que não se apresentam deprimidas depois do parto. Mais recentemente, estes resultados foram confirmados por outros estudos que mostram que as puérperas com antecedentes psiquiátricos não estão mais em risco de desenvolver depressão pós-parto do que as puérperas sem tais antecedentes, contrariamente ao que acontece com a depressão em geral (Murray et al., 1995).

4.2.2. História psiquiátrica prévia

A maior parte dos estudos empíricos sobre a depressão pós-parto verifica que as mulheres com história psiquiátrica prévia têm mais probabilidades de ter uma perturbação psicológica durante o puerpério do que as mulheres sem história psiquiátrica prévia e apresenta resultados empíricos nesse sentido (Appleby, Gregoire, Platz, Prince, & Kumar, 1994; Areias et al., 1996; Ballinger, Buckley, Naylor & Stansfield, 1989; Campbell et al., 1992; Carothers & Murray, 1990; Cox et al., 1982; Nilsson & Almgreen, 1974; O'Hara et al., 1984; O'Hara, 1986; O'Hara et al., 1991; Paykel et al., 1980; Watson et al., 1984; Wolkind & Zajicek, 1981).

Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980), por exemplo, encontraram que as mulheres que desenvolvem depressão depois do parto referem com significativa mais frequência do que as que não desenvolvem essa perturbação, tratamentos psiquiátricos prévios. Zajicek e Wolkind (1978) também encontraram que as dificuldades emocionais durante o puerpério surgem mais frequentemente em mulheres com história prévia de problemas emocionais e, mais recentemente, igualmente Carothers e Murray (1990) assinalaram que a variável que melhor prediz a depressão pós-parto em mulheres primíparas é a existência de história psiquiátrica prévia.

Por sua vez, O'Hara (1986) observou que as mulheres que se encontram deprimidas depois do parto tiveram, em média, 1,82 episódios prévios de depressão clinicamente diagnosticada, enquanto que as mulheres que não desenvolveram depressão pós-parto, tiveram, em média, apenas 0,16 episódios prévios de depressão. Mais recentemente, este autor encontrou que a presença de pelo menos um período prévio de depressão clinicamente diagnosticável é um importante factor de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto (O'Hara et al., 1991).

Também recentemente, Campbell, Cohn, Flanagan, Poppy, e Meyers (1992) verificaram que as mulheres que desenvolveram depressão durante o puerpério, quando comparadas com aquelas que não evidenciavam qualquer perturbação psiquiátrica durante esse período, reportavam em significativo maior número, a presença de episódios depressivos prévios.

No entanto, mais de 2/3 das puérperas que desenvolvem depressão pós-parto não têm história psiquiátrica prévia de desordem psiquiátrica, tal como o mostram os estudos de Pitt (1968), Dalton (1971), Kumar e Robson (1978), Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984), Wolkind, Zajicek, Coleman, e Ghodsian (1980), entre outros.

Com efeito, Kumar e Robson (1984) observaram que apenas 4 das 22 mulheres que desenvolveram depressão pós-parto tinham estado deprimidas antes do parto e,

no estudo de Wolkind, Zajicek, Coleman, e Ghodsian (1980), encontrou-se que, em cerca de 70% das mulheres que desenvolvem depressão após o parto, essa é a primeira ocorrência de desordem psiquiátrica na sua vida.

Mais recentemente ainda, Murray, Cox, Chapman, e Jones (1995), num estudo conduzido sobre 243 puérperas, verificaram que, muito embora a história psiquiátrica prévia da mulher se relacionasse positivamente com a presença de depressão, o mesmo não acontecia com a depressão pós-parto, a qual teria, consequentemente e para os autores deste estudo, uma etiologia distinta, de cariz mais psicossocial. Alguns autores sugerem pelo contrário que, em geral, a perturbação psiquiátrica prévia se relaciona com a depressão pós-parto, pelo que também a este respeito, a depressão que acontece durante o puerpério teria características bastante semelhantes à depressão que ocorre em outras alturas da vida da mulher, a qual também se relaciona com a experiência de problemas emocionais prévios (Hopkins, Marcus & Campbell,1984).

Ainda recentemente, Marks, Wieck, Checley, e Kumar (1991, 1992), acompanharam durante os nove meses de gravidez e os primeiros 6 meses que se seguiram ao parto, um grupo de 45 mulheres com perturbações psiquiátricas diversas (26 mulheres com história prévia de desordem bipolar ou esquizo-afectiva e 17 mulheres com história prévia de desordem depressiva *major*) e um igual número de mulheres sem perturbação psiquiátrica prévia. Verificaram que, no decorrer dos primeiros 6 meses do pós-parto, 22 das 45 mulheres com história psiquiátrica prévia tinham reincidindo na sintomatologia anteriormente apresentada. Observaram que a presença de valores elevados de neuroticismo ante-natal e a ocorrência de pelo menos um acontecimento de vida adverso, aspectos avaliados antes do início do distúrbio, podiam predizer o desenvolvimento da perturbação psiquiátrica não psicótica durante o puerpério, enquanto que a recorrência de psicose após o parto, podia ser melhor prevista a partir de uma história prévia de mania, hipomania ou esquizofrenia, admissão psiquiátrica recente e do relato de dificuldades conjugais. Os resultados obtidos neste estudo são comentados no sentido de que certas características da personalidade da puérpera e a presença de acontecimentos de vida adversos contribuem mais significativamente para o desenvolvimento de depressão pós-parto, independentemente da história psiquiátrica prévia do indivíduo, e, contrariamente ao que acontece com a psicose puerperal, que parece reflectir melhor uma qualquer vulnerabilidade fisiológica ou psicológica prévia.

Também recentemente, Appleby, Gregoire, Platz, Prince, e Kumar (1994) ao procurar quais as circunstâncias de risco acrescido para o desenvolvimento de depressão pós-parto encontraram que as puérperas com história psiquiátrica prévia ou ainda as puérperas que estiveram deprimidas durante a gravidez estavam mais em

risco de desenvolver depressão pós-parto. No entanto, não foi possível prever satisfatoriamente com base em todas ou cada uma das circunstâncias de risco consideradas, a presença de depressão a seguir ao parto. Estes autores estudaram uma amostra de 178 mulheres londrinas, atendidas no *King's College Hospital*, avaliadas na 36ª semana de gravidez — no respeitante aos problemas de saúde durante a gravidez, tratamento psiquiátrico durante a gravidez, experiência prévia de depressão pós-parto, tratamento psiquiátrico prévio, antecedentes psiquiátricos na família, dificuldade em aceitar a gravidez, relação com o cônjuge, suporte social familiar e dos amigos, condições económicas, e previsão na adaptação ao pós-parto — e na 8ª semana do pós-parto, através do questionário para a depressão pós-parto, EPDS.

Num estudo conduzido sobre 14 mulheres com história psiquiátrica prévia, mas que não apresentavam perturbação psicopatológica no início da gravidez, e 20 mulheres sem história psiquiátrica prévia, observou-se que as mulheres sem perturbação psiquiátrica prévia mostram uma elevação da sintomatologia durante a gravidez e no início do puerpério, referindo mais queixas físicas e psicológicas do que as mulheres sem história psiquiátrica prévia; no entanto, não estão mais em risco de desenvolver um novo episódio de distúrbio psicopatológico relacionado com o parto do que as mulheres sem história psiquiátrica prévia (Coble, Reynolds, Kupper, & Houck, 1994).

Por sua vez, Areias, Kumar, Barros e Figueiredo (1996) verificaram que as mulheres com história prévia de depressão estavam mais em risco de desenvolver depressão pós-parto, e que a presença de acontecimentos de vida negativos aumentava esse mesmo risco.

Assim sendo, se tivermos em conta as investigações referidas, somos levados a concluir que a grande parte das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto não experienciaram anteriormente quaisquer problemas de saúde mental, muito embora se deva concluir igualmente que a presença de desordem psicopatológica prévia, nomeadamente depressão, seja um importante factor de risco, não o único, a considerar na determinação de depressão pós-parto.

As mulheres que têm uma história prévia de depressão poderiam, num momento significativo de sua vida — como é o caso do puerpério, circunstância em que se impõe a reorganização da auto-imagem, da vida e do relacionamento com os outros — estar mais em risco de desenvolver depressão do que as mulheres que nunca fizeram essa experiência (Campbell et al., 1992). O que não quer dizer que a depressão pós-parto não possa ocorrer em mulheres que nunca tenham feito a experiência prévia deste tipo de distúrbio psicopatológico, como o assinalam os

trabalhos desenvolvidos junto de amostras de primíparas, particularmente o estudos de Kumar e Robson (1984).

4.2.3. Características da personalidade

As teorias cognitivas da depressão puseram a hipótese de que certas características prévias da personalidade da mulher poderiam predispô-la à depressão pós-parto, pois algumas dessas características não facilitariam o ajustamento psicológico a operar durante o puerpério.

Por exemplo, certas mães possuiriam um estilo atribucional particular que, durante a transição para a maternidade, as tornaria mais vulneráveis à depressão pós-parto (O'Hara, Rhem, & Campbell, 1982). As exigências relativas aos cuidados a dar ao bebé podem, por sua vez, afectar a auto-estima da puérpera (Hopkins et al., 1984) e, a sua habilidade em lidar com situações que envolvem um nível substancial de ansiedade, pode influir na resposta que dá às necessidades do bebé.

Beck (1967) chamou a atenção para o facto de que os indivíduos possuem uma e determinada estrutura cognitiva, a tendência particular para perceber e interpretar a realidade de um certo modo. A depressão aconteceria especificamente em indivíduos que tendem a elaborar visões negativas de si-mesmo, da realidade exterior e do futuro. Para este autor, a vivência de acontecimentos de vida adversos, nomeadamente durante a experiência precoce do indivíduo, poderia conduzir ao desenvolvimento de esquemas cognitivos de distorção negativa da realidade, os quais influenciam o modo como o sujeito se percebe a si e aos outros. Tais esquemas seriam reactivados na presença de determinados acontecimentos de vida, semelhantes àqueles que os originaram, e seria neste contexto que a depressão se desenvolveria.

Certas mulheres estariam particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva na sequência do parto e do nascimento do bebé em função do que significa para elas esse acontecimento de vida, enquanto que outras estão mais vulneráveis ao *stress* gerado por outros acontecimentos de vida (Cooper & Murray, 1995).

Rotter (1966), por sua vez, introduziu o conceito de locus de controlo, interno e externo. A pessoa que tende a perceber que os acontecimentos dependem do comportamento ou de características mais ou menos permanentes do próprio tem *locus* de controlo interno, enquanto que a pessoa que considera que as consequências que se associam à acção própria são resultado de condições independentes dessa mesma, estando fora do controlo do próprio, dependendo da sorte, acaso ou destino, tem *locus* de controlo externo. Considerou este autor que os

indivíduos que possuem um *locus* de controlo externo tendem a desenvolver mais facilmente depressão.

Seligman (1975), pelo seu lado, interessou-se pelo estilo atribucional dos indivíduos, argumentando que a depressão ocorre mais facilmente em sujeitos que tendem a fazer uma atribuição interna, estável e global dos acontecimentos de vida própria.

Vejamos agora os estudos empíricos que evidenciam a importância das características de personalidade da puérpera acima assinaladas na etiologia da depressão pós-parto.

Atkinson e Rickel (1984) observou que as mulheres que se deprimem após o parto tendem a reportar com menos frequência acontecimentos positivos relativos à maternidade e bebé. A importância das disfunções negativas na etiologia da depressão pós-parto foi encontrada, nomeadamente por Bellew e Hill (1991) num estudo que desenvolveram junto de uma amostra de 156 mulheres não-deprimidas (BDI inferior a 10), acompanhadas durante a gravidez e o pós-parto. Estes autores verificaram que a presença de depressão 3 meses depois do parto podia ser razoavelmente prevista a partir de indicadores pré-natais, dado que as mulheres que desenvolviam depressão pós-parto eram aquelas que, durante a gravidez, evocavam com mais facilidade palavras com significado negativo do que palavras com significado positivo.

Também por forma a definir quais as variáveis ante-natais, relativas às características da personalidade das mães, susceptíveis de propiciar a ocorrência da depressão pós-parto, Little, Hayworth, Carter, Dewhurst, Raptopoulos, Sandler, e Priest (1981), por exemplo, avaliaram uma amostra de mulheres, no terceiro trimestre de gravidez e na 6ª semana do pós-parto. Verificaram que as mães que se encontravam deprimidas na 6ª semana do pós-parto, tinham evidenciado, na 34ª-36ª semana de gravidez, a presença de estilos cognitivos particulares: tendência para projectar a hostilidade sobre os outros e para atribuir culpas ao próprio e *locus* de controlo externo. Para além do mais, as mulheres que desenvolveram depressão pós-parto, exibiram durante a gravidez, uma resposta cardíaca mais pronunciada ao choro do bebé ou a sons com uma frequência e intensidade semelhante, o que indicaria elevada reactividade cardíaca às situações susceptíveis de ser relacionadas com a ansiedade.

O'Hara, Rehmn, e Campbell (1982), e mais recentemente Areias (1994), encontraram que o estilo atribucional da mulher, avaliado durante a gravidez, se associava com o desenvolvimento de depressão pós-parto, no 2°-3° mês do puerpério. Resultados que foram ainda replicados por Cutrona (1983) que também observou a presença de locus de controlo externo em associação com a depressão

pós-parto. Estes autores verificaram que as mulheres que, avaliadas durante a gravidez, se caracterizavam pela presença de atitudes de pouco auto-controlo em relação ao seu próprio comportamento, tendiam a desenvolver depressão durante o pós-parto (Areias, 1994; Cutrona, 1983; O'Hara et al., 1982). Um resultado bastante semelhante foi obtido por Gotlib, Wiffen, Mount, Milne, e Cordy (1991) os quais encontraram que as mulheres que apresentavam, durante a gravidez, cognições disfuncionais, particularmente estratégias de evitamento para lidar com situações-problema, estavam mais sujeitas a desenvolver depressão, no 2º mês do puerpério, do que aquelas que apresentavam estratégias cognitivas mais adaptadas.

O estilo individual de *coping*, avaliado durante a gravidez, mostrou ser igualmente um importante preditor da depressão pós-parto. Com efeito, num estudo desenvolvido sobre 50 grávidas verificou-se que as mulheres que, na 30ª semana de gravidez, tinham um estilo individual de *coping* depressivo tinham mais probabilidades de estar deprimidas no 6º mês do pós-parto — quando avaliadas através do inventário de Beck, BDI — nomeadamente porque estavam menos capazes de obter o apoio de que necessitavam por parte do marido (Demyttenaere, Lenaerts, Nijs & Van Assche, 1995).

O elevado nível de neuroticismo, correspondente a uma tendência crónica para evocar acontecimentos negativos, tal como pode ser avaliado na escala de Neuroticismo do Inventário de Personalidade de Eysenck (*Eysenck Personality Inventory*, EPI), é uma outra característica da personalidade que também foi associada à depressão (Martin, 1985).

Os resultados susceptíveis de serem obtidos, durante a gravidez, através da Escala de Neuroticismo do inventário de personalidade EPI, correlacionam-se significativamente com os valores de depressão obtidos nessa mesma altura, embora parecem falhar em predizer os valores de depressão pós-parto, alguns meses depois, na mesma amostra de sujeitos (Kumar & Robson, 1978).

No entanto, num estudo anterior levado a cabo por Pitt (1968), que também usou o EPI para avaliar dimensões da personalidade da mulher, este autor encontrou mais neuroticismo e menos extroversão no grupo de mulheres que, avaliadas durante a gravidez, vieram a desenvolver depressão após o parto, do que no grupo de puérperas que não se deprimiram após o parto, resultados que foram mais recentemente replicados por Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984) e Areias (1994), com recurso ao mesmo inventário.

4.2.4. História pessoal

Alguns autores têm vindo a assinalar que a presença de circunstâncias específicas relativas à vida do próprio, referentes sobretudo à infância, e muito particularmente a perda ou separação de figuras significativas, poderia predispor o indivíduo a desenvolver depressão durante a idade adulta.

A perspectiva psicanalítica assinalou, a respeito da gravidez e maternidade, que a depressão pós-parto tem mais probabilidades de acontecer junto de mulheres que desenvolveram relações perturbadas com os pais, durante a infância. Argumentou que o período de transição para a maternidade implica a reabertura de conflitos desenvolvimentais do indivíduo, nomeadamente os que se referem à autonomia, e que o modo de estar durante esse período tem muito a ver com a história de desenvolvimento da pessoa. A presença de relações conflituais com os pais, no passado ou presente, pode dificultar a adaptação psicológica ao puerpério, pela ambivalência que suscita relativamente à maternidade.

Helen Deutsh (1947), por exemplo, considera muito importante as relações da mulher com a mãe e sugeriu que a depressão pós-parto poderia explicar-se como uma forma de masoquismo não satisfeito. Ballou (1978), por sua vez, considerou que, durante a gravidez, a mulher revê a sua própria relação com a mãe, nomeadamente a ambivalência sentida para com ela, e considerou ainda que a inabilidade da puérpera para se reconciliar com a sua própria mãe pode tornar difícil a gestão dos sentimentos de necessidade e dependência próprios do puerpério. Nesse sentido, o cônjuge é um elemento central no processo, na medida em que pode providenciar a mediação e protecção necessárias, por forma a facilitar a reconciliação da mulher com a sua própria mãe (Ballou, 1978).

As mulheres que têm dificuldade de se ajustar ao puerpério podem ainda fazer uma identificação ao bebé e considerar as necessidades deste como as suas próprias necessidades e vice-versa. Durante a gravidez a mulher tem que elaborar e fazer o luto de experiências anteriores, particularmente daquelas que se referem a separação e perda, tanto mais que, e como o salienta a autora, após o parto a mulher tende a encetar um movimento de identificação ao bebé (Benedek, 1958).

A hipótese de que a história pessoal da mulher, nomeadamente a qualidade da sua relação com os pais, particularmente com a mãe, e/ou a história de separação precoce dos pais, pode predispor a puérpera à depressão após o parto recebeu importante fundamento empírico, designadamente nos estudos de Frommer e O'Shea (1973), Uddenberg (1974), Brown e Harris (1978), Kumar e Robson (1984), e mais

recentemente nos trabalhos de Murray (1989), Gotlib, Wiffen, Mount, Milne, e Cordy (1989, 1991) e de Leadbeater e Linares (1990).

Por exemplo, Frommer e O'Shea (1973) encontraram que, tal como o assinalarão mais tarde outros autores, as mulheres que reportam separações dos pais durante a infância (antes da idade de 11 anos) por um período igual ou superior a 4 semanas, bem como aquelas que referem a presença actual de dificuldades na relação com a mãe estão mais sujeitas a desenvolver depressão pós-parto. Brown e Harris (1978) encontrou que a perda de um dos pais, particularmente da mãe, durante a infância é um importante factor de vulnerabilidade para a depressão pós-parto e o mesmo foi mais recentemente encontrado no estudo de Murray (1989). Também Kumar e Robson (1984) encontraram que um número significativo de mulheres que desenvolveram depressão pós-parto tinham perdido o pai ou sofrido a separação do pai durante os primeiros anos da infância ou relataram dificuldades recentes no relacionamento com a mãe. Gotlib, Wiffen, Wallace, e Mount (1991), por sua vez, encontrou que as mulheres que, avaliadas durante a gravidez, revelavam percepções negativas relativamente à quantidade e qualidade dos cuidados recebidos pelos pais durante a infância, estavam mais sujeitas a desenvolver depressão durante o puerpério. Leadbeater e Linares (1990), verificaram a importância da relação precoce com a mãe, tal como é percebida pela puérpera, na etiologia da depressão pós-parto, dado que as mães adolescentes que percebiam a sua própria mãe como tendo sido relativamente mais aceitante com elas enquanto crianças estavam significativamente menos deprimidas durante o puerpério do que aquelas que percebiam a sua própria mãe como não aceitante.

No entanto, nem Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980), nem Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984) encontraram qualquer relação entre a depressão pós-parto e a experiência de separação da mãe, durante a infância.

É importante salientar que, nestes estudos, a avaliação dos aspectos relativos ao relacionamento com os pais se fez antes do parto e do aparecimento do distúrbio depressivo e que não foram os mesmos investigadores a operar a avaliação das dimensões em causa, antes e depois do parto, pelo que pode ser posta de parte a hipótese de viés metodológicos.

4.2.5. Relacionamento conjugal

Quando compararam o ajustamento social de um vasto número de mulheres puérperas e não-puérperas, O'Hara, Zekoski, Philipps, e Wright (1990) encontraram que as mulheres puérperas, muito embora apresentem maior satisfação social, apresentam também pior ajustamento social, sobretudo no que se refere ao

ajustamento matrimonial, tal como pôde ser avaliado durante as primeiras 9 semanas de puerpério através de uma escala de ajustamento social (*Social Adjustement Scale-Self-Report*, SAS-SR). O ajustamento matrimonial era particularmente fraco junto das puérperas que evidenciavam depressão pós-parto. Este resultado foi mais tarde replicado num estudo do mesmo autor, onde se verificou novamente que as mulheres que desenvolvem depressão pós-parto apresentam pior ajustamento social, sobretudo pior ajustamento matrimonial, do que as mulheres que não se apresentam deprimidas durante o puerpério (O'Hara, Hoffman, Philips & Wright, 1992).

É assim que mais recentemente alguns autores têm vindo a assinalar que um relacionamento social pobre, particularmente na relação com o cônjuge, predispõe a mulher ao desenvolvimento de depressão após o parto (Murray, 1992; O'Hara et al., 1992).

Não há dúvidas de que o contexto interpessoal em que a mulher se encontra, nomeadamente a qualidade do seu relacionamento com o cônjuge e o bebé, influencia o seu estado de humor durante o pós-parto.

A qualidade do relacionamento matrimonial, principalmente no caso das primíparas, condiciona, em muito, a adaptação psicológica da mulher às mudanças que tem de operar durante o puerpério (Grossman, Eicher & Winickoff, 1980). Com efeito, as disfunções matrimoniais e a falta de uma relação íntima, de apoio e de confiança com o cônjuge, avaliadas desde a gravidez, mostram uma forte relação com a depressão pós-parto, numa série de estudos que apresentamos de seguida. Os estudos mais recentes mostram que as mães solteiras — que não têm um companheiro durante a gravidez — estão particularmente em risco de desenvolver depressão após o parto. Mais recentemente também, alguns autores estudaram a relação entre o estado de saúde mental do cônjuge e a depressão pós-parto da puérpera e esse estudos serão igualmente abordados, na parte final desta secção.

Quase todos os estudos que examinaram a qualidade do relacionamento matrimonial, nas suas dimensões da satisfação e qualidade da relação com o cônjuge (intimidade, confiança, apoio, etc.) ou da presença de conflitos conjugais, durante a gravidez e portanto antes do aparecimento da sintomatologia depressiva que poderia enviesar os julgamentos da puérpera, verificaram que esse aspecto é um importante preditor da depressão pós-parto (Belle, 1982; Boyce, Hickie & Parker, 1991; Bromet & Cornely, 1984; Cox et al., 1982; Gotlib et al., 1991; Graff, Dyck & Schallow, 1991; Hapgood, Elkind & Wright, 1988; Kumar & Robson, 1984; Murray, 1992; Nillson & Almgréen, 1979; O'Hara, 1986; O'Hara, Hoffman, Philips & Wright, 1992; Paykel et al.,

1980; Pitt, 1968; Richman, 1977; Robson, Olmsted & Garner, 1989; Schweitzer, 1992; Stein et al., 1989; Watson et al., 1984).

Pitt (1968) encontrou que 25 % das puérperas com depressão pós-parto evidenciaram, durante a gravidez, sentimentos negativos para com os maridos, que eram descritos como não prestando cuidado e não sendo nada simpáticos. A frequente sensação de não ser querida pelo marido é igualmente uma circunstância que se encontra num número significativo de estudos (e.g., Paykel et al., 1980) e, nas mães recentemente estudadas por Stein, Cooper, Campbell, Day, e Altham (1989), a ausência de uma relação de confiança com o cônjuge, avaliada durante a gravidez, é o segundo preditor mais significativo para a depressão pós-parto.

Muito embora Hopkins, Campbell, e Marcus (1986) não tenham encontrado que a insatisfação matrimonial contribuísse de modo significativo para o desenvolvimento de depressão pós-parto, O'Hara (1986) mostrou que as mulheres que desenvolvem depressão após o parto referem com significativa mais frequência que se sentem pouco apoiadas pelo cônjuge e manifestam-se menos satisfeitas com o relacionamento conjugal, aspectos avaliados desde a gravidez. Mais recentemente, Gotlib, Wiffen, Wallace, e Mount (1991) que acompanharam uma amostra de 1.070 mulheres durante a gravidez e pós-parto, a fim de avaliar a importância de um conjunto de factores psicosociais no aparecimento de depressão pós-parto, encontraram que as mulheres que relatam baixos níveis de satisfação conjugal e referem sentir falta de apoio emocional por parte do marido, indicadores de insatisfação matrimonial recolhidos durante a gravidez, estão mais sujeitas a desenvolver depressão durante os primeiros meses do puerpério, pelo que consideram estes factores determinantes da depressão pós-parto.

Robson, Olmsted, e Garner (1989) estudaram, pelo seu lado, um conjunto de 87 mulheres primíparas, com idades compreendidas entre os 22 e os 42 anos, no respeitante a um conjunto de variáveis, a fim de estimar o seu valor preditivo para o ajustamento psicológico durante o puerpério. Tal como os autores referidos anteriormente, também estes verificaram que os problemas de ajustamento psicológico durante o puerpério podem facilmente ser previstos através da presença de aspectos do relacionamento conjugal, avaliados durante os últimos trimestres de gravidez, designadamente insatisfação com o casamento e baixa intimidade com o cônjuge. A importância do suporte emocional por parte do cônjuge, ou seja, a percepção da afeição e coesão providenciado pelo mesmo, foi igualmente assinalada por Graff, Dyck, e Schallow (1991) num estudo conduzido sobre uma amostra de 42 puérperas primíparas.

Boyce, Parker, Barnett, Cooney, e Smith (1991), por sua vez, encontraram também a relevância de 3 dimensões relativas à qualidade do relacionamento

conjugal, a saber, a qualidade da ligação matrimonial, da intimidade conjugal e da sensibilidade conjugal, avaliadas durante a gravidez, no desenvolvimento de depressão pós-parto, num estudo desenvolvido junto de 149 mulheres. A depressão pós-parto foi avaliada ao 1°, 3° e 6° mês do pós-parto e os autores encontraram um aumento significativo do risco para a depressão, nas mulheres cujos cônjuges providenciavam pouco cuidado ou eram supercontroladores.

Mais recentemente ainda, Schweitzer (1992) encontrou diferenças significativas entre um grupo de 32 puérperas, 16 com depressão pós-parto e 16 sem distúrbio psiquiátrico assinalável, e um grupo constituído pelo mesmo número de não-puérperas, a propósito de duas dimensões relativas à intimidade conjugal — cuidado e controlo — avaliadas através de um questionário de intimidade conjugal (*Intimate Bond Measure*, IBS). Os resultados deste estudo mostram que existem diferenças entre as puérperas com e sem depressão pós-parto, avaliadas através do BDI, nas duas dimensões consideradas relativas à intimidade conjugal, e sugerem que a mulher com relações matrimoniais caracterizadas por altos níveis de controlo e baixos níveis de cuidado têm um risco acrescido de experienciar depressão após o parto.

Richman (1977) sugeriu que a depressão pós-parto ocorre com mais frequência nas mulheres que têm uma relação conjugal pobre e Belle (1982) relacionou a depressão pós-parto quer com a ausência de uma relação de confiança com o cônjuge quer com a existência de conflitos conjugais. Bromet e Cornely (1984), por exemplo, encontraram que as mulheres que estão deprimidas após o parto reportam a presença de um elevado número de conflitos conjugais e de menos satisfação na relação com o marido do que aquelas que não se encontram deprimidas, referindo que o apoio susceptível de ser dado pelo cônjuge funciona no sentido de impedir o aparecimento de humor depressivo.

A presença de conflitos conjugais, avaliados durante a gravidez, permitiu também, em numerosos estudos (e.g., Cox et al., 1982; Belle, 1982; Kumar & Robson, 1984; O'Hara, 1986), distinguir as mulheres que, após o parto, desenvolvem ou não depressão. Cox, Connor, e Kendell (1982) e também Kumar e Robson (1984), entre outros, encontraram que as mulheres que estiveram deprimidas durante o primeiro trimestre do pós-parto reportavam, durante a gravidez, um maior número de conflitos conjugais do que as mulheres que não se encontravam deprimidas por essa altura.

Por outro lado, O'Hara, Hoffman, Philipps, e Wright (1992) encontraram a presença de elevados valores de conflitualidade na relação com o cônjuge, numa amostra de 118 mulheres com depressão pós-parto, quando foram avaliadas através de um questionário relativo ao ajustamento pós-parto (*Postpartum Adjustment Questionnaire*, PPAQ), nos primeiros 2 meses que se seguiram ao parto, e comparadas

com um grupo de controlo composto pelo mesmo número de mulheres não-deprimidas.

Também Hapgood, Elkind, e Wright (1988) questionaram uma possível relação entre um conjunto de variáveis relativas ao relacionamento conjugal e a depressão pós-parto. Para esse efeito, seguiram prospectivamente 66 mulheres avaliadas desde a gravidez até durante o puerpério. Durante o puerpério, o estado de humor foi avaliado diariamente nas primeiras 2 semanas e depois em 4 ocasiões diferentes nos 14 meses que se seguiram ao parto. Estes autores assinalaram que o baixo ajustamento matrimonial, avaliado nomeadamente através da presença de conflitos conjugais desde a gravidez, era um forte preditor da depressão pós-parto.

Saliente-se ainda que os estudos mais recentes que consideraram na sua amostra mães solteiras — que não tinham um companheiro durante a gravidez — mostraram claramente que esse é um factor de risco para o desenvolvimento de depressão após o parto (Hobfoll et al., 1995).

As alterações de humor relacionadas com o nascimento do bebé não são específicas da puérpera e, nos últimos anos, alguns investigadores, interessados com a reacção psicológica do homem a essa circunstância de vida, mostraram que também ele atravessa algum desajustamento durante esse período.

Zaslow (1985), numa amostra de 37 famílias de classe média com um primeiro filho, verificou que 62% dos pais evidenciavam alteração do humor quando o bebé tinha 4 meses de idade, argumentando que a relação conjugal estava deficitária. Lee (1989) relatou que 43% dos pais experienciam humor depressivo nos meses que se seguem ao nascimento do bebé e referem alterações significativas no relacionamento conjugal em função da circunstância particular de que a principal fonte de suporte emocional, a mulher, se encontra distante. Fawcett e York (1986), assim como Drake, Verhulsbt, e Fawcett (1988) observaram, no período que se segue ao nascimento de um bebé, a presença de sintomas físicos e psicológicos relacionados com a resposta depressiva, tanto nos homens como nas mulheres.

Mais recentemente, Areias (1994) mostrou que, muito embora a depressão seja mais significativa na mulher, no período dos 0 aos 3 meses, no período dos 3 aos 12 meses, a depressão verifica-se tão frequentemente na mulher como no homem. Esta autora conclui que, num estudo levado a cabo sobre cerca de 50 casais entrevistados e avaliados em diferentes momentos da gravidez e primeiro ano do pós-parto, tanto os homens como as mulheres apresentam alterações de humor significativas em função do nascimento do bebé, sendo que, as apresentadas pelo homem se caracterizam por ocorrerem mais tarde no puerpério, durarem mais tempo e serem de maior gravidade. Para além do mais esta autora encontrou que a

depressão no homem parece ocorrer em consequência da depressão da mulher na gravidez e no puerpério precoce (Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996).

Ballard, Davis, Cullen, Mohan, e Dean (1994) verificaram também que a presença de depressão no cônjuge era fortemente influenciada pela presença de depressão pós-parto na puérpera;. No entanto, estes autores encontraram que a prevalência de depressão pós-parto na mulher era significativamente superior à prevalência de depressão nos respectivos cônjuges, quer na 3ª semana do puerpério (27.5%/ 9.0%) quer no 6º mês do puerpério (25.7%/ 5.4%), o que poderia ter uma de duas explicações: *"os pais ou têm menos sintomatologia depressiva ou reportam menos facilmente a sintomatologia depressiva do que as mães durante o período pós-parto"* (Ballard et al., 1994, p. 787).

O estado de saúde mental do cônjuge é, mais ainda, um outro aspecto que em muito pode determinar o ajustamento psicológico da puérpera nos meses que se seguem ao parto, observando-se uma significativa e positiva associação entre a resposta psicológica ao nascimento do bebé, em ambos os membros do casal, nos estudos que mais recentemente se têm preocupado com este assunto (Areias, 1994; Atkinson & Rickel, 1984; Ballard et al., 1994; Drake et al., 1988; Harvey & Mc Garth, 1988; Quadagno, Dixon, Denney & Buck, 1986).

Quadagno, Dixon, Denney, e Buck (1986), por exemplo, num estudo levado a cabo sobre 21 casais, avaliados durante a gravidez e pós-parto, verificaram grande sintonia no ajustamento psicológico presente na puérpera e no seu marido. Harvey e Mc Garth (1988), por sua vez, compararem, no respeitante à morbilidade psiquiátrica e ao funcionamento social, os maridos de 40 mulheres admitidas numa unidade mãe-bebé inglesa com os maridos de outras tantas mulheres que não apresentavam qualquer distúrbio psiquiátrico durante o pós-parto. Mostraram que mais de 40% dos primeiros tinham alguma perturbação psiquiátrica assinalável, tal como podia ser diagnosticado a partir do SADS, apresentavam um pobre ajustamento matrimonial e fraco funcionamento social. Os autores deste estudo sugerem que o estado de saúde mental do cônjuge pode ser um aspecto importante para o desenvolvimento de depressão pós-parto, dado que, dificultando relações conjugais satisfatórias, dificultam o ajustamento psicológico satisfatório da mulher durante o puerpério. Argumentam ainda da necessidade de considerar a possibilidade de integrar o cônjuge aquando da intervenção junto de mulheres que apresentam perturbações psicológicas durante o pós-parto.

Já anteriormente, Atkinson e Rickel (1984) tinham observado que, na 6ª semana do pós-parto, os valores de sintomatologia depressiva da mulher puérpera,

tal como podem ser obtidos através do BDI, podiam ser facilmente previstos com base nos valores de sintomatologia depressiva reportados pelo cônjuge.

Mais recentemente, Lovestone e Kumar (1993) investigaram os efeitos no cônjuge da perturbação psicopatológica puerperal da esposa. Verificaram que, junto dos maridos das 24 mulheres com depressão pós-parto admitidas numa unidade de internamento mãe-bebé do seu estudo, a presença de desordem psiquiátrica era significativamente superior — metade das puérperas com perturbação psicopatológica tinham maridos com perturbação psicopatológica — à presença de desordem psiquiátrica junto quer dos maridos das mães que se adaptaram bem ao puerpério quer dos maridos das mães admitidas, por um mesmo período de tempo, mas não por razões psiquiátricas, numa outra unidade de internamento. Os referidos autores mostraram ainda que o início da perturbação no marido tipicamente seguiu o internamento da mulher, o que mostra, não só, a elevada incidência de perturbação psicopatológica junto dos maridos das mulheres com depressão pós-parto, como ainda que a depressão pós-parto da puérpera tem repercussões adversas no bem-estar psicológico do cônjuge, pelo menos no caso daquelas que têm de ser internadas.

Deste modo, no caso das mulheres casadas, a insatisfação matrimonial e os conflitos com o cônjuge aparecem como os preditores mais importantes para a depressão pós-parto (Séguin & Cossette, 1991) e, o suporte que pode ser dado pelo cônjuge, bem como a satisfação matrimonial, estão associados ao bem-estar psicológico e à ausência de sintomas depressivos na mulher (O'Hara, 1986), como o mostraremos seguidamente. As dificuldades nas relações interpessoais são tão características da depressão pós-parto como da depressão que ocorre noutros momentos da vida da mulher, mas as puérperas com depressão pós-parto parecem ter mais dificuldades na relação com a sua própria mãe do que as não puérperas deprimidas (Murray et al., 1995).

Para além do mais, estudos recentes que analisaram a presença de distúrbio psicopatológico nos maridos verificaram que o nascimento de um bebé é também para o homem uma condição de risco para o aparecimento de depressão (e.g., Drake et al., 1988; Fawcett & York, 1986; Lee, 1989), assim como mostraram que tipicamente a depressão no cônjuge segue a presença de depressão pós-parto da mulher (e.g., Areias et al., 1996; Lovestone et al., 1993), verificando-se ainda efeitos retroactivos da presença de dificuldades psicopatológicos em ambos os membros do casal (e.g., Ballard et al., 1994; Quadagno et al., 1986).

4.2.6. Suporte social

O suporte social é considerado por alguns autores como a circunstância de que resulta maior consistência entre os resultados de diferentes estudos, referidos aos factores etiológicos da depressão pós-parto. Com efeito, a falta de suporte social, nomeadamente do apoio que pode ser providenciado pelo cônjuge, tem sido associado à depressão pós-parto em numerosas investigações que concluiram que as mulheres que se deprimem após o parto carecem em geral de apoio por parte do marido ou de algum que o substitua em alternativa (Campbell et al., 1992; Cutrona, 1984; Cutrona, 1989; Cutrona & Troutman, 1986; Leadbeater & Linares, 1990; O'Hara et al., 1982; O'Hara, 1986; Paykel et al., 1980).

O suporte social tem sido conceptualizado como os recursos existentes no meio imediato da pessoa, diferenciando-se quanto ao tipo de apoio susceptível de ser providenciado (emocional/instrumental) e à fonte que é susceptível de o providenciar (marido/familiares/amigos, etc.). Dado que as mulheres que estão deprimidas tendem a perceber o meio como pouco apoiante, a importância do suporte social na etiologia da depressão pós-parto só pode ser confirmada através de estudos prospectivos, realizados durante a gravidez e o puerpério.

A literatura mais clássica sobre a depressão pós-parto sugeriu que as respostas depressivas ao nascimento de um bebé ocorrem mais frequentemente na ausência de suporte familiar, por exemplo, do pai da criança (Herzog, 1979) e, Brown e Harris (1978) foram os primeiros a propor que a falta de suporte social teria um papel de primeiro plano na etiologia da depressão pós-parto.

O'Hara e seus colaboradores foram, por sua vez, talvez os primeiros a testar empiricamente a relação entre a percepção de suporte social e a depressão pós-parto. Estes autores observaram que a depressão pós-parto se desenvolvia em puérperas cujos maridos eram referidos como não prestando apoio emocional e instrumental suficiente depois do parto, muito embora essa relação não se tenha verificado para aquelas que identificaram o marido como menos apoiante durante a gravidez (O'Hara et al., 1982, 1984).

Cutrona e Troutman (1986) num estudo prospectivo conduzido sobre 55 mulheres casadas americanas, verificaram que a avaliação ante-natal do suporte social se relacionava com a presença de sintomatologia depressiva no 3º mês do pós-parto, no sentido em que as mulheres que reportaram altos níveis de suporte social durante a gravidez, reportaram, subsequentemente, altos níveis de autoconfiança no desempenho do papel parental e estavam manifestamente menos deprimidas no 3º mês do pós-parto. As autoras concluem que as mães que usufruem

da possibilidade de recorrer a outras pessoas para as ajudar nos cuidados a prestar à criança, têm mais auto-confiança na sua própria competência no desempenho das tarefas maternais, e essa confiança na competência própria seria um importante protector contra a depressão após o parto. Com efeito, num estudo anterior, uma das autoras verificou que as mulheres que apresentavam valores mais elevados de sintomatologia depressiva, na 8ª semana do pós-parto, reportavam baixos níveis de suporte social e emocional por parte do cônjuge (Cutrona, 1984). As mães que se sentem mais apoiadas por parte do cônjuge sentem-se igualmente mais competentes no desempenho do papel maternal e, nomeadamente, têm menos probabilidade de ser influenciadas pelas dificuldades que os bebés possam implicar em termos de cuidados, conclui mais tarde Cutrona (1989).

Num estudo desenvolvido sobre 155 adolescentes, avaliadas durante a gravidez e o puerpério, a autora encontrou que a presença de sintomatologia depressiva no 6º mês do pós-parto podia ser facilmente prevista com base nos valores de suporte social obtidos pela puérpera durante a gravidez (Cutrona, 1989), resultado que foi mais tarde replicado por Leadbeater e Linares (1990) igualmente junto de uma amostra de puérperas adolescentes. Mostrou ainda que a evidência de uma relação entre o suporte social e o estado de saúde mental da puérpera não resulta de um viés metodológico, dado que verificou tal relação quer nas avaliações de auto-relato realizadas pela própria mãe, quer nas avaliações realizadas por observadores independentes, concluindo que tais observações reflectem as circunstâncias externas em si, tal como podem ser avaliadas por observadores, e não diferenças individuais relativas às características das mães.

Ainda recentemente, Campbell, Cohn, Flanagan, Poppy, e Meyers (1992) verificaram que as mulheres que, no 2º mês do puerpério, desenvolviam depressão pós-parto, quando comparadas com as puérperas sem qualquer distúrbio psiquiátrico, referiam com significativa maior frequência que os maridos providenciavam menos suporte emocional, mas não propriamente menos suporte instrumental no que se referia aos cuidados e responsabilidades junto do bebé. Tal como nos estudos de Cutrona (1984, 1989), também estes autores verificaram que as mulheres que experienciam um número significativo de problemas médicos durante a gravidez e de dificuldades obstétricas durante o parto, estão em risco de desenvolver depressão pós-parto, apenas nos casos em que o marido é referido como providenciando pouco suporte emocional, o que parece não ajudar a puérpera a lidar com as mudanças habituais relativas à transição para a maternidade.

Estes estudos confirmam que, tal como anteriormente o sugeriram Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980), a possibilidade de usufruir de suporte por parte das

pessoas significativas, minimiza o impacto negativo que as circunstâncias adversas relativas ao nascimento de um bebé podem ter.

Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, e Scrimshaw (1993), por sua vez, num estudo desenvolvido sobre uma amostra constituída na gravidez por 129 mulheres de baixo nível sócio-económico, verificaram que o suporte social dado pelo pai do bebé durante a gravidez influi na presença de depressão pós-parto. Com efeito, os autores encontraram que as mulheres que se mostravam insatisfeitas com o apoio que receberam durante a gravidez, especialmente com o apoio dado pelo pai do bebé, estavam significativamente mais em risco de desenvolver sintomas depressivos durante a gravidez e na 6ª-8ª semana do puerpério. Salientam que mais do que a quantidade de apoio é a qualidade do suporte dado pelas pessoas significativas o factor crítico no desenvolvimento de depressão após o parto. Este estudo prospectivo reafirma que as mulheres que recebem mais suporte durante a gravidez, especificamente aquelas puérperas que vivem em circunstâncias dificéis, experienciam menos depressão pós-parto.

Deste modo, o suporte social é sem dúvida, como o assinalam os estudos que acabamos de apresentar, um aspecto a considerar no enquadramento psicossocial da puérpera. O seu papel parece ser o de mediar a relação entre certas condições adversas, como seja, as dificuldades relativas aos cuidados a prestar ao bebé ou uma gravidez adolescente. No caso das mães adolescentes, o apoio prestado pelo pai é um importante factor de protecção contra o desenvolvimento de depressão, sendo que a estabilidade da relação conjugal protege contra o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Cutrona, 1989; Leadbeater & Linares,1990). Assim, como o assinalam O'Hara e Zekoski (1988), o efeito do suporte social sobre a depressão pós-parto não seria tão claro e directo como o do relacionamento conjugal, sendo importante na presença de condições psicosociais adversas. No entanto, Hopkins, Campbell, e Marcus (1986) não encontraram qualquer relação entre as medidas de suporte social obtidas durante a gravidez e de depressão após o parto.

4.2.7. Dificuldades psicológicas ocorridas durante a gravidez e/ou início do puerpério

Muitos autores preocupados com o bem-estar das mães e dos bebés no puerpério procuraram identificar durante a gravidez as mulheres que estivessem particularmente em risco de desenvolver perturbações emocionais no puerpério, a fim de dirigir os seus esforços no sentido de prevenir tais perturbações. Estes autores consideram que a qualidade da adaptação da mulher às tarefas relativas à maternidade depende de factores psicosociais, susceptíveis de serem avaliados

durante a gravidez, particularmente dificuldades de ajustamento psicológico durante a gravidez, atitudes negativas para com a gravidez e relações matrimoniais pobres (Grossman, Eicher & Winickoff, 1980).

Existe alguma controvérsia, como já o discutimos anteriormente, a respeito da gravidez ser ou não um período de significativo bem-estar psicológico para a mulher.

Com efeito, enquanto que alguns autores referem que a incidência de distúrbios psicopatológicos durante o pós-parto é maior do que acontece durante a gravidez, esse dado empírico não é extensivo a todos os estudos.

Cutrona (1983), Kumar e Robson (1984), O'Hara, Neunaber, e Zekoski (1984) e outros, verificaram que a probabilidade da mulher se encontrar deprimida depois do parto é cerca de 3 vezes superior ao que acontece em períodos comparáveis durante a gravidez.

No entanto, replicando os resultados anteriores de Dalton (1971), Nott (1987), tendo em conta os registos psiquiátricos de unidades hospitalares inglesas, não encontrou que a procura de ajuda fosse significativamente mais frequente durante o pós-parto (0.27%) do que durante a gravidez (0.21%), Cox (1979) encontrou que a morbilidade psiquiátrica durante a gravidez é duas vezes superior ao que acontece durante o puerpério. Mais recentemente, Elliot, Rugg, Watson, e Brough (1983), que avaliaram um conjunto diverso de sintomas, em 7 ocasiões diferentes da gravidez e 11 ocasiões diferentes do pós-parto, verificaram que as mulheres apresentam um estado de humor relativamente estável durante a gravidez e que a qualidade do humor é implementada após o parto.

Os estudos epidemiológicos já descritos anteriormente (e.g., Paffenberger, 1962; Kendell et al., 1976), que tomaram em consideração os registos de admissão em hospitais psiquiátricos, durante a gravidez e o puerpério, são claros em verificar que a presença de distúrbios psiquiátricos durante a gravidez é inferior à presença destes mesmos distúrbios durante o puerpério. O que sugere que a gravidez pode, contrariamente ao que acontece com o puerpério, diminuir a incidência de perturbações graves, tal como a psicose, mas não obrigatoriamente dos distúrbios de humor, estados de depressão e ansiedade, que podem ser considerados pela mulher e pelo meio ambiente como não susceptíveis de internamento.

O acordo entre os investigadores verifica-se apenas no que se refere especificamente ao suicídio, sendo que as mulheres parecem estar bastante bem protegidas relativamente ao suicídio, quer durante a gravidez quer durante o puerpério (e.g., Appleby, 1996; O'Hara & Zekoski, 1988).

Alguns autores consideram que as dificuldades psicológicas experienciadas pela mulher durante a gravidez — no que se refere à vivência subjectiva da mesma, particularmente dúvidas quanto à sua prossecução, receio do parto ou aborto prévio, podem conduzir ao desenvolvimento de perturbações psicológicas durante o puerpério (Areias, 1994; Areskog, Uddenberg & Kjessler, 1984; Bridge, Little, Hayworth, Dewhurst & Priest, 1985; Campbell et al., 1992; Gotlib, Whiffen, Wallace & Mount, 1991; Kumar & Robson, 1984; Murray, 1992).

As mães que experienciam dificuldades em se adaptar às circunstâncias relativas à gravidez e que, por exemplo, no 3°-4° mês de gravidez, têm dificuldade em identificar estímulos relacionados com temas como a gravidez, a sexualidade e o pai, exibindo mecanismos de defesa perceptiva, estão mais em risco de desenvolver depressão pós-parto (Borgeat, David, Saucier, & Dumont, 1994).

Uma gravidez e parto sem complicação favorecem uma boa adaptação após o parto (Alpert, Richardson & Fodaski, 1983; Russell, 1974). Cutrona (1984), por exemplo, observou que as mães que tiveram mais apoio preparativo durante a gravidez mostraram níveis inferiores de depressão e menos problemas psicológicos durante o pós-parto. Green, Compland, e Kitzinger (1990), por sua vez, encontraram que as mães melhor informadas a respeito do parto e que tomaram parte mais activa durante o parto evidenciaram com mais frequência um estado de bem-estar psicológico na 6ª semana do pós-parto.

Num estudo prospectivo levado a cabo sobre 153 mulheres suecas, Areskog, Uddenberg, e Kjessler (1984) verificaram que as mulheres que expressam medo em relação ao parto, no último trimestre de gravidez, sobretudo no caso de serem primíparas, exibem com mais frequência perturbações emocionais durante o puerpério, nomeadamente depressão pós-parto. Face aos resultados obtidos, os autores apontam que estas mulheres podem ser consideradas em alto-risco não apenas em relação à experiência de parto, mas igualmente à adaptação emocional durante o puerpério. Concluem que as perturbações emocionais do puerpério se relacionam com conflitos internos da mulher, conflitos esses respeitantes à reprodução e à maternidade que se consubstanciam no medo do parto. As mulheres com receios relativos à sexualidade, reprodução e maternidade, focam com frequência esses receios no medo do parto. Depois do parto, o medo de falhar como mãe torna-se mais evidente e expressa-se em perturbação emocional e inadequação na relação com a criança.

Autores como Kumar e Robson (1978) e Murray (1992) assinalaram, com significativa maior frequência junto das mulheres que desenvolveram depressão após o parto, em relação àquelas que não desenvolveram qualquer perturbação psicológica após o parto, a vivência da gravidez como um acontecimento negativo,

a presença de sérias dúvidas quanto à prossecução de gravidez e a ideia de a interromper. Também, e mais recentemente, Campbell, Cohn, Flanagan, Poppy, e Meyers (1992) verificaram que a gravidez não-planeada bem como a insatisfação e sentimentos negativos relativamente à gravidez, aspectos que foram avaliados durante a gravidez, eram significativamente mais frequentes nas mulheres que desenvolveram uma depressão pós-parto do que naquelas que mostraram uma boa adaptação psicológica ao puerpério.

Tensão matrimonial durante a gravidez, assim como sérias dúvidas relativamente ao prosseguimento da mesma e história de interrupção voluntária de gravidez são factores que parecem igualmente predispor a puérpera a desenvolver depressão após parto, no estudo de Bellers e Hill (1991).

No entanto, tal como Pitt (1968), também Paykel, Emms, Flechter, e Rassaby (1980) não encontraram qualquer relação entre a gravidez não-planeada e depressão pós-parto.

Refira-se ainda que, como vimos já anteriormente, nem todos os estudos encontraram uma relação significativa entre a depressão antes e depois do parto, o que sugere que possa haver diferenças quanto aos factores que predispõem a mulher à doença mental antes e depois do parto.

Para determinar os factores ante-natais que pudessem predizer o risco de depressão após o parto, Pfost, Lum, e Stevens (1989, 1990 a) conduziram um estudo prospectivo sobre 69 mulheres avaliadas no 8° mês de gravidez e um mês depois do parto. Encontraram que a presença de sintomatologia depressiva durante a gravidez, tal como pode ser recolhida através do BDI, é um forte preditor da sintomatologia depressiva após o parto, tal como pode ser recolhida através do mesmo instrumento, sobretudo no caso daquelas que não são casadas. Contrariamente, elevados valores de feminilidade e a presença de planos ocupacionais parecem proteger positivamente a mulher dos desajustes emocionais no puerpério.

Outros estudos têm também assinalado que a sintomatologia depressiva após o parto pode ser prevista a partir da presença desta mesma sintomatologia durante a gravidez — tal como acontece nos trabalhos de Areias (1994); Ballinger (1982); Bellew e Hills (1991); Bridge, Little, Hayworth, Dewhurst, e Priest (1985); Cutrona (1983); Gotlib, Whiffen, Walace e Mount (1991); Hapgood, Elkind, e Wright (1988); Hayworth, Little, Carter, Raptopoulos, Priest, e Sandler (1980); Nillson e Almgreen (1970); O'Hara, Rehmn, e Campbell (1982, 1984); Playfair e Growers (1981); Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984).

Playfair e Growers (1981) encontraram que as mulheres que desenvolvem depressão após o parto foram com significativa maior frequência avaliadas como deprimidas durante a gravidez.

Bridge, Little, Hayworth, Dewhurst, e Priest (1985) procuraram também identificar as variáveis que, recolhidas durante a gravidez, pudessem prever a ocorrência de humor depressivo no período pós-parto. Para esse efeito, estudaram prospectivamente uma amostra de 109 mulheres ao longo de toda a gravidez e durante os 12 meses que se seguiram ao parto, encontrando uma correlação positiva e significativa entre os valores de depressão, ansiedade e hostilidade obtidos durante a gravidez e os valores de depressão no 6°, 9° e 12° mês do puerpério. Replicando os resultados de Hayworth, Little, Carter, Raptopoulos, Priest, e Sandler (1980), este estudo fornece, tal como os anteriores, evidências empíricas de que é possível avaliar os sintomas emocionais durante a gravidez, no sentido de identificar as mulheres que estão em risco de perturbação emocional depois do parto.

Estes mesmos resultados foram mais recentemente obtidos por Hapgood, Elkind, e Wright (1988) que assinalaram nas mulheres que se deprimem durante o puerpério a presença de níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa durante a gravidez.

O'Hara, Rehm, e Campbell (1982), por sua vez, encontraram que o melhor preditor da depressão pós-parto era a presença de elevados níveis de sintomatologia depressiva durante a gravidez e Gotlib, Whiffen, Walace, e Mount (1989, 1991), num estudo prospectivo realizado sobre uma amostra de 1.070 mulheres canadianas, avaliadas durante a gravidez e os primeiros meses do puerpério, encontraram que as mulheres que apresentavam elevados valores de sintomatologia depressiva durante a gravidez tendiam a mostrar-se deprimidas durante o puerpério. Estes autores verificaram que mais de metade dos casos das puérperas que desenvolveram depressão, esta tinha-se iniciado durante a gravidez.

Também mais recentemente Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, e Cameron (1995) encontraram que, numa amostra de 192 mães de baixo nível sócio-económico, a presença de depressão durante a gravidez é um factor de risco significativo para a depressão pós-parto.

A ansiedade e depressão durante a gravidez têm assim uma associação postiva com a depressão a seguir ao parto (e.g., Ballinger, 1982; Barnett & Parker, 1986; Hapgood et al., 1988; Hobfoll et al., 1995; O'Hara et al., 1982).

Também Ballinger (1982), num estudo levado a cabo durante a gravidez e os primeiros 10 dias do pós-parto, encontrou uma correlação positiva e significativa entre os valores de depressão durante a gravidez e os valores de depressão durante o pós-parto. Esta autora estudou prospectivamente uma amostra de 55 grávidas,

avaliadas repetidas vezes durante a gravidez, na 10-16 semana e na 32-38 semana, e os primeiros 10 dias do puerpério, todos os dias entre o 1° e o 5° dia e no 10° dia, através de uma série de inventários a fim de operar a detecção de sintomas de depressão, ansiedade e hostilidade, referidos durante a gravidez e o grau de associação entre o nível desses sintomas durante a gravidez e depois do parto. No entanto, os resultados deste estudo são parcialmente contrários aos resultados encontrados pelos autores anteriormente referidos, pois a autora verificou a presença de valores mais elevados de depressão, ansiedade e hostilidade, durante a gravidez do que durante o pós-parto. Isto é, observou a diminuição significativa nos valores relativos aos sintomas avaliados, entre a gravidez e o puerpério, embora igualmente uma correlação bastante elevada entre os níveis desses mesmos sintomas, nas avaliações efectuadas durante a gravidez e o puerpério.

No entanto, saliente-se que os factores que se associam à depressão durante a gravidez poderão ser os mesmos que se associam à depressão após o parto.

Com efeito, num estudo conduzido sobre 1329 grávidas, Kitamura, Sugawara, Sugawara, Toda, e Shima (1996) verificaram que o grupo de mulheres deprimidas durante a gravidez, quando comparado com o grupo de mulheres não-deprimidas durante a gravidez, era constituído por um número significativamente mais elevedo de mulheres primíparas, com sintomas de mal-estar físico (por exemplo, vómitos) durante a gravidez, dores menstruais e tensão pré-menstrual, perda do pai durante a infância, gravidez não desejada, resposta negativa à gravidez, relação de fraca intimidade com o marido, segundo casamento.

Assim sendo, a depressão na gravidez poderia consistir num fenómeno semelhante à depressão pós-parto, testemunhando as dificuldades da mulher, na presença de algumas circunstâncias adversas pessoais e relacionais, em resolver adaptadamente as tarefas relativas à maternidade.

Mesmo assim, saliente-se que num elevado número de estudos a depressão durante a gravidez aparece como uma situação menos frequente do que a depressão depois do parto (e.g., Cox et al., 1982; Kumar e Robson, 1978; Watson et al., 1984) e que alguns autores não encontraram qualquer consistência na relação entre a depressão durante a gravidez e a depressão após o parto (e.g., Kumar e Robson, 1978).

É assim que Kumar e Robson (1978), por exemplo, não encontraram qualquer associação positiva entre a presença de sintomas neuróticos durante a gravidez e a presença de depressão no 3° mês do pós-parto, muito embora a maior parte dos estudos posteriores verifique uma relação entre a presença de sintomatologia

depressiva e outras dificuldades vivenciadas durante a gravidez e a perturbação emocional do puerpério.

Note ainda que os *scores* ante-natais relativos à sintomatologia depressiva, obtidos através de questionários como o BDI, podem estar inflaccionados, porque muitas das circunstâncias habituais que se relacionam com o início da gravidez são também sintomas para o diagnóstico de depressão.

Vários estudos mostraram também uma relação entre a presença de níveis elevados de ansiedade durante a gravidez e o desenvolvimento de depressão após o parto (Dalton, 1971; Field et al., 1985; Gotlib et al., 1991; Hayworth et al., 1980; Hears et al., 1976; Murray, 1992; Todd, 1964; Watson et al., 1984).

Numa amostra de 500 mulheres seguidas prospectivamente durante a gravidez e o puerpério, Dalton (1971) verificou que os níveis de ansiedade ante-natais se relacionavam significativamente com a presença de depressão pós-parto. No entanto, nos trabalhos de Cox, Connor, e Kendell (1982), Kumar e Robson (1984) e Pitt (1968) não se encontrou qualquer relação entre a presença de sintomas de ansiedade antes do parto e a depressão após o parto.

Assim, se tivermos em conta a grande maioria dos resultados relativos aos trabalhos acima descritos, concluímos que as mulheres que se deprimem durante a gravidez estão mais predispostas à depressão após o parto do que aquelas que não experienciaram tais dificuldades. No entanto, não é claro que a sintomatologia depressiva seja mais frequente no puerpério do que na gravidez, dado que existem evidências empíricas contrárias relativamente a este preciso aspecto.

Estes estudos proporcionaram evidências empíricas de que as mulheres que experienciam dificuldades psicológicas durante a gravidez, nomeadamente sintomatologia depressiva, tendem mais frequentemente a desenvolver depressão após o parto e sugerem a possibilidade de identificar precocemente as mulheres que estão em risco de desenvolver perturbação emocional durante o puerpério.

No que se refere ao *blues* pós-parto, muito embora a vivência de tal circunstância possa ser um acontecimento desagradável para a mulher, os investigadores não lhe têm dado grande importância, havendo poucas evidências empíricas quanto às suas consequências negativas a longo prazo (O'Hara, 1986), para além daquelas que são relativas ao desenvolvimento de depressão pós-parto.

Pitt (1968) observou que 70% das mulheres com depressão pós-parto tinham experimentado *blues* pós-parto, enquanto que apenas 40% tinham experimentado tal sintomatologia no grupo de controlo de puérperas não-deprimidas.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Paykel, Emms, e Flechter (1980) encontraram *blues* pós-parto relativamente severos em 85% das puérperas com depressão pós-parto, enquanto que apenas 31% das puérperas sem depressão pós-parto tinham experimentado essa sintomatologia.

Evidências empíricas posteriores foram obtidas, designadamente por Cox, Connor, e Kendell (1982), Handley, Dunn, Waldron, e Baker (1980) e Kendell, Mackenzie, West, Mc Guine e Cox (1984). Cox, Connor, e Kendell (1982) encontraram que quanto mais severa é a experiência de *blues* pós-parto, mais persistentes são os sintomas depressivos após o parto. Handley, Dunn, Waldron, e Baker (1980) observaram que a presença de humor depressivo nos dias imediatos ao parto era um forte preditor de depressão pós-parto, enquanto que Kendell, Mackenzie, West, Mc Guine e Cox (1984) verificaram que as mulheres que evidenciavam a presença de humor depressivo e labilidade de humor, no 5° dia após o parto, tendiam significativamente mais a desenvolver depressão pós-parto.

Kalid (1989) observou igualmente que as mulheres que experienciam *blues* pós-parto, nos primeiros dias do puerpério, têm mais probabilidades de se encontrar deprimidas quando avaliadas mais tarde, na 7ª ou 8ª semana do puerpério.

Ainda recentemente, num estudo desenvolvido sobre uma amostra de 217 puérperas, avaliadas através do questionário E.P.D.S., Hannah, Adams, Lee, Glover, e Sandler (1992) encontraram que 17 das 25 mulheres com depressão pós-parto na 6a. semana após o parto tinham tido sintomas semelhantes durante a primeira semana do puerpério, pelo que mais de metade das mulheres que desenvolveram depressão pós-parto, avaliada na 6ª semana do puerpério, experienciaram sintomas semelhantes durante a primeira semana do pós-parto. Assim sendo, este estudo aponta igualmente para a importância do *blues* pós-parto na etiologia da depressão pós-parto — dado que, nas palavras dos seus autores, *"mostra uma forte associação entre o humor depressivo materno na primeira semana do puerpério e a depressão pós-parto na 6ª semana pós-parto"* (Hannah, et. al., 1992, p. 779). Assim, através da avaliação do *blues* pós-parto, poderia ser possível realizar uma identificação precoce das mulheres em risco de desenvolver depressão pós-parto.

No entanto, nem todos os estudos encontraram que a experiência de *blues* pós-parto, na primeira semana do puerpério, pudesse de algum modo predizer a experiência de depressão pós-parto, no 2/3 mês do puerpério (e.g., Kumar & Robson, 1984).

Mesmo assim, a grande maioria dos estudos apontam para a importância do *blues* pós-parto na etiologia da depressão pós-parto, assim como para a possibilidade de realizar um despiste precoce das mulheres em risco de desenvolver depressão pós-parto.

Mais recentemente, a depressão pós-parto foi também associada à presença de um outro distúrbio no início do puerpério — a hipomania. Com efeito, Glover, Liddle, Taylor, Adams, e Sandler (1994), num estudo desenvolvido sobre 336 puérperas, observaram que cerca de 10% das puérperas exibiam, nos primeiros 5 dias que se seguem ao parto, elação de humor, irritabilidade e outras características da hipomania, quando foram avaliadas por uma escala apropriada — designada *"Highs" questionnaire* — e construída pelos autores do estudo. As puérperas que tiveram um resultado elevado (superior a 8) nessa escala, administrada no 3º dia do puerpério, mostraram significativamente mais a presença de depressão pós-parto, quando avaliadas com o questionário EPDS na 6ª semana do puérperio, em comparação com as puérperas que não mostraram sintomas psicopatológicos no início do puerpério. Metade das 18 puérperas que experienciaram *highs* (50%), assim como metade das 28 puérperas que experienciaram *blues* pós-parto (50%), apresentaram depressão pós-parto — um resultado igual ou superior a 10 na escala EPDS — na 6ª semana do pós-parto; enquanto que, no grupo das puérperas que não mostraram evidência de distúrbio psicopatológico no início do puerpério (N= 152), apenas 18% das puérperas desenvolveram depressão pós-parto. Em conformidade com os resultados dos estudos anteriores, este trabalho mostra que dificuldades psicológicas no início do puerpério — *highs* e *blues* pós-parto — permitem antever a presença de depressão pós-parto mais tarde no puerpério.

Apresentamos, sucessivamente ao longo desta secção, inúmeras evidências empíricas de que a presença de sintomatologia — nomeadamente a vivência de sintomatologia depressiva — antes da gravidez, mas particularmente durante a gravidez e nos dias imediatos ao parto, é um importante factor de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, provavelmente porque indica a presença de dificuldades da mãe relativamente à resolução das tarefas desenvolvimentais respeitantes à maternidade, assinaladas no primeiro capítulo.

Estes estudos proporcionaram evidências empíricas de que as mulheres que experienciam dificuldades psicológicas durante a gravidez e início do puerpério são as mesmas que desenvolvem depressão pós-parto, pelo que sugerem também a possibilidade de precocemente se identificar as mulheres que estão em risco de desenvolver depressão pós-parto. Note que, para este efeito, os estudos têm de ser prospectivos e não podem ser retrospectivos, dado que o estado de humor da puérpera durante o puerpério influenciaria as avaliações que ela pudesse fazer das circunstâncias relativas à gravidez ou início do puerpério.

4.2.8. Acontecimentos de vida adversos ocorridos durante a gravidez e/ou o puerpério

Muito embora a presença de acontecimentos de vida adversos não tenha sido encontrada em relação com a psicose puerperal, a maior parte dos estudos empíricos desenvolvidos junto de puérperas com depressão pós-parto assinala que a presença de tais acontecimentos se relaciona com o desenvolvimento da depressão a seguir ao parto (Cooper & Stein, 1989; Paykel et al., 1980; O'Hara, 1986; O'Hara et al., 1982, 1984, 1990, 1991, 1994). Estas indicações sugerem, mais uma vez, a necessidade de se considerar este distúrbio, e contrariamente ao que acontece com as outras dificuldades psicológicas que podem ocorrer no puerpério, mais em relação com determinantes psicosociais do que com factores biológicos.

Alguns estudos evidenciaram que as mulheres que vivenciam acontecimentos adversos durante a gravidez no início do puerpério estão mais sujeitas a desenvolver depressão pós-parto (e.g., O'Hara et al., 1984; Paykel et al., 1980), por exemplo, a morte de um parente próximo durante a gravidez, mas não depois do parto (Kumar & Robson, 1984).

Numa amostra de 104 mulheres Paykel, Emms, e Flechter (1980) verificaram que a ocorrência de acontecimentos de vida adversos se relacionava com a presença de depressão pós-parto, dado que observou que a presença de acontecimentos de vida moderada ou gravemente adversos durante a gravidez e/ou logo a seguir ao parto era, em média, mais frequente nas mulheres com depressão pós-parto do que nas mulheres que não desenvolviam tal sintomatologia.

Também O'Hara, Rehmn, e Campbell (1982, 1984) verificaram que as mulheres sujeitas a acontecimentos de vida adversos, durante a gravidez, tendiam a estar deprimidas durante o puerpério. Mais recentemente, estes mesmos autores replicaram esses resultados junto de amostras mais vastas e voltaram a encontrar que a vivência de acontecimentos de vida negativos durante a gravidez se relacionava com a depressão após o parto (O'Hara et al., 1991, 1994).

As puérperas expostas a acontecimentos de vida adversos, durante a gravidez ou o puerpério, estão mais sujeitas a desenvolver episódios depressivos graves, sobretudo na ausência de suporte emocional consistente (Brown et al., 1985, O'Hara et al., 1982; Paykel et al., 1980).

No entanto estes resultados não foram obtidos por Pitt (1968), nem mais recentemente por Martin, Brown, Goldberg, e Brockington (1989). A fim de avaliar o papel dos *stressores* psicosociais no desenvolvimento da desordem psiquiátrica durante a gravidez e depois do parto, Martin, Brown, Goldberg, e Brockington (1989)

compararam, em relação a um conjunto de variáveis, uma amostra de mulheres com doença depressiva, admitidas numa unidade psiquiátrica mãe-bebé e uma amostra de mulheres que, emparelhadas com as primeiras, não apresentaram qualquer desajuste psicológico durante o puerpério. Estes autores verificaram que, muito embora as perturbações que ocorrem durante a gravidez estejam a maior parte das vezes relacionadas com acontecimentos de vida geradores de *stress*, o mesmo não acontece com as mulheres que experienciam depressão durante o puerpério. Dado que não encontram um maior número de circunstâncias psicosociais adversas nas mulheres que se deprimem entre as 2-3 semanas do pós-parto, concluem que a depressão puerperal pode ter uma etiologia de origem biológica.

A presença de acontecimentos e circunstâncias negativas referidas ao bebé, tais como complicações neo-natais e temperamento difícil, será analisada na secção seguinte.

4.2.9. Relacionamento com o bebé

Muito embora, na etiologia da depressão pós-parto, não pareça existir qualquer relação significativa entre o estatuto de depressão da mãe e o sexo do bebé, a importância do temperamento neo-natal tem sido mais recentemente assinalada. Williams e Carmichel (1985) apresentaram uma constatação interessante no estudo que realizaram em Melbourne, na Austrália: certas mães da sua amostra referiram ter falhado no estabelecimento da relação com o bebé, pois que, quando regressaram da maternidade e foram para suas casas, tiveram muita dificuldade em lidar com alguns aspectos do comportamento de seus filhos — os bebés gritavam muito e de forma persistente, alimentavam-se pouco, dormiam de forma irregular e por curtos intervalos de tempo e eram difícéis de consolar. Estas mães relataram que, na sucessão deste facto, começaram a sentir-se muito cansadas e frustradas, desenvolvendo sentimentos negativos em relação a elas próprias e aos seus bebés.

Estas evidências empíricas, que resultam de uma observação qualitativa, estão de acordo com outras tantas evidências empiricas que resultam do trabalho de investigadores norte-americanos, levado a cabo sobre um maior número de mães e com recurso a instrumentos de cariz quantitativo, que tem vindo a evidenciar a importância do temperamento e de outros aspectos relativos ao bebé na génese da depressão pós-parto.

O nascimento de um bebé, ao mesmo tempo que é um acontecimento considerado positivo pela maior parte das mulheres é igualmente um acontecimento

gerador de grande ansiedade e preocupação, particularmente nos casos em que o bebé apresenta alguma anomalia ou evidencia dificuldades temperamentais.

Contudo, se tivermos em conta o elevado número de estudos conduzidos no sentido de identificar os factores que se associam à depressão pós-parto, verificamos que apenas um número reduzido de investigadores tiveram em atenção os factores que dizem respeito à interferência de variáveis relativas ao bebé, nomeadamente à importância do temperamento do bebé no desenvolvimento da depressão pós-parto.

Logo à nascença os bebés são todos muito diferentes — nomeadamente em relação à facilidade ou dificuldade com que podemos comunicar com eles — e é fácil compreender que este e outros aspectos do comportamento do bebé influenciem de forma significativa o universo relacional da mãe. Ou seja, é compreensível que uma mãe possa deixar-se perturbar por um bebé que chora de forma inconsolável e que possa sentir-se cansada porque os curtos períodos de sono do seu filho não lhe permitem descansar nos intervalos.

Ao termos presente um modelo interactivo e ao considerarmos que a ocorrência da depressão na mulher se verifica no contexto específico da sua interacção com os outros, rapidamente chegamos à necessidade de considerar a importância do bebé na etiologia da depressão pós-parto. Deste modo, as características próprias do bebé podem por si modificar muito da experiência inicial da maternidade e a depressão pós-parto pode resultar das dificuldades da mãe na gestão dessa mesma experiência (Cutrona, 1983; Cutrona & Troutman, 1986; Hopkins, et al., 1986; Whiffen, 1988).

Os autores da perspectiva psicanalítica sugerem que após o parto a mulher tem que realizar o luto de uma série de experiências passadas, mas também presentes, particularmente o luto do bebé imaginário, ideal e perfeito, que corresponde às expectativas elaboradas durante a gravidez (Soulé, 1987). A depressão pós-parto poderia assim ser um sinal de que a mãe não estaria a realizar de modo conveniente o trabalho psicológico do pós-parto, que consistiria em aceitar que o bebé real não é tão magnífico como o bebé imaginário, tarefa que poderia estar dificultada quando se quebram as expectativas da mãe em termos do sexo, temperamento ou aparência física do bebé. E, com efeito, a presença de expectativas excessivamente positivas em relação ao bebé, não parece favorecer o ajustamento psicológico durante o puerpério (e.g., Kraus & Redman, 1987; Whiffen, 1988).

Por outro lado, autores como Robson e Kumar (1984) verificaram a importância das respostas emocionais da mãe ao bebé, aquando do parto, no posterior ajustamento psicológico da mãe durante o puerpério. Os resultados

empíricos destes autores foram mais tarde replicados por Murray (1990), a qual verificou também que a presença de sentimentos ambivalentes ou fortemente negativos para com o bebé, por altura do parto, em 47% das mães que desenvolveram depressão após o parto, mas em apenas 27% das mães que não desenvolveram depressão pós-parto. Para Murray (1990), o modo como são emocionalmente vividos os primeiros momentos do contacto da mãe com o bebé, pode ser determinante para o relacionamento posterior da mãe com o bebé, sendo que fortes reacções de adversidade para com o bebé podem fornecer indicações de uma dificuldade ao nível da ligação afectiva da mãe ao bebé, com importantes consequências no seu ajustamento psicológico durante o puerpério, podendo conduzir a depressão pós-parto.

Cutrona (1984) salientou que a presença de depressão pós-parto, na 8a. semana do puerpério, podia ser prevista com razoável segurança, a partir da presença de dificuldades nos cuidados a prestar ao bebé, designadamente no que se refere à alimentação, sono e problemas de saúde.

Mais tarde a autora considerou que as dificuldades temperamentais do bebé podem ser apontadas como um factor de risco no desenvolvimento de depressão após o parto, na medida em que tais dificuldades interferem negativamente nos sentimentos de competência e auto-estima da mãe; enquanto que o apoio que ela pode receber dos seus envolventes, podem mitigar os efeitos adversos dessa interferência, na medida em que, facilitam a tarefa da puérpera lidar com a ansiedade causada por ter de cuidar de um bebé difícil, possibilitando a manutenção da auto-estima (Cutrona & Troutman, 1986).

Nesse sentido, o suporte social é considerado uma fonte de recursos de protecção, que ajudam a mãe a lidar com a ansiedade diária que envolve cuidar de um bebé com um temperamento difícil. Para testar essa hipótese, as autores levaram a efeito um estudo empírico sobre uma amostra de 55 mulheres casadas, avaliadas durante o 2° e 3° trimestre de gravidez e no 3° mês do puerpério, verificando que a presença de elevados valores de sintomatologia depressiva após o parto podia ser prevista a partir das dificuldades temperamentais do bebé (avaliadas através dos registos diários da duração do choro/grito do bebé, realizados em períodos de 60 minutos por uma observadora independente), na ausência de um suporte social consistente, pela interferência na auto-percepção de competência por parte da mãe (Cutrona & Troutman, 1986). As dificuldades temperamentais do bebé tornariam a mulher mais sujeita a desenvolver depressão pós-parto e esta variável, só por si, foi susceptível de explicar 30% da variância no valores da sintomatologia depressiva pós-parto.

As dificuldades temperamentais teriam, para as autoras deste estudo, um efeito directo — dado que certos aspectos do comportamento do bebé, por exemplo o choro, são em si mesmo estímulos aversivos para a mãe, tornando difícil as tarefas de cuidado e interacção adequada com o bebé, e a mãe pode sentir-se desapontada porque o bebé não corresponde às expectativas elaboradas durante a gravidez. Poderiam ainda essas dificuldades temperamentais ter um efeito indirecto, através da sua acção na auto-estima da mãe, dado que em tais circunstâncias a mãe teria dificuldade em satisfazer o bebé, percebendo-se a si própria como pouco hábil nos cuidados a prestar ao bebé. Com efeito, Campbell, Cohn, Flanagan, Poppy, e Meyers (1992) mostraram que as mulheres com bebés dificéis se sentem menos preparadas para poder responder às necessidades de cuidado do bebé e que é essa percepção negativa de si próprias que se correlaciona significativamente com a presença de depressão pós-parto, no 2º mês do puerpério.

Também Whiffen (1988) relatou que a depressão pós-parto se relaciona com a percepção que a mãe tem das dificuldades temperamentais do bebé, dado que verificou que as mães que desenvolvem depressão durante o puerpério tendem a descrever os seus bebés como chorando por mais tempo e com mais frequência. Este autor observou ainda que essa percepção era mais frequente nas mães que, durante a gravidez, desenvolviam uma visão excessivamente optimista e expectativas irrealistas a respeito do comportamento bebé, o que as tornaria mais sujeita a desenvolver uma percepção de inadequação nos cuidados e sintomatologia depressiva depois do parto.

Hopkins, Campbell, e Marcus (1987) encontraram que, muito embora a vivência de acontecimentos de vida adversos e a ausência de suporte social consistente, durante a gravidez e o puerpério, não tivesse qualquer relação com a presença de depressão pós-parto, o mesmo não se verifica com as circunstâncias relativas ao bebé, nomeadamente, o seu estado de saúde neo-natal e o seu temperamento, variáveis que se mostraram em relação com a depressão pós-parto. Tal como o assinalamos no capítulo referente à interacção mãe-bebé, as mães de bebés com dificuldades temperamentais — ou seja, as mães de bebés que se irritam com facilidade e se apaziguam com dificuldade — apresentam uma diminuição do envolvimento maternal e uma interacção menos efectiva com o bebé. Nesse sentido, os autores deste estudo consideraram que seria importante avaliar se os bebés que apresentam problemas médicos à nascença e que são dificéis de cuidar, são uma fonte de dificuldade para a mulher durante o puerpério, o que poderia contribuir para o aparecimento de sintomatologia depressiva.

Num estudo empírico conduzido sobre 25 mulheres primíparas com depressão pós-parto e 24 mulheres primíparas sem perturbação psiquiátrica

assinalável, estes autores avaliaram a contribuição das complicações médicas neo-natais, identificadas através dos registos médicos, e do índice de dificuldades temperamentais do bebé, considerados *stressores* psicosssociais, sobre o desenvolvimento da depressão pós-parto na 6a. semana do puerpério. Os resultados obtidos indicam que os bebés das mulheres que estão deprimidas após o parto, exibem um maior número de complicações neo-natais e são portanto menos saudáveis do ponto de vista médico, do que os bebés das mulheres que não desenvolveram tal perturbação. Indicam ainda que os bebés das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto são descritos como mais dificéis de cuidar — por serem mais imprevisíveis, mais dificilmente adaptáveis e mais susceptíveis de se mostrar zangados e aborrecidos, mas não socialmente menos responsivos — do que os bebés das mulheres que não desenvolvem depressão pós-parto. Para além do mais, estes autores encontraram que as complicações neo-natais, avaliadas a partir dos registos médicos, e as dificuldades do bebé, tal como são percebidas pelas mães, contribuem de forma independente para a depressão pós-parto, o que indicaria que a relação encontrada não é meramente o reflexo do estado de humor da mãe. No entanto, para os autores deste estudo, estes resultados requerem uma replicação numa amostra com um maior número de puérperas.

A interpretação dos resultados relativos à relação sugerida, entre temperamento do bebé e depressão pós-parto, é muitas vezes problemáticas, quando os registos do temperamento do bebé se baseiam nos relatos elaborados pela mãe, isto porque nesse caso é muitas vezes difícil decidir se é o humor da mãe que influencia o relato que ela faz das dificuldades temperamentais do bebé ou se são as dificuldades temperamentais do bebé que propiciam ao desenvolvimento de depressão pós-parto.

Hopkins, Campbell, e Marcus (1987) sugerem que a relação entre tais variáveis pode ser transactiva, ou seja, estabelecer-se uma determinação mútua entre elas, concluindo que os factores e dificuldades relativas ao bebé são circunstâncias adversas a considerar quando se estimam os factores que podem determinar o aparecimento de depressão pós-parto. Este achado tem significativa importância, particularmente no que se refere à intervenção junto da depressão pós-parto, dado que sugere a necessidade de ter em conta uma acção que interrompa este ciclo de eventos negativos.

As mães que se encontram deprimidas após o parto apresentam auto-percepções menos positivas relativamente à sua imagem enquanto mãe (Bromet & Cornely, 1984). Para além do mais, a sintomatologia e diagnóstico de depressão parece relacionar-se concomitantemente com as percepções que a mãe tem das dificuldades de comportamento do bebé, tal como é encontrado no estudo

prospectivo de Hapgood, Elkind, e Wright (1988), levado a efeito sobre 66 mulheres avaliadas desde a gravidez até ao puerpério, assim como no de Gaff, Dyck e Schallow (1991).

Mais recentemente, também O'Hara, Schlechte, Lewis, e Wright (1991) verificaram que a presença de problemas relativos ao cuidar do bebé — em função das dificuldades temperamentais ou dos problemas de saúde do bebé — se relaciona com os níveis de sintomatologia depressiva materna assim como com a presença de depressão pós-parto, diagnosticada a partir de critérios estandardizados na 9a. semana do puerpério, replicando resultados anteriormente obtidos (O'Hara et al., 1984). Trata--se de um estudo já descrito sobre uma amostra de 189 mulheres, avaliadas durante a gravidez e puerpério.

Numa investigação conduzida sobre 53 mães com idades compreendidas entre os 16 e os 43 anos, Bennett e Slade (1991) encontraram que as mães cujos bebés nasceram em risco neo-natal apresentam níveis mais elevados de mal-estar emocional e de sintomas depressivos, mais preocupações a respeito delas próprias e do bebé, mais dificuldades em experienciar afeição para com o bebé e maior insatisfação com o suporte social.

Genaro (1988), num estudo em que comparou 41 mães de bebés de termo e 41 mães de bebés prematuros, emparelhadas no que se refere à paridade, tipo de parto, idade e raça, encontrou que as mães de bebé prematuros se mostram significativamente mais ansiosas e deprimidas do que as mães de bebés de termo, durante a primeira semana do pós-parto, mas que essa diferença não persistiu ao longo do tempo. Também outros autores, por exemplo Kumar e Robson (1984) e Campbell, Cohn, Flanagan, Poppy, e Meyers (1992) estabeleceram uma relação entre depressão pós-parto e prematuridade.

Muito embora grande parte dos estudos que se referem aos efeitos do temperamento do bebé na depressão pós-parto resultem de investigações baseadas em questionários que são dirigidos às mães, pelo que se deve ter em conta os efeitos do estado de saúde mental da mãe sobre as suas próprias percepções do comportamento do bebé, a verdade é que quando observadores independentes fazem o registo do comportamento do bebé — por exemplo, da frequência e duração do choro, no trabalho de Cutrona e Troutman (1986) — esse efeito é ainda encontrado. Para além do mais, estes mesmos autores encontraram uma correlação positiva e significativa entre as medidas do temperamento do bebé recolhidas pela mãe, através de um questionário, e por um observador que fez um registo diário da

duração e frequência do choro do bebé, o que sugere que as avaliações feitas pela mãe são uma fonte bastante exacta das reais dificuldades temperamentais do bebé.

Deste modo podemos concluir, com base nos estudos apresentados ao longo desta secção, que as dificuldades relacionais da mãe na interacção e cuidado do bebé — devidas ao comportamento do bebé, em função da prematuridade, de um temperamento difícil ou de problemas de saúde — tornam a mulher mais susceptível à depressão pós-parto. A influência dessas circunstâncias externas sobre o humor da puérpera parece operar quer directamente, quer pela mediação de variáveis sócio-cognitivas — como seja a percepção materna de auto-eficácia (Cutrona & Troutman, 1986) — sendo que algumas circunstância podem amortecer o efeito descrito, tal como a presença de apoio social.

4.3. Factores sócio-culturais na etiologia da depressão pós-parto

A maternidade desenvolve-se num contexto que é mais vasto do que a família da mulher, pelo que as circunstâncias que se referem às condições sociais, económicas e culturais na qual a maternidade se inscreve, devem ser tomadas em conta, quando se considera os factores etiológicos da depressão pós-parto.

No que se refere às circunstâncias culturais, os autores salientam que alguns aspectos relativos ao contexto das sociedades ocidentais actuais — como seja, a menor oportunidade de treinar as competências referentes à maternidade, a falta de rituais de passagens e a menor importância conferida aos valores relativos à família e maternidade, nomeadamente em função das necessidades profissionais que se impõe à mulher — são susceptíveis de dificultar a adaptação psicológica da mulher durante o puerpério (e.g., Brazelton, 1992; Cox, 1996; Krauss & Redman, 1987).

4.3.1. Estatuto matrimonial

As evidências empíricas que se referem a uma possível relação entre o estatuto matrimonial da mulher e a depressão pós-parto são bastantes equívocas e alguns autores não encontraram qualquer relação significativa entre estas duas variáveis (e.g., Paykel et al., 1980; Pitt, 1968).

No entanto, ainda recentemente, O'Hara (1980) verificou que as mulheres divorciadas estavam mais sujeitas a desenvolver depressão a seguir ao parto do que as mulheres casadas.

Pfost, Stevens, e Lum (1990) também evidenciaram que as mulheres não-casadas apresentam com mais frequência do que as mulheres casadas sintomatologia depressiva durante o puerpério.

Hall, Williams, e Greenberg (1985) observaram ainda que, em meios sociais desfavorecidos, as mulheres que não estão casadas apresentam significativamente um maior número de problemas depressivos durante o puerpério.

Apesar disso, outros estudos não encontraram evidências empíricas de que o estatuto matrimonial da mulher pudesse interferir significativamente no aparecimento de depressão após o parto.

Com efeito, Pitt (1968) não encontrou qualquer relação entre o estatuto matrimonial e a depressão pós-parto. Ainda recentemente, num estudo levado a cabo por Greene, Nugent, Wieczorek-Deering, Mahony, e Graham (1991), verificou-se que as mães solteiras, quando avaliadas através da escala para a depressão CESD, exibem, na 3ª semana e no 18º mês do pós-parto, valores de depressão semelhantes às mães casadas. O mesmo resultado foi obtido por Murray, Cox, Chapmam, e Jones (1995), que também observaram que o estatuto matrimonial não se associava de nenhum modo com a depressão pós-parto, num estudo desenvolvido sobre 243 mulheres puérperas escocesas. Para além disso, no estudo que Cox (1983) realizou no Uganda, também não se verificou que o estatuto matrimonial estivesse de algum modo relacionado com a probabilidade da mulher desenvolver depressão a seguir ao parto.

Também o número de anos de casamento não se relaciona de modo algum com a probabilidade da mulher se deprimir depois do parto, como o verificam, entre outros, Cutrona e Troutman (1986) numa amostra de mulheres casadas.

4.3.2. Nível educativo e ocupacional

Replicando os resultados de O'Hara, Neunaber, e Zekoski (1984) que verificaram que quanto mais elevado é o nível educacional menos provável é a depressão pós-parto, ainda recentemente, numa extensa amostra de mulheres casadas, primíparas e de classe média (N=1033), Campbell e Cohn (1991) encontraram um menor número de mulheres clinicamente deprimidas, no grupo das mulheres com um nível educacional mais elevado e/ou cujos maridos tinham um nível ocupacional mais elevado. Na interpretação dos resultados dada pelos autores, a mulher com um nível educacional mais elevado estaria mais preparada para as novas exigências e pedidos relativos ao papel de mãe e os maridos com um nível ocupacional mais elevado, poderiam estar mais sensíveis à necessidade de prestar apoio às esposas.

No entanto, replicando os resultados anteriores obtidos nos EUA por O'Hara, Rehmn, e Campbell (1982) e na Inglaterra por Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984), Cutrona e Troutman (1986), numa amostra de mulheres casadas de classe média, não encontrou que o nível educacional da mulher se relacionasse de algum modo com uma maior ou menor probabilidade da mulher se deprimir após o parto. Também Gotlib, Wiffen, Mount, Milne, e Cordy (1989 e 1991) num estudo desenvolvido sobre uma extensa amostra de 730 mulheres com características sócio-demográficas muito heterogéneas, seguidas durante a gravidez e o puerpério, não encontraram que o número de anos de escolaridade distinguisse de algum modo as puérperas que desenvolviam ou não depressão após o parto. O mesmo foi encontrado num estudo levado a cabo no nosso país (Areias, 1994).

4.3.3. Nível sócio-económico

Brown e Harris (1978) foram os primeiros a evidenciar a importância dos factores sócio-económicos, como aspecto a considerar na etiologia da depressão pós-parto. Num estudo que realizaram na comunidade, estes autores verificaram que os valores mais elevados de depressão pós-parto se encontravam junto de mulheres que viviam em condições sócio-económicas mais desfavorecidas e reportaram que o número de mulheres das classes mais desfavorecidas que estão deprimidas após o parto é 8 vezes maior ao número de mulheres que encontramos na classe média. Estas mulheres estariam mais em risco de desenvolver depressão pós-parto: classe social baixa, criança pequena em casa, desemprego, relação pobre com o marido e perda da mãe antes da idade dos 11 anos, seriam os factores que se associariam com a depressão pós-parto, para os autores citados.

Também Paykel, Emms, e Flechter (1980) verificaram que a maioria das mulheres com depressão pós-parto da sua amostra vivia em circunstâncias precárias e mais recentemente Stein, Cooper, Campbell, Day, e Altham (1989) encontraram uma associação positiva e significativa entre depressão pós-parto e dificuldades de origem económica. Hall, Williams, e Greenberg (1985) relataram que as mulheres que vivem em meios sociais desfavorecidos têm mais problemas quotidianos de tipo financeiro e laboral, pelo que estão mais sujeitas à depressão pós-parto, sobretudo no caso das famílias monoparentais.

Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, e Figueiredo (1996), num estudo conduzido no nosso país, verificaram que os únicos factores de risco que contribuem para o aumento dos valores de depressão pós-parto, numa amostra de mulheres pertencentes a diferentes classes sociais (N= 118) são a presença de um número mais elevado de filhos e o baixo nível sócio-económico.

No entanto, Kumar e Robson (1984), bem como Areias (1994), não encontraram que a depressão pós-parto fosse mais frequente entre as mulheres das classes mais baixas da sua amostra e estes resultados replicam os resultados obtidos por Pitt (1968), Nillson e Almgreen (1970), Cox, Connor, e Kendell (1982), Watson, Elliot, Rugg, e Brough (1984) e O'Hara, Rehmn, e Campbell (1982) sugerindo que a classe social da mulher não é um factor determinante no aparecimento da depressão pós-parto.

4.3.4. Circunstâncias culturais

Shimizu e Kaplan (1987) encontraram que muito embora os factores que se associavam à depressão pós-parto fossem diferentes entre as mulheres japonesas e as americanas, este distúrbio acontecia em ambos os países. Com efeito, como referimos no início deste capítulo, os estudos relativos à incidência de depressão pós-parto, desenvolvidos em diferentes países, não reportam que o tipo de contexto cultural em que a maternidade se desenvolve interfira significativamente na maior ou menor probabilidade da mulher se deprimir depois do parto.

É assim que podemos assinalar uma considerável convergência nos resultados relativos à prevalência da depressão pós-parto, em países com características sócio-culturais tão diversas como a Inglaterra, o Uganda, a África do Sul, a Finlândia, os EUA ou o Canadá. Aparentemente, tal constitui uma indicação de que este fenómeno tem uma inscrição universal e que a sua ocorrência, o que não quer dizer as características da sua ocorrência, é relativamente independente do contexto cultural.

A importância das bruscas alterações hormonais relativas ao parto e amamentação no aparecimento da depressão pós-parto não é claramente encontrada, dado que muito embora tenha sido assinalada por diversos autores (e.g., Alder & Bancroft, 1988; Alder & Cox, 1983; Dalton, 1980; Hamilton, 1987; John et al., 1989; Nott et al., 1976; Susman & Katz, 1988), não foi recentemente verificada por outros (e.g., Cooper et al., 1993; O'Hara et al., 1991). Como o assinala Areias (1994), a investigação neste domínio tem-se confrontado com limitações metodológicas importantes e à insuficiente extensão das amostras consideradas associa-se a complexa metodologia que esses estudos envolvem, nomeadamente, a necessidade de medições diárias dos níveis hormonais.

Os factores biológicos podem traduzir-se numa maior vulnerabilidade da mulher para reagir às variações hormonais — tal como se conclui do facto de se

encontrar junto das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto um significativo número que experienciam tensão pré-menstrual (Dalton, 1971; Dennerstein et al., 1988; Nott et al., 1976; O'Hara et al. 1991; Pitt, 1968, 1973) — mas não parecem ser suficientes para poder explicar todos os casos de depressão pós-parto, bem como não são susceptíveis de explicar o aparecimento deste distúrbio em homens e em mães que adoptam bebés (Atkinson & Rickel, 1984; Chalmers & Chalmers, 1986; Drake et al.., 1988; Grueen, 1990; Harvey & Mc Garth, 1988; Quadagno et al.,1986; Van Putten & La Wall, 1981).

Como sugerem Kraus e Redman (1986), as mudanças biológicas verificam-se e a sua importância na etiologia da depressão pós-parto é referida por alguns estudos empíricos, mas a questão importante refere-se ao modo como a puérpera compreende e lida com essas mudanças e esse parece ser o factor determinante.

As complicações médicas ocasionadas durante a gravidez podem favorecer o desenvolvimento de depressão a seguir ao parto (e.g., Campbell & Cohn, 1991; Pfost et al., 1990 b), mas esse dado não se verifica em todos os estudos que se debruçaram sobre esta questão (e.g., Jinadu & Daramola, 1990). Também a vivência de partos complicados (Ballinger, 1982; Hannah, Adams, Lee, Glover, & Sandler, 1992; Moleman et al., 1992; Paykel et al., 1980; Pitt, 1968; Stein et al., 1989), bem como as complicações neo-natais relativas ao bebé, tal como é assinalado no estudo de Hopkins, Campbell, e Marcus (1987), mas não no estudo de Campbell e Cohn (1991), são factores a considerar na etiologia deste distúrbio psicopatológico do puerpério.

Podemos supor que as complicações médicas durante a gravidez e parto acontecem na presença de factores e circunstâncias psicológicas e sociais, que traduzem o mal-estar psicológico ou social da mulher durante a gravidez e, desse modo, antecipam e preconizam o mal-estar e possível desajustamento após o parto. Podemos também supor que tais complicações contribuem directamente para preocupações excessivas e sentimentos de tristeza e descontentamento que se consolidam após o parto no desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Em qualquer um destes casos, parece claro que uma gravidez e parto sem complicações são circunstâncias que, embora não garantam, favorecem a adaptação física e psicológica da mulher ao puerpério (e.g., Alpert et al., 1993; Russell, 1974).

Igualmente as mulheres primíparas parecem estar menos preparadas do que as multíparas para realizar o trabalho psicológico relativo à adaptação biopsicosocial implicada pelas modificações associadas ao nascimento de um bebé, como o assinalam um elevado número de estudos que encontram que, com significativa frequência, as mulheres que desenvolvem depressão pós-parto são primíparas (e.g., Bridge et al., 1985; Kumar & Robson, 1978), embora a relativa

independência entre estas variáveis tenha também sido encontrada (e.g., O'Hara et al., 1991), e o mesmo parece acontecer relativamente às puérperas ou muito novas ou de idade já bastante avançada que parecem mais em risco de desenvolver depressão pós-parto (e.g., Paykel et al., 1980; Kumar & Robson, 1978).

Muito embora não exista um claro consenso quanto aos factores etiológicos que predispõem a puérpera a desenvolver depressão pós-parto, os factores que têm permitido um maior consenso entre os investigadores são, sem dúvida, os factores psicosociais.

A presença de antecedentes familiares com distúrbio de humor, tal como é assinalado em alguns estudos (e.g., Campbell et al., 1992; Nillson & Almgren, 1970; O'Hara et al., 1991; Paykel et al., 1980; Prothero, 1981; Susman & Katz, 1988), embora não em todos (e.g., Kumar & Robson, 1978; Pitt, 1968), poderia predispor a puérpera a desenvolver depressão pós-parto, assim como a pode predispor o facto de ela já ter vivenciado anteriormente algum distúrbio psicopatológico.

Tratar-se-ía de uma vulnerabilidade inscrita na própria puérpera, que pouco teria a ver com as circunstâncias efectivas nas quais a maternidade decorre.

Relativamente à história psiquiátrica prévia, o acordo que pode ser encontrado entre os investigadores sobre a importância desta circunstância é maior do que aquele que é conseguido para os antecedentes psiquiátricos.

A maior parte dos autores assinala que as mulheres que vivenciaram algum distúrbio de humor em momentos anteriores da sua existência estão mais em risco de desenvolver depressão pós-parto (e.g., Appleby et al., 1994; Areias et al., 1996; Ballinger, et al., 1989; Campbell et al., 1992; Carothers & Murray, 1990; Cox et al., 1982; O'Hara et al., 1984, 1991; Paykel et al., 1980; Watson et al., 1984; Wolkind & Zajicek, 1981). Particularmente no caso do referido distúrbio ter ocorrido durante a gravidez (e.g., Bellew & Hills, 1991; Bridge et al., 1985; Cutrona, 1983; Gotlib et al., 1991; Hapgood et al., 1988; Hayworth et al., 1980; Nillson & Almgreen, 1970; O'Hara et al., 1982, 1984; Playfair & Growers, 1981) ou no caso de acontecer durante os primeiros dias após o parto (e.g., Cox et al., 1982; Handley et al., 1980; Hannah, Adams, Lee, Glover, & Sandler, 1992; Kalid, 1989; Kendell et al., 1984; Paykel et al., 1980; Pitt, 1968). Isto acontece porque o puerpério é uma altura de grande fragilidade para a mulher, designadamente no que se refere à sua auto-estima.

No entanto, a importância atribuível à experiência prévia de distúrbio psicopatológico no desenvolvimento de depressão pós-parto parece ser bastante menor, relativamente ao que acontece com a psicose puerperal (e.g., Marks et al., 1991), e, não nos devemos esquecer que a depressão pós-parto pode desenvolver-se

em mulheres que nunca experienciaram anteriormente qualquer distúrbio de índole psicopatológico (e.g., Kumar & Robson, 1984; Hopkins et al., 1984).

Ainda a propósito da etiologia da depressão pós-parto, a qualidade da relação e do ajustamento matrimonial, avaliada desde a gravidez — satisfação matrimonial, intimidade conjugal, conflitos conjugais, etc. (e.g., Boyce, Hickie & Parker, 1991; Cox et al., 1982; Gottlib et al., 1991; Graff, Dyck & Schallow, 1991; Hapgood, Elkind & Wright, 1988; Kumar & Robson, 1984; Murray, 1992; Nillson & Almgreen, 1979; O'Hara, 1986; O'Hara et al., 1990; O'Hara, Hoffman, Philips & Wright, 1992; Paykel et al., 1980; Pitt, 1968; Robson, Olmsted & Garner, 1989; Stein et al., 1989 a); Schweitzer, 1992; Watson et al., 1984), bem como o apoio social providenciado por pessoas significativas, particularmente pelo marido (e.g., Campbell et al., 1992; Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Cutrona, 1984; Cutrona, 1989; Cutrona & Troutman, 1986; Demyttenaere, Lenaerts, Nijs & Van-Assche, 1995; Gotlib et al., 1991; Leadbeater & Linares, 1990; O'Hara et al., 1983; O'Hara, 1986; Paykel et al., 1980), têm sido consistentemente relacionados com a depressão pós-parto.

Mais recentemente, a importância da relação da mãe com o bebé tem vindo também a ser considerada nos estudos etiológicos sobre a depressão pós-parto. Circunstâncias negativas relativas ao bebé — como, por exemplo, prematuridade e problemas neo-natais de saúde (Genaro, 1988; Kumar & Robson, 1984; Campbell et al., 1992), temperamento difícil ou comportamento negativo (e.g., Campbell et al., 1992; Cutrona, 1984; Gaff, Dyck & Schallow, 1991; Hopkins, Campbell, & Marcus, 1987; O'Hara et al., 1984; O'Hara et al., 1991; Williams & Carmichel, 1985) — têm sido referidas em associação com a depressão pós-parto, em consequência das dificuldades no estabelecimento de uma relação emocional positiva entre a mãe e o bebé.

A importância da resposta inicial da mãe ao bebé no seu ajustamento psicológico posterior durante o puerpério tem sido apontada e a qualidade da ligação da mãe ao bebé relacionada com a depressão após o parto (Murray, 1990; Robson & Kumar, 1984).

A depressão pós-parto relaciona-se de modo significativo, como o evidenciam os estudos apresentados, com as circunstâncias de vida da mulher que têm um carácter permanente, como seja, as dificuldades económicas (e.g., Augusto et al. 1996; Brown & Harris, 1978; Paykel et al., 1980; Stein et al., 1989). Na maior parte dos estudos em que não se verifica esta associação, isso pode dever-se ao facto de estudarem amostras muito homogéneas, no que respeita aos factores em causa, como acontece quando apenas se integram nas amostras mulheres de classe média.

Dado que sabemos que certas variáveis demográficas aumentam o risco da ocorrência de dificuldades de ordem psicológica no ajustamento ao puerpério e dado que essas variáveis são relativamente fáceis de identificar, alguns esforços

poderiam ser feitos no sentido de minimizar o seu impacto. Davidson e Robertson (1985), por exemplo, consideram que já sabemos hoje o suficiente a respeito dos factores de risco para a depressão pós-parto para encetar medidas preventivas a esse propósito.

Tem-se insistido que as perturbações do puerpério não são um fenómeno culturalmente determinado, dado que a maior parte das investigações realizadas em países com sistemas culturais bem diversos indica a presença de depressão pós-parto, tanto na Escócia como na África Ocidental, por exemplo no estudo de Cox (1983).

A maior importância verificada a respeito das variáveis sócio-económicas e culturais sobre o desenvolvimento da depressão pós-parto, contrariamente ao que acontece com a psicose puerperal em que essa relação não é tão encontrada (Martin et al., 1989), aponta para que a etiologia deste distúrbio possa estar menos dependente dos factores biológicos do que dos factores relativos ao ambiente em que a puérpera se insere.

Na opinião de alguns, os factores que podem determinar o desenvolvimento de depressão em puérperas e não-puérperas são bastante semelhantes (e.g., O'Hara et al., 1991). Embora não sejam os únicos, os factores que se relacionam com a depressão em geral ganham relevância particular durante o puerpério, em função das mudanças e dos ajustamentos necessários a operar com a maternidade.

Os estudos empíricos, realizados em diferentes países, indicam que a depressão pós-parto aumenta na sua probabilidade de ocorrer, à medida que se acumulam, em termos de intensidade ou de número, os factores ou circunstâncias de vida adversas da puérpera. Com efeito, mais recentemente, os autores têm vindo a defender a ideia da necessidade de se considerar não um mas um vasto conjunto de factores de risco, dado que a depressão pós-parto seria atribuível não a uma condição só, mas sim ao acumular de factores de risco (e.g., Affonso et al., 1991; Cooper et al., 1991; Séguin & Cossette, 1991).

Por outro, a presença de um dado factor de risco pode agravar a probabilidade da mulher desenvolver depressão pós-parto na presença de um outro factor de risco específico — assim, a vivência de acontecimentos de vida negativos aumenta o risco de depressão pós-parto associado à história prévia de depressão (e.g., Areias et al., 1996). Muito embora a presença de um outro factor de protecção possa, por sua vez, diminuir a probabilidade da mãe desenvolver depressão pós-parto na presença de um factor de risco determinado — é o que acontece com o efeito adverso do temperamento do bebé que não se verificará no caso da mãe possuir uma boa rede de apoio social (e.g., Troutman & Cutrona, 1986)

5. Depressão Pós-parto e restantes Distúrbios Psicopatológicos do Puerpério

Neste ponto procuraremos situar a depressão pós-parto no quadro das outras perturbações do puerpério. Primeiro, relativamente ao *blues* pós-parto e, depois, relativamente à psicose puerperal, apresentamos os dados teóricos e empíricos existentes quanto à incidência, prevalência e recorrência, bem como acerca das características clínicas, sintomatologia, etiologia e tratamento destes distúrbios.

5.1. Depressão pós-parto e *blues* pós-parto

O *blues* pós-parto é uma forma moderada da perturbação do humor que é encontrada em estreita relação temporal com o parto.

O *blues* pós-parto pode usualmente ser observado durante a primeira semana do puerpério, entre o 3º ou 4º dia do pós-parto, dura um ou dois dias — só em 4% dos sujeitos o desajuste emocional tem uma duração superior a 3 dias (Pitt, 1973) — e os seus sintomas típicos incluem disforia, labilidade de humor, choro, ansiedade, insónia, baixa ou perda de apetite e irritabilidade (Hardley, Dunn, Waldron & Baker, 1980; Pitt, 1973).

Com efeito, cerca de 3 ou 4 dias depois do nascimento do bebé, certas mulheres começam a chorar sem razão aparente; o choro pode ser intenso e prolongado e pode, por vezes, mas nem sempre, estar associado a humor depressivo (Coppen, Stein & Wood, 1978).

Por exemplo, numa investigação conduzida por York (1990) sobre uma amostra de 59 mulheres primíparas, verificou-se um aumento de sintomatologia depressiva, entre o 1º e o 3º dia do pós-parto, manutenção entre o 3º e o 7º dia do puerpério e diminuição da mesma a partir dessa data.

Yalom, Lunde, Moos, e Hamburg (1968) observaram que a mulher tem com muita frequência acessos de choro nos dez dias que se seguem ao parto. Pitt (1973) observou que, nos dias que se seguem ao parto, as mulheres com *blues* pós-parto sentem-se mal fisicamente e têm sérias dificuldades em dar de mamar ao bebé. Este autor encontrou que 84% dessas mulheres estão capazes de explicar o seu mal-estar e referem elevada preocupação com o bebé. Avaliadas na primeira semana do pós-parto através de questionários e entrevistas psiquiátricas, as puérperas referem sintomas cuja severidade raramente atinge a encontrada na desordem depressiva

major, sendo o quadro clínico dominado pela ansiedade e irritabilidade (Lanczik, Spingler, Heidrich, Becker et al., 1992). Muitas vezes, essas mulheres já se encontravam deprimidas desde as últimas semanas de gravidez (Nott et al., 1976).

A prevalência de *blues* pós-parto é bastante elevada sendo estimada em cerca de 50 a 70 % das mulheres durante o puerpério (Yalom, Lunde, Moos & Hamburg, 1968). No entanto, os valores variam muito consoante os estudos e os critérios utilizados (O'Hara et al., 1990).

A experiência de *blues* pós-parto pode ser desagradável para a mulher, no entanto, há poucas evidências empíricas de que possa ter efeitos negativos a longo prazo quer para a puérpera, quer para o bebé (O'Hara, 1987). O *blues* pós-parto pode assim ser entendido como uma consequência específica do parto, reflectindo presumivelmente as consideráveis alterações hormonais que ocorrem nessa altura (Stein, 1982).

O *blues* pós-parto tem sido considerado por alguns como uma consequência específica do parto, reflectindo os grandes reajustes hormonais que acontecem nessa altura. A importância dos factores hormonais na etiologia desta perturbação foi relacionada particularmente com a baixa de estrogénio e é assinalada por diversos autores, designadamente Appleby (1990). Gelder (1978), por sua vez, considera que a hipótese mais plausível para explicar o *blues* pós-parto se deve à queda de progesterona; no entanto, não foi capaz de demonstrar que as mulheres com mais sintomas de desordem afectiva no início do puerpério experimentam uma baixa de progesterona mais significativa do que as mulheres com menos sintomas.

Ainda recentemente, Ehlert, Patalla, Kirschbaum, Piedmont et al. (1990) investigaram uma possível relação, durante os primeiros 5 dias após o parto, entre os níveis salivares de cortisol, recolhidos numa amostra de 70 mulheres que tinham tido um bebé saudável, e um conjunto de variáveis psicológicas. Encontraram que os sintomas de *blues* pós-parto ocorriam em mulheres que reportavam altos níveis de ansiedade-traço, estratégias de *coping* passivas, insatisfação conjugal e dificuldades de aceitação do seu papel enquanto mãe. Essas mulheres exibiram níveis matinais mais elevados de cortisol nos dias em que os sintomas de *blues* pós-parto se manifestaram, contrariamente ao que aconteceu com as mulheres que não experienciaram *blues* pós-parto.

Também Best, Wiley, Stump, Elliot, e Cowen (1988) num estudo realizado sobre uma amostra de 108 mulheres avaliadas durante a gravidez (36a. semana) e o puerpério (10° e 20° dia, 3° e 6° mês), encontraram nos 59 sujeitos que desenvolveram *blues* pós-parto um número significativamente maior de plaquetas AADS no 10° e 20° dia do pós-parto, pelo que concluiram que as mulheres que desenvolveram *blues* pós-parto podem ter uma sensibilidade anormal ao AAD, associada com sintomas

psicológicos, quando acontecem mudanças na concentração dos esteróides sexuais.

Stein, Milton, Bebbington, Wood, e Coppen (1976) encontraram baixos níveis de *tryptophan* livre no plasma das mulheres com *blues* pós-parto. Coppen, Stein, e Wood (1978) relataram que, num estudo levado a cabo sobre 18 puérperas, os níveis de *tryptophan* presentes no plasma ao 6° dia do pós-parto se associam diariamente com o estado de humor da mulher, desde o parto até ao 10° dia do pós-parto. Estes autores encontraram que as pacientes que estavam mais gravemente deprimidos (humor deprimido, lágrimas, ansiedade, perda do apetite e insónia) apresentavam concentrações de *tryptophan* no plasma mais baixos, com valores similares ao que encontramos no distúrbio depressivo, concluindo que "*é possível que as flutuações hormonais induzidas pela gravidez e parto nas concentrações de triptofan no plasma possam ser responsáveis pelas perturbações psiquiátricas associadas com o período pós-parto*" (Coppen et al., 1978, p. 33).

No entanto, a relação, entre valores hormonais e *blues* pós-parto, não é encontrada noutros estudos. Nott, Francklin, Armitage, e Gelder (1976), por exemplo, procuraram identificar qual o efeito principalmente da progesterona e do estrogénio no *blues* pós-parto. Para tal, retiraram uma amostragem de sangue, 3 vezes antes do parto e 16 vezes depois do mesmo, mas não encontraram diferenças significativas nos valores de progesterona, estrogénio, LH, FSH e prolactina, entre o grupo de puérperas que tiveram e o grupo de puérperas que não tiveram *blues* pós-parto. Mesmo quando analisaram 3 sintomas particulares — labilidade emocional, insónia e irritabilidade — nenhuma correlação teve qualquer significado estatístico.

Também O'Hara, Schechte, Lewis, e Wright (1992) procuraram avaliar a importância relativa de um conjunto de factores etiológicos no aparecimento do *blues* pós-parto, numa investigação levada a cabo sobre 182 puérperas. Encontraram que as mulheres com sintomatologia depressiva durante a gravidez, tensão pré-menstrual, ocorrência de pelo menos um episódio depressivo na sua história e presença de um parente em primeiro grau com depressão, estavam mais em risco de desenvolver *blues* pós-parto. No entanto, verificaram pouco suporte empírico para fundamentar a hipótese da importância dos factores hormonais, tais como o nível de estrogénio, na etiologia do *blues* pós-parto. Também verificaram que as mulheres que desenvolveram *bues* pós-parto exibem um menor ajustamento social durante o 2° trimestre do puerpério.

No entanto, os estudos mostram também que esta perturbação é mais comum em mulheres primíparas e em mulheres que referiram tensão pré-menstrual (Yalom et al., 1968; Nott et al., 1976). Com efeito, Nott, Francklin, Armitage, e Gelder (1976) e Yalom, Lunde, Moos, e Hamburg (1968) encontraram que o *blues* pós-parto é

mais frequente em mulheres primíparas, no entanto Pitt (1973) não confirmou esse resultado.

O *blues* pós-parto não parece ser alvo de grandes influências culturais, dado que os estudos realizados em diferentes países encontram, relativamente a este distúrbio, valores de incidência bastante semelhantes. Por exemplo, Kalid (1989) junto de 202 mulheres paquistanesas, avaliadas no 2º dia do pós-parto, encontrou que 68% delas apresentavam *blues* pós-parto.

Também as circunstâncias que se referem ao parto não parecem interferir de forma significativa no aparecimento de *blues* pós-parto. Com efeito, num estudo levado a cabo por Waldenstrom (1987) sobre um conjunto de puérperas que foram sujeitas a diferentes condições de parto, permanecendo 2-4 dias na maternidade e recebendo depois apoio domiciliário (grupo experimental), em vez da rotina habitual que consiste em Inglaterra, na permanência de 6 dias no hospital (grupo de controlo), verificou-se que grande parte dessas puérperas (70%) reportavam choro durante a primeira semana e apresentavam cansaço físico durante os primeiros 2-4 dias do puerpério, tanto quanto as puérperas do grupo de controlo, embora estas referissem tais características mais tardiamente.

Ainda com a finalidade de avaliar os factores associados com o *blues* pós-parto, Iles, Gath, e Kennerly (1989) conduziram um estudo sobre 112 mulheres, com idades entre os 16 e os 41 anos, avaliadas entre a 14ª e a 16ª e entre a 36ª e a 38ª semana de gravidez, e até à 12ª semana do pós-parto. Estes autores verificaram que as mulheres que experienciavam *blues* pós-parto durante os primeiros 10 dias do puerpério, avaliadas através do questionário de Kennerly (*Maternity blues Questionnaire*, MBQ), dia à dia, tinham exibido, durante a gravidez, a presença de altos valores de neuroticismo, ansiedade, humor depressivo e medo do parto, bem como pobre ajustamento social e tensão pré-menstrual. No entanto, os factores obstétricos e a história prévia de desordem psiquiátrica, antes da gravidez, não se mostraram determinantes para o aparecimento de *blues* pós-parto, nesta amostra.

No que se refere às consequências do *blues* pós-parto, diga-se que, muito embora a experiência de tal circunstancia possa ser um acontecimento desagradável para a mulher, os investigadores não lhe têm dado grande importância, havendo pouca evidência quanto às consequências negativas a longo prazo da mesma perturbação (O'Hara, 1986), contrariamente ao que se verifica com a depressão pós-parto.

No entanto, algumas evidências empíricas sugerem o efeito negativo do *blues* pós-parto sobre o desenvolvimento da depressão que ocorre mais tardiamente no puerpério, como já o assinalamos anteriormente.

Hannah, Adams, Lee, Glover, e Sandler (1992), por exemplo, encontraram que mais de metade das mulheres que desenvolveram depressão pós-parto, avaliadas na 6ª semana do puerpério, tinham experienciado sintomas semelhantes durante a primeira semana do pós-parto. Já Pitt (1968) tinha verificado que 70% das mulheres que desenvolvem depressão pós-parto experimentaram *blues* pós-parto, o que é um valor muito elevado, quando comparado com os apenas 40% no grupo das mães sem depressão pós-parto. Também Paykel, Emms, e Flechter (1980) encontraram a presença de *blues* pós-parto relativamente severos em 85% das puérperas com depressão pós-parto, enquanto que apenas 31% das puérperas sem depressão pós-parto tinham tido *blues* pós-parto. Mais recentemente, Kalid (1989) observou que as mulheres que experienciam *blues* pós-parto, nos primeiros dias do puerpério, têm mais probabilidades de se encontrarem deprimidas quando avaliadas mais tarde, na 7ª ou 8ª semana do puerpério. O'Hara, Hoffman, Philips e Wright (1992), por sua vez, verificaram que as mulheres que desenvolveram *bues* pós-parto exibem um menor ajustamento social durante o 2º trimestre do puerpério.

Assim sendo, estes estudos apontam para a importância do *blues* pós-parto na etiologia da depressão pós-parto, salientando igualmente a possibilidade de realizar um despiste precoce das mulheres em risco de desenvolver tal sintomatologia.

5.2. Depressão pós-parto e psicose puerperal

As psicoses puerperais foram estudadas desde meados do século XIX (Marcé, 1858), e há fortes evidências de que o risco da mulher ter uma psicose aumenta substancialmente durante os primeiros 3 meses do pós-parto (Kendell, Chalmers e Platz, 1987).

A psicose puerperal é um distúrbio bastante mais severo, mas também mais raro, do que os restantes distúrbios do pós-parto já apresentados. Com efeito, a psicose puerperal tem uma probabilidade de ocorrência situada, na maior parte dos estudos, em 1 a 2 mães por cada 1000 nascimentos (Brockington, Winockur & Dean, 1982; Dean & Kendell, 1981; Herzog & Debe, 1976; Mc Neil, 1986; Paffenberger, 1964). Ainda recentemente a incidência de psicose puerperal foi estimada em 3/1000 nascimentos, num estudo realizado por Shoeb e Hassan (1990) a partir dos registos médicos de 91 mulheres admitidas numa instituição psiquiátrica durante o primeiro ano do pós-parto; no entanto, sugere-se poder tratar-se de uma sub-estimativa, dado que apenas os casos mais severos são conduzidos ao hospital.

Trata-se de um distúrbio que não é apenas característico da mulher, pois mais recentemente alguns autores reportam a presença de distúrbios psicóticos no homem, fenomenológica e temporalmente associados com o nascimento do bebé (e.g., Shapiro & Nass, 1986).

De começo agudo, durante os primeiros dias do puerpério, a psicose puerperal é geralmente precedida por uma ou duas noites de insónia e caracteriza-se por um estado de confusão aguda, geralmente acompanhado por desordens funcionais, sem que se identifique um factor tóxico definido. Com efeito, a maior parte dos estudos encontra que a psicose puerperal tem geralmente início durante as primeiras 2 semanas do pós-parto, mais precisamente entre o 3º dia e a 3ª semana do puerpério (Brockington, Winockur & Dean, 1982; Dean & Kendell, 1981; Lee, 1982).

Agrawal, Bhatia, e Malik (1990) realizaram um estudo prospectivo sobre 144 casos de psicose puerperal, em mulheres com idades entre os 15 e os 40 anos, e verificaram que a maior parte dessas mulheres desenvolveu a sintomatologia típica do distúrbio durante as primeiras duas semanas do pós-parto. No entanto, algumas das mulheres que desenvolvem psicose puerperal nas semanas que se seguem ao parto, apresentam perturbações do mesmo tipo durante o último trimestre de gravidez (Brockington, Oates & Rose, 1990).

O prognóstico parece ser, para a psicose puerperal, melhor do que o que se verifica em relação à psicose que acontece em outros momentos da vida da mulher (Dean, Williams & Brockington, 1989). No entanto, a probabilidade de recorrência do distúrbio em futuros puerpérios é bastante elevada, verificando-se em cerca de metade dos casos (Dean et al., 1984).

A maior parte das vezes a psicose puerperal foi definida pela ocorrência de sintomatologia psicótica no período imediato ao parto. Marcé (1858) opinava que a psicose puerperal não diferia significativamente da psicose susceptível de ocorrer em outros momentos da vida da mulher.

Assim se conclui que este distúrbio se desenvolve habitualmente na quinzena seguinte ao nascimento do bebé, destacando-se, em termos de sintomas: depressão, agitação, indecisão, falta de concentração, culpabilidade e atitude anormal perante as funções corporais.

Os sintomas que mais frequentemente têm sido associados à psicose puerperal são: confusão, insónia, desorientação, agitação, comportamentos bizarros, ideias de referência e alucinação (e.g., Shapiro & Nass, 1986; Ziporn, 1984). Em certas ocasiões pode acontecer uma falta de interesse e um temor mórbido de que possa acontecer algo de mal. Algumas mulheres sentem-se estranhas, outras sentem-se culpadas porque supostamente não têm sentimentos maternais.

O tema principal da psicose puerperal é a negação ou rejeição por parte da puérpera do seu estatuto de mãe, muitas vezes associado à indiferença ou não aceitação do bebé (Pfost et al., 1990b). São também frequentes os sentimentos de culpa excessiva envolvendo o bebé, exageradas preocupações relativamente à habilidade em cuidar do bebé e receios por não amar o bebé.

Tendo em conta as características clínicas de 104 pacientes admitidas numa unidade mãe-bebé e comparando-as com as puérperas que ficaram doentes após as duas primeiras semanas do pós-parto, Brockington, Schofield, e Knight (1988) verificaram que as pacientes com psicose puerperal exibiram menos fúria, menos emotividade auto-dirigida e mais animação do que as pacientes com depressão pós-parto.

Observam-se oscilações repentinas no quadro dos sintomas, o qual pode adoptar rasgos de várias enfermidades, a puérpera alternando entre momentos de alguma adaptação à realidade e desempenho adequado das tarefas esperadas e momentos de quebra com a realidade e conduta atípica.

Deste modo, tal como o assinalava Marcé (1858), a psicose puerperal parece ter características clínicas bastante semelhantes à psicose que pode ocorrer em outras alturas da vida da mulher (Dean & Kendell, 1981). No entanto, estudos mais recentes têm vindo a debruçar-se sobre as possíveis particularidades clínicas da psicose que acontece no puerpério. Num estudo levado a cabo sobre 42 mulheres, atendidas numa unidade psiquiátrica alemã, Lanckiz, Fritze, e Beckman (1990) observaram que o quadro de sintomas que grande parte das mulheres com psicose puerperal apresenta se assemelha ao que é geralmente encontrado na psicose cicloide, isto é, estados de ansiedade, que alternam abruptamente com estados de embotamento afectivo, delírios de auto-referência, pensamento incoerente, má identificação de pessoas e desorientação espaço-temporal. Em função disso, os autores consideram que a designação de psicose cicloide é a que melhor serve para caracterizar a maior parte das psicoses que acontece durante o puerpério e concluem que a psicose cicloide representa a desordem psicótica típica do puerpério.

Marcé (1858) supôs que a psicose puerperal tinha uma origem orgânica, resultando das alterações biológicas associadas ao parto, particularmente, de uma possível infecção durante o pós-parto. A importância dos factores hormonais na etiologia da psicose puerperal foi assinalada por numerosos autores e ainda recentemente, Bearn, Fairhall, Robinson, Lightman, e Checley (1990) observaram alterações nos receptores centrais de estrogénio nas mulheres que desenvolvem psicose puerperal.

Brockington, Kelly, Hall, e Deaking (1988) reportam o caso de 8 puérperas com psicose puerperal que reconverteram os seus sintomas antes do reaparecimento do primeiro período menstrual e existem outras observações clínicas que suportam a hipótese de etiologia hormonal para a psicose puerperal. Stewart (1988), entre outros, considera esta hipótese e descreve 4 mulheres que têm uma história de psicose puerperal, a quem foi administrado profilaticamente carbonato de lítio e que não tiveram recorrência de psicose puerperal em puerpérios subsequentes. Uma considerável redução de melatonina no plasma durante os primeiros meses do puerpério foi igualmente assinalada como factor a considerar na etiologia da psicose puerperal (Sandik, 1992).

Rahim e Al-Sabie (1991) levaram a efeito um estudo sobre 39 puérperas com psicose puerperal, a fim de comparar os resultados obtidos na Arábia Saudita com os resultados obtidos em mulheres com diagnóstico semelhante admitidas numa unidade de atendimento na Escócia, e assim testar a importância dos factores sócio-culturais na etiologia da psicose puerperal. Os resultados evidenciaram mais semelhanças do que diferenças entre estes 2 grupos de puérperas oriundas de culturas diferentes, e isso, nas diferentes dimensões consideradas. A maior parte dos casos recolhidos era do tipo desordem afectiva e tivera início durante as primeiras semanas do pós-parto. Em ambos os grupos a história psiquiátrica prévia mostrou ser um factor de risco importante. No entanto, existem igualmente diferenças significativas entre os 2 grupos, tais como no que se refere à paridade, à duração da doença antes da admissão no hospital e à presença de distúrbios de mobilidade, atribuíveis a factores sócio-culturais.

No entanto, Cox (1983) não encontrou nenhum caso de esquizofrenia ou psicose orgânica no estudo que realizou sobre uma amostra de 183 mulheres do Uganda, entrevistadas antes e nos primeiros meses depois do parto.

Outros autores puseram em evidência os factores genéticos. Com efeito, a presença de um parente em 1° grau com desordem psiquiátrica foi encontrada em 60% das mulheres que desenvolvem psicose puerperal, no entanto, essa evidência não se refere especificamente à psicose puerperal propriamente dita (Dean et al., 1989). Platz e Kendell (1988), por exemplo, seguiram prospectivamente ao longo de 9 anos, 110 mulheres admitidas numa unidade psiquiátrica nos 90 dias que se seguiram ao parto e o mesmo número de mulheres admitidas no mesmo hospital com o mesmo síndroma psiquiátrico, mas não relacionado com a maternidade. Estes autores observaram que estes dois grupos de mulheres eram bastante semelhantes no respeitante à morbilidade prévia, no entanto, verificaram que as puérperas tinham significativamente mais recaídas durante o período considerado, o que sugere que a psicose puerperal é igual às outras psicoses afectivas, à excepção de que as

mulheres que desenvolvem episódios puerperais teriam uma maior predisposição genética à doença afectiva do que a generalidade das mulheres com desordem afectiva.

Algumas características psicológicas ante-natais parecem predispor a mulher ao desenvolvimento de psicose puerperal, nomeadamente a ocorrência de problemas psicológicos durante a gravidez. Mc Neil (1988), por exemplo, seguiu prospectivamente, durante os primeiros 6 meses do pós-parto, cerca de 88 mulheres com história prévia de psicose não-orgânica, a fim de estudar as características clínicas dos distúrbios psicopatológicos durante a maternidade. Este autor verificou que os sujeitos que desenvolveram psicose puerperal nas primeiras 3 semanas do pós-parto tinham vivenciado durante a gravidez mais estados de ansiedade, tensão e excitação e tinham recorrido mais a ajuda psiquiátrica, do que os sujeitos que não desenvolveram psicose puerperal durante esse período.

Contrariamente ao que acontece relativamente à depressão pós-parto, para a qual parecem contribuir significativamente, como o assinalamos anteriormente, a ocorrência de acontecimentos de vida adversos e outras circunstâncias psicosociais, na psicose puerperal a importância desses factores não foi demonstrada, na maior parte dos estudos disponíveis.

Ainda recentemente, Dowlatshahi e Paykel (1990) não encontraram que as puérperas que desenvolviam psicose puerperal se pudessem distinguir das que não apresentavam qualquer distúrbio psicológico durante o puerpério em relação às características sócio-demográficas, história psiquiátrica familiar, circunstâncias e complicações de gravidez e parto, história pessoal, número e gravidade de acontecimentos adversos, rede de suporte social, qualidade no desempenho de papéis interpessoais e ocupacionais, investimento na gravidez, relacionamento conjugal durante a gravidez e características relativas ao bebé (sexo, estado de saúde à nascença). Os dois grupos estudados só se distinguiam no que se referia aos antecedentes psiquiátricos, dado que os autores verificaram que 13 das 33 mulheres que desenvolveram psicose puerperal, mas apenas 3 das 33 mulheres que não apresentaram distúrbio psiquiátrico durante o puerpério, tinham experienciado anteriormente problemas psiquiátricos, pelo que concluem que, quando se emparelha um grupo de puérperas com psicose puerperal com um grupo de puérperas sem perturbação psiquiátrica durante o puerpério, existe uma falta de evidências empíricas que sustente a importância dos acontecimentos de vida adversos e de outros factores psicosociais na etiologia dessa perturbação. "*Os resultados deste estudo suportam fortemente a hipótese de que a psicose puerperal não é determinada socialmente ... o que contrasta claramente com as evidências empíricas dos estudos sobre a depressão pós-parto e indirectamente sugere que são*

as circunstâncias biológicas em interacção com alguma vulnerabilidade prévia que, em conjunto, podem ser os factores etiológicos de maior importância na psicose puerperal" (Dowlatshahi & Paykel, 1980, p. 661).

No entanto, em estudos anteriores, alguns autores encontraram associações fracas e apenas relativas com algumas variáveis de cariz mais psicosssocial: primiparidade (Kendell et al., 1987; Lanckzik et al., 1990), parto por cesariana (Kendell et al., 1987), morte do bebé antes ou pouco depois do nascimento (Paffenberger et al., 1961) e estatuto matrimonial (Kendell et al., 1987).

Saliente-se, por último, que a maior parte das puérperas com psicose puerperal é internada em unidades mãe-bebé ou em hospitais psiquiátricos para receber cuidados adequados, dado que este distúrbio se traduz em níveis muito alterados do funcionamento global da puérpera. Tal não se verifica jundo das mães que desenvolvem depressão pós-parto.

6. Depressão Pós-parto enquanto Entidade Diagnóstica

Muito embora a maior parte dos investigadores tenha identificado 3 perturbações psicológicas distintas em relação com o puerpério, até há bem pouco tempo não existiam categorias diagnósticas específicas para as desordens do pós-parto, as quais não foram incluídas na III Edição revista da classificação de Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III-R, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edtion*, 1987).

Com o objectivo de caracterizar a depressão que acontece num grande número de mulheres durante o puerpério, alguns autores têm-se esforçado por definir, a partir de critérios sintomáticos específicos, um distúrbio específico que denominam de depressão pós-parto. Os esforços desses investigadores conseguiram o reconhecimento pela comunidade científica da depressão pós-parto enquanto entidade diagnóstica, enquadrada nas perturbações do humor, que aparece pela primeira vez considerada como tal na IV Edição da Classificação de Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, publicada em 1994 (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition*).

No entanto, como vimos ao longo deste capítulo, não temos hoje dados empíricos muito seguros de que a depressão que ocorre durante o puerpério tenha rasgos clínicos diferentes da depressão que ocorre em outros momentos da vida da

mulher, nem mesmo que a depressão na mulher aconteça com mais probabilidade em associação ao parto do que não relacionada com este evento.

Certos autores tendo em conta que os valores de depressão a seguir ao parto são médios, em comparação com os valores encontrados noutras alturas do puerpério, argumentam ainda que a depressão pós-parto deve ser considerada uma desordem de ajustamento.

Whiffen (1991), por exemplo, defende que a depressão pós-parto não difere qualitativamente da depressão que acontece em outros períodos de vida da mulher, sobretudo porque os factores etiológicos com que se relaciona a depressão pós-parto são os mesmos que predizem a depressão em geral. Tendo em conta os estudos a propósito da prevalência, sintomatologia, curso, duração, reincidência e etiologia da depressão pós-parto, sugere-se que a mulher tem um risco acrescido de desenvolver depressão durante o puerpério; no entanto, a depressão que ocorre no período pós-parto tende a ser mais moderada e a resolver-se mais rapidamente do que a depressão que ocorre noutras alturas da vida da mulher. Assim sendo, e dado também que acontece em estreita relação com um acontecimento psicossocial facilmente identificável — o parto — a depressão pós-parto poderia igualmente ser conceptualizada como desordem de ajustamento (Whiffen, 1991).

Moleman, Vanderhart, e Vanderkolk (1992), por sua vez, com base na descrição clínica de 3 casos, respectivamente com idades de 24, 28 e 36 anos, ilustram a presença de sintomas do tipo das respostas habituais a situações traumáticas — por exemplo, recordações intrusivas repentinas, entorpecimento e dissociação — em associação com a depressão pós-parto. Estes sintomas poderiam ocorrer em resposta a um parto complicado, sem envolver prejuízo directo da mãe e do bebé. Estes autores referem que as 3 mulheres estudadas tinham em comum histórias de infertilidade e de gravidezes complicadas e assinalam que falharam numa vinculação efectiva à criança.

Mais recentemente foi proposto um outro síndroma, o distúrbio de pânico do pós-parto, a fim de caracterizar a ocorrência dos sintomas classicamente considerados sob a designação de ataque de pânico (e.g., respiração ofegante, sentimentos de morte eminente, aumento dos batimentos cardíacos), nos momentos imediatos e em relação com o parto, em mulheres que não estão clinicamente deprimidas; este distúrbio teria uma importante componente hormonal (Millis & Kornblith, 1992; Metz, Sichel & Goft, 1988).

Os estudos que compararam a incidência de depressão em grupos de mulheres puérperas e não puérperas, ao verificar a não ocorrência de valores significativamente mais elevados de depressão diagnosticável nas primeiras quando comparadas com as segundas, põem claramente em questão a existência de depressão pós-parto. Mas, como o assinalam Cutrona e Troutman (1990), são necessários estudos adicionais a fim de determinar a validade de depressão pós-parto, enquanto categoria diagnóstica, pois a resposta não pode exclusivamente ser encontrada em questões de incidência, mas deve incluir dados relativos a aspectos como a sintomatologia, o curso e a duração, resposta ao tratamento e outros. Estes autores consideram ainda que, até à data, nenhum dado empírico significativo foi apresentado que possibilite diferenciar claramente a depressão que acontece no pós-parto da que acontece noutras alturas da vida da mulher.

Numa recente revisão bibliográfica, Cooper, Murray, e Stein (1991) referem que a maior parte dos estudos não mostra que a sintomatologia clínica, a incidência e a prevalência, assim como outras características, sejam diferentes na depressão pós-parto e na depressão que ocorre noutros períodos de vida da mulher. Também os factores etiológicos que emergem com algum significado e que se referem ao aparecimento da depressão pós-parto não são diferentes daqueles que se julgam implicados na depressão que ocorre noutras alturas. Para os referidos autores existe hoje pouca evidência empírica para a constituição de um quadro clínico distinto para a depressão pós-parto.

7. Avaliação da Depressão Pós-parto

Muito embora, durante muito tempo, se tenha avaliado a depressão pós-parto com recurso a instrumentos não específicos para esse distúrbio, mais recentemente construíram-se e aferiram-se escalas especificamente desenhadas para avaliar a depressão pós parto.

Cox, Holden, e Sagovski (1987) foram os primeiros a desenvolver um questionário de auto-resposta especificamente desenhado para avaliar a depressão pós-parto (*Edinburgh Post-natal Depression Scale*, EPDS). Tal questionário é constituído por 13 questões de escolha múltipla. Tendo em conta os critérios RDC, Murray e Carothers (1990) validaram o EPDS numa amostra de 702 mulheres, avaliadas na 6a. semana do pós-parto. Foi este o questionário que utilizamos no estudo empírico que se refere na parte II da presente dissertação.

Steer, School e Beck (1990) apresentam uma versão revista do Inventário de Beck (*Revised Beck Depression Inventory*, BDI-R) para avaliar as mudanças nos níveis de depressão pré e pós-parto.

O uso de escalas de auto-avaliação não-específicas para o diagnóstico de depressão pós-parto tem sido questionado por diversos autores.

Whiffen (1988), por exemplo, procurou avaliar a convergência entre os valores obtidos através do BDI e a avaliação psiquiátrica tendo em conta os critérios RDC, numa amostra de 120 mulheres puérperas. Os resultados obtidos por este autor indicam que o BDI detectou menos de metade dos casos de depressão pós-parto. A razão de ser deste acontecimento estaria no facto do BDI ser pouco sensível à detecção de depressão *minor*, a qual é muito frequente em puérperas. Deste modo conclui-se que o BDI não é um instrumento de avaliação apropriado para estudar a depressão pós-parto.

Harris, Huckle, Thomas e Johns (1989), por sua vez, procuraram comparar os resultados obtidos através do EPDS e do BDI, mas, a partir do BDI, só conseguiram identificar 15% dos sujeitos que tinham uma depressão *minor* de acordo com os critérios DSM-III.

Os resultados obtidos por estes autores mostram que o EPDS é, no entanto, um teste de *screening* com maior validade, que tem melhor performance do que o BDI para o diagnóstico de depressão pós-parto.

Mais recentemente foi construida uma outra escala para a detecção de depressão pós-parto, a *Bromely Postnatal Depression Scale* (BPDS), com o propósito específico de poder avaliar simultaneamente episódios presentes e passados de depressão pós-parto. Stein e Vander Akken (1992) publicaram os dados de um estudo levado a cabo com 59 mulheres com depressão pós-parto, onde se verifica que a BPDS tem uma fidelidade teste-reteste satisfatória. Quando usaram uma outra escala para medir a depressão de acordo com o DSM-III, estes mesmos autores encontraram que a BPDS exibe uma sensibilidade de 62% e uma especificidade de 94%, entre os resultados das 165 mulheres puérperas do estudo. A fidelidade, medida através do estudo das correlações teste-reteste, é satisfatória para a depressão pós-parto, o que indica que, tal como o EPDS, o BPDS pode ser usado como um instrumento de *screening* da depressão pós-parto.

8. Intervenção na Depressão Pós-parto

Existem poucos estudos no que se refere à prevenção e tratamento junto das puérperas que desenvolvem depressão pós-parto (O'Hara & Zekoski, 1988). No entanto, mais recentemente, alguns autores debruçaram-se a respeito deste assunto e são as suas opiniões e estudos que vamos agora relatar.

A maior parte das puérperas com depressão pós-parto não recorre a ajuda psicológica apropriada. Com efeito, os estudos empíricos mostram que grande parte das mulheres com problemas emocionais durante o puerpério, não pede ajuda técnica especializada (e.g., Pitt, 1968; Kumar & Robson, 1984; Nott, 1987; Whitton, Appleby, & Warner, 1996). Mesmo hoje em dia nos países em que este tipo de problemática tem recebido maior atenção, mais de metade dos casos não são diagnosticados nem recebem qualquer tipo de tratamento e apenas uma pequena parte das mulheres com depressão pós-parto (cerca de um quarto) consulta um profissional de saúde (Whitton et al., 1996a).

Tal circunstância deve-se a diferentes razões e obriga a determinados cuidados, pois não é raro que as mulheres com depressão pós-parto tenham alguma dificuldade em admitir e em relatar os seus problemas, num momento em que a sociedade determina que elas se devem sentir alegres.

Ainda recentemente, Whitton, Appleby, e Warner (1996) identificaram duas principais razões que justificam a pouca procura de ajuda especializada pelas mães com depressão pós-parto: as mães com depressão pós-parto tendem a tornar exterior a causa dos seus problemas, que atribuem a circunstâncias sociais, e têm dificuldade em reconhecer que a severidade dos seus sintomas justifica tratamento especializado. Com efeito, muito embora todas as mães (97%) com depressão pós-parto reconheçam que algo de errado se está a passar, só uma pequena percentagem (32%) admite que sofre de depressão pós-parto (Whitton, Warner, & Appleby, 1996).

Por outro lado, as mães com depressão pós-parto têm medo de falar acerca das suas emoções e sentimentos acerca do bebé, por poderem ser julgadas negativamente, e, mesmo, por medo de poderem ser consideradas incapazes de cuidar dos seus bebés (Whitton et al., 1996a).

A resposta depressiva ao nascimento de um bebé não é considerada uma resposta aceitável e cai fora dos parâmetros definidos pelas normas sócio-culturais

vigentes. A mãe é sujeita a um estigma social e a vergonha que a impede de se sentir à vontade para procurar ajuda quando experiencia sintomas de depressão (Albright, 1993; Grueen, 1990; Krauss & Redman, 1987). Daí que, tal como o assinalam a maior parte dos autores, é importante realizar um diagnóstico cuidadoso e dar à mulher a oportunidade de expressar livremente e sem qualquer entrave os seus sentimentos (e.g., Pitt, 1973).

Assim sendo, qualquer programa de intervenção deverá ter em conta as auto-percepções das mães acerca das causas dos seus problemas e da razão de ser da ajuda especializada, dado que os estudos empíricos mostram que cerca de metade das mães com depressão pós-parto a quem se propõe ajuda psiquiátrica recusam essa mesma ajuda com o argumento de que não sofrem de perturbação psiquiátrica (Robinson & Yong, 1982).

É igualmente importante reconhecer as suas preocupações e reassegurar que os distúrbios que a mãe apresenta não são o resultado de nenhuma doença crónica (Millis & Kornblith, 1992). Tal como o assinala, entre outros, Albright (1993), a intervenção junto das situações de depressão pós-parto, justifica-se não só pelo direito das mães ao bem-estar psicológico e à saúde, mas também porque o bebé e a família em geral podem ser adversamente afectados por essa situação, como o assinalam os estudos que apresentamos no capítulo IV.

A depressão pós-parto é um distúrbio que não pode ser considerado a partir de uma aproximação única, sendo necessárias disposições variadas e específicas, designadamente um completo exame físico, incluindo o exame à tiróide e testes hormonais, cuidados físicos e apoio psicológico à mãe e ao bebé e, em certos casos, psicoterapia (e.g., Albright, 1993; Grueen, 1990; Pfost et al., 1990b).

Os casos mais graves, em que existe uma situação de perigo imediato (suicídio ou homicídio) e está em risco a segurança da mãe e do bebé, devem ser identificados e o internamento pode, nessas situações, ser necessário (Albright, 1993; Dalton, 1971; Lee, 1982). Muito embora grande parte das puérperas possam ser devidamente acompanhadas na comunidade, o risco de abuso e negligência e outros aspectos referentes à relação com a criança devem ser devidamente avaliados (Albright, 1993; Cazas et al., 1982; Gross, 1989).

Com efeito, para algumas mulheres, os tratamentos hormonais e os cuidados físicos são suficientes para operar a reconversão dos sintomas, enquanto que, para outras, é necessário um apoio mais especializado, nomeadamente psicoterapia, sobretudo quando o apoio geral que pode ser dado à mãe não é suficiente, quando assistimos a um recrudescimento dos sintomas, quando existe um distúrbio psicopatológico na família nuclear ou alargada, ou quando a relação do casal está

muito deteriorada e/ou não existe apoio à puérpera por parte do cônjuge ou da família.

Dado que as necessidades da puérpera são muito variadas, os programas de intervenção existentes, desenvolvidos a maior parte das vezes em situação de grupo, incluem aspectos tão diversos como: envolvimento da família no apoio à puérpera e nos cuidados ao bebé, técnicas para reduzir a fadiga e lidar com o acréscimo de dificuldades e de responsabilidades, discussão relativa às preocupações pessoais e à culpabilidade originada pelas circunstâncias actuais, reconstrução dos interesses pessoais, das relações de casal, familiares e de amizade, providenciar de novas oportunidades ocupacionais, etc. (Albright, 1993; Grueen, 1990; Harrison & Hicks, 1983).

Numa abordagem cognitivista, Whitton, Appleby, e Warner assinalam 3 tarefas principais para um programa de intervenção: 1) falar acerca da experiência própria e expressar emoções e sentimentos acerca do papel de mãe e do bebé para identificar e corrigir pensamentos negativos e inapropriados; 2) descrever as suas actividades diárias para uma gestão mais adequada do dia-a-dia, para a promoção de situações agradáveis com e sem a criança, e para a criação de um espaço próprio; 3) descrever os cuidados do bebé e a relação com o companheiro, fundamentalmente para recrutar mais suporte e apoio do companheiro e de outras pessoas.

Quando ocorre uma intervenção adequada a reconversão dos sintomas opera-se em 90% dos casos (Grueen, 1990). No entanto, Fleming, Klein, e Corter (1992) encontraram que, independentemente do facto de ter sido ou não sujeita a uma intervenção terapêutica de tipo suporte social, a maior parte das mulheres deprimidas do seu estudo evidenciava uma melhoria substancial no seu estado psicológico, entre o 2° e o 5° mês do pós-parto, o que sugere que a reconversão dos sintomas pode operar-se de forma algo espontânea e de certo modo independentemente das circunstâncias em que se inscreve, apelando igualmente para a necessidade de estudos bem controlados.

Por último, como o refere Fradique (1992) numa recente revisão bibliográfica sobre o assunto, o uso de terapia química durante o puerpério associa-se a alguns inconvenientes referentes ao facto de a mãe poder querer continuar a amamentar o bebé e das substâncias ingeridas poderem ser nocivas para ele. Também, para o mesmo autor, o uso de terapia electroconvulsiva pode ter consequências dramáticas, muito embora tenha sido preconizada e utilizada por alguns.

8.1. Medidas preventivas durante a gravidez e início do puerpério

Dado que a gravidez é uma altura em que ocorrem repetidos contactos com os serviços de saúde e dado que algumas medidas estimadas durante a gravidez se relacionam significativamente com as perturbações do puerpério, tal como assinalamos anteriormente, esse é um momento adequado para operar medidas preventivas da depressão pós-parto (Amílcar, Areias, Figueiredo, Calheiros, Figueiredo, 1989; Kumar, Meltzer, Hepplewhite, & Stevenson, 1986).

A educação pré-natal acerca das perturbações do puerpério poderia ser uma forma de ajudar o casal no sentido de o habituar a detectar precocemente o problema e a saber onde procurar ajuda adequada caso necessário (Whitton et al., 1996a). Com efeito, muito embora a maior parte dos pais esteja relativamente bem preparado para o trabalho de parto, os pais não estão suficientemente sensibilizados para as mudanças dramáticas que se operam após o parto no sistema familiar e deveriam ser formados para essa circunstância (Cooper et al., 1991; Gordon & Gordon, 1960; Grueen, 1990; O'Hara & Zekoski, 1988; Pfost et al., 1990b; Plumb, 1983).

Ambos os membros do casal deveriam beneficiar de um apoio ante-natal, na medida em que, entre outros aspectos, o marido precisa de estar preparado para aceitar a perda temporária da sua intimidade com a esposa. Com efeito, Gordon e Gordon (1960) verificaram os efeitos positivos da prevenção durante a gravidez beneficiar do envolvimento dos cônjuges.

Como o referem Fradique (1992) e Pfost, Stevens, e Matejcak, (1990), entre outros, o modelo de prevenção e intervenção na depressão pós-parto, depende em larga medida do quadro de referência teórico do autor, designadamente no que respeita aos factores que associa ao seu aparecimento.

Fradique (1992) desenvolveu ele-próprio, no nosso país, um programa desenvolvimental preventivo da depressão pós-parto, junto de um grupo de mães que foram sujeitas a 6 sessões, uma por semana, durante os primeiros 3 meses do pós-parto. As sessões consistiam na apresentação em vídeo e na dramatização de significações sintomáticas e de confronto/resolução, relativas a quatro temas em estudo: atribuição de competência nos cuidados ao bebé, percepção da relação conjugal, desempenho no papel de mãe e autonomia e crise existencial. As mães que participaram no programa preventivo em grupo, quando comparadas com as mães que não beneficiaram dessa intervenção, evidenciaram uma diminuição significativa

nos indicadores de depressão, quer no que se refere à sintomatologia depressiva, quer no que se refere às significações *"depressógenas"*.

A aplicação de uma metodologia desenvolvimentista ao domínio da prevenção dos processos depressivos nas mães justifica-se — porque as vivências relativas ao parto e puerpério se constituem num importante momento do desenvolvimento da mulher, em que se verifica o aparecimento de novas e diferentes significações sobre o próprio e sobre os outros — e tem em vista evitar que o processo evolua no sentido de uma patologia depressiva. E, com efeito, a prevenção da sintomatologia depressiva e do desenvolvimento de significações *"depressógenas"* parece operar-se com este tipo de metodologia, como demonstram os resultados deste estudo.

Por outro lado, os profissionais de saúde que de algum modo se relacionam com as mães durante a gravidez, deveriam possuir os instrumentos e as competências apropriadas à identificação ante-natal das mulheres em alto-risco de desenvolver distúrbios psicopatológicos durante o puerpério.

8.2. Psicoterapia e outras medidas de apoio durante o puerpério

Tal como o sugerem Kumar, Meltzer, Hepplewhite, e Stevenson, (1986), outras práticas para além do internamento conjunto mãe-bebé, tais como, o hospital de dia, a ajuda na prestação de cuidados diários e outros serviços prestados na comunidade, embora pouco usuais, poderão na maior parte das circunstâncias ser boas alternativas de apoio à puérpera com depressão pós-parto, sobretudo nos casos de menor gravidade.

Dada a natureza progressiva das desordens do pós-parto, o seu diagnóstico precoce é crítico. No entanto, a maior parte dos técnicos de saúde não está preparado para efectuar o diagnóstico e muito menos para apoiar as mães com dificuldades de ajustamento no puerpério (Millis & Kornblith, 1992).

Os obstétras, tanto quanto os pediatras, que talvez sejam as pessoas que mais frequentemente contactam com as mães durante o puerpério, não estão treinados para reconhecer as desordens do pós-parto, considerando, a maior parte das vezes, que são problemas que caiem fora do seu domínio. Dado que existem já, como vimos no ponto anterior, alguns questionários de fácil administração que podem rapidamente discriminar as puérperas com e sem depressão pós-parto, poderiam ser empregues por esses profissionais (Cox et al., 1987).

No entanto, mesmo os profissionais de saúde mental tendem a minimizar a severidade destas desordens, considerando com frequência que são simples desordens de ajustamento.

Assim sendo, todos os profissionais de saúde que de algum modo se relacionam com mães e bebés deveriam possuir os instrumentos e as competências necessárias ao diagnóstico dos distúrbios puerperais. Com efeito, muitas mães não recebem ajuda adequada porque os sintomas são omitidos, não são tomados em consideração, para além de que a maior parte dos técnicos de saúde não está familiarizado com estas perturbações ou está confuso relativamente às suas características e às necessidades de cuidado que lhe são específicas (Grueen, 1990). Também a identificação precoce do fracasso interactivo mãe-bebé é um elemento de diagnóstico muito importante, que pode sinalizar a necessidade de dar início a uma acção preventiva, a fim de evitar o aparecimento de um distúrbio mental durante o puerpério (Albright, 1993; Cazas et al., 1992; Gross, 1989).

Em alguns países, existe a prática corrente dos técnicos de saúde se deslocarem a casa das mães, a fim de ajudar nos cuidados a prestar aos bebés, esses técnicos estão numa posição privilegiada para despistar e prevenir os distúrbios — tanto mentais como físicos, do puerpério, assim como para promover a saúde e, nesse sentido, deveriam ser treinados na detecção das puérperas em risco. No entanto, a maioria dessas visitas decorre durante os primeiros dias do pós-parto, o que pode, nessas circunstâncias não ser suficiente para a detecção de um incidente de depressão pós-parto, cujo o início é como se sabe mais tardio (e.g., Kumar, 1982; Whitton et al., 1996).

Vejamos agora os resultados que temos das investigações a propósito da intervenção ao nível da depressão pós-parto.

Gordon e Gordon (1960), num dos primeiros estudos a respeito da intervenção na depressão pós-parto, reportam resultados positivos do apoio prestado a um grupo de puérperas com depressão pós-parto, verificando uma mais rápida remoção dos sintomas e uma menor necessidade de recorrer a internamento.

Holden, Sagovosky, e Cox (1989) e Lyons-Ruth, Zoll, Connell, Grunebaum, e Botein (1990) mostraram o efeito positivo dos serviços de apoio domiciliário semanal.

Holden, Sagovsky, e Cox (1989) mostraram o efeito positivo de 8 sessões semanais de consulta não-directiva e de visitas a casa, resultando numa maior redução dos sintomas depressivos e numa reconversão mais rápida desses mesmos sintomas.

Lyons-Ruth, Zoll, Connell, Grunebaum, e Botein (1990) desenvolveram este tipo de apoio junto de uma amostra de 31 mães e bebés de alto-risco. As mães encontravam-se deprimidas durante os primeiros meses do puerpério e eram oriundas de famílias com poucos recursos sócio-económicos. Realizaram uma intervenção de apoio domiciliário com componentes diversas e uma periodicidade semanal, durante 33 semanas. Comparam diferentes dimensões do desenvolvimento das crianças com as mesmas dimensões avaliadas em crianças cujas mães com as mesmas características (com depressão pós-parto e baixo NSE) não tinham sido alvo do referido apoio.

No final da intervenção, os autores verificaram que as mães e os bebés, de 18 meses, sujeitos a intervenção, quando comparados com outros da mesma comunidade que não tinham beneficiado do apoio, apresentavam uma vantagem de 10 pontos na escala de desenvolvimento psicomotor de Bayley e tinham duas vezes mais oportunidade de ter uma vinculação segura à mãe. Os autores concluiram que o apoio domiciliário pode amortecer os efeitos adverso da depressão pós-parto no desenvolvimento da criança. Verificaram também que a duração do episódio de depressão pós-parto tinha sido menor junto das mães alvo do apoio domiciliário.

Os resultados deste estudo mostram assim os efeitos benéficos dos serviços de ajuda psicológica à mãe com depressão pós-parto e baixo NSE, fundamentados numa perspectiva desenvolvimentista e consubstanciados no apoio aos cuidados a prestar à criança. Mostraram como é possível mitigar os efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento motor e mental da criança e sobre a segurança na vinculação à mãe, através da implementação de serviços de apoio às famílias. Evidenciam que o referido apoio tem um significativo impacto em importantes dimensões do desenvolvimento de crianças em alto-risco.

Os resultados deste estudo testemunham ainda que os efeitos positivos deste tipo de intervenção se fazem, pelo menos em parte, através da redução da sintomatologia depressiva materna, dado que mostram que o decréscimo na sintomatologia depressiva da mãe, proporcionada pela intervenção psicológica, é directamente acompanhado por uma melhoria dos cuidados prestados pela mãe à criança, bem como por mudanças significativas em aspectos importantes da interacção mãe-bebé, tais como foram avaliados na idade de 12 meses da criança, particularmente: aumento do envolvimento afectivo materno e da comunicação verbal da mãe durante a interacção com o bebé, as quais podem ser responsáveis, respectivamente, pela segurança na vinculação com a mãe e o mais elevado nível de desenvolvimento que essas crianças apresentam mais tarde.

Também recentemente, Fleming, Klein, e Corter (1992) desenvolveram e avaliaram um programa de intervenção breve, em 8 sessões, de tipo suporte social *(postpartum social support group intervention)*, sobre uma amostra de mulheres primíparas. Constituíram 3 grupos de mães, a fim de comparar as diferentes condições de intervenção (44 mães sujeitas ao programa de intervenção, 83 mães não sujeitas a intervenção e 15 mães em que a intervenção se operou por correspondência) e avaliar dos seus efeitos no estado de humor, nas atitudes e no comportamento das mães. As mães foram avaliadas antes e depois da intervenção, na 6ª e 20ª semana do pós-parto, e os resultados indicam que as mães evidenciam uma significativa melhoria do seu humor, independentemente do tipo de intervenção a que foram ou não sujeitas. Os autores concluem que o tipo de intervenção levada a efeito, não alivia significativamente os sintomas de depressão da puérpera e pode, pelo contrário, diminuir a sua auto-confiança e a atenção providenciada ao bebé.

Scott (1992), num estudo realizado na Austrália, sobre uma amostra de 45 mães, tendo em conta um conjunto de factores que são considerados significativos — nomeadamente o apoio domociliário —, pôs em evidência o efeito positivo do apoio prestado pelas enfermeiras na relação precoce mãe-bebé e no bem-estar emocional e social das mães durante o puerpério.

Tendo em conta, como já apresentamos anteriormente, as alterações que a maternidade implica na família e dado que os factores que se referem à família têm sido considerados de importância maior quer no que se refere ao aparecimento quer no que se refere à reconversão da depressão pós-parto, a abordagem centrada na família é sem dúvida um aspecto importante na intervenção junto da depressão pós-parto, como assinalam Krauss e Redman (1987). Estes autores exemplificam a sua abordagem que inclui os seguintes aspectos: a) aceitação e normalização das queixas, b) envolvimento dos diferentes elementos da família na intervenção, particularmente do cônjuge, c) valorização do pedido de ajuda, d) alteração de juízos que produzem comportamentos desadaptados, e) aumento do envolvimento de outros significativos, f) ajuda no reassumir das responsabilidades maternais, g) controlo das circunstâncias susceptíveis de provocar depressão.

Por último, saliente-se que a psicoterapia individual pode em certos casos ser necessária, por forma a resolver conflitos mais profundos, tendo em conta a história pessoal e as características de personalidade da mulher (Albright, 1993)

8.3. Internamento em unidades mãe-bebé

Em alguns casos, quando a puérpera não está mais capaz de lidar com as circunstâncias e tarefas a desempenhar no seu dia-a-dia, nomeadamente na sua relação com o bebé, ou existe uma situação de perigo imediato, o internamento pode ser necessário (e.g., Dalton, 1971; Lee, 1982).

Muito embora o internamento conjunto da mãe com depressão pós-parto e do bebé em unidades mãe-bebé, especialmente quando tem que se verificar num hospital psiquiátrico, levante questões complicadas, dado que o bebé não está doente e teoricamente não precisa de ser internado, em alguns casos isso pode ser recomendado. Isto porque a separação pode ter efeitos muito mais adversos sobre o bebé do que presumivelmente pode ter o estatuto psicopatológico da mãe — com efeito, nas unidades de internamento mãe-bebé, não se verificaram, até à data, incidentes com implicações gravosas para a saúde ou vida dos bebés, a não ser em casos muito excepcionais (Brockington, 1996) — e porque a mãe beneficia em muito da presença do bebé (Brandli, 1986; Brockington, 1996; Midenet, Zajackowski, Coudrot, & Porcar, 1986).

A prática do internamento conjunto, muito embora ainda rara na maior parte dos países, mesmo nos EUA (Millis & Kornblith, 1992), é já relativamente comum em Inglaterra (Brockington, 1996; Kumar et al., 1986) e existem também algumas experiências relatadas na Alemanha (Klompenhouver & Vanhurst, 1991). No entanto, exige algumas disposições específicas não só logísticas, como ainda de pessoal especializado.

Kumar, Meltzer, Hepplewhite, e Stevenson (1986) descrevem a sua própria experiência no *Bethleim Royal Hospital*, em Londres, salientando que o internamento conjunto pode ser necessário, nos casos em que o distúrbio mental da mãe tem alguma gravidade, sendo que nesses casos, para que a permanência do bebé junto da mãe aconteça, é necessário pessoal especializado para a supervisão dos cuidados.

Estas unidades mãe-bebé são assim desenhadas para que a ligação da mãe ao bebé, que está profundamente alterada, aconteça num ambiente protegido (Brockington, 1996; Ziporn, 1984), sendo que a manutenção da relação da mãe com o bebé é privilegiada, e, em alguns casos, os maridos são igualmente acolhidos, parcial

ou totalmente, no sentido da manutenção e apoio ao sistema familiar (Brockington, 1996; Kumar et al., 1986).

Cazas, Dhote, Bouttier, e Ginestet (1990) relatam uma experiência semelhante, levada a cabo sobre 42 mães deprimidas após o parto e seus bebés, hospitalizados conjuntamente num serviço de psiquiatria para adultos. Os bebés das mães que se encontram deprimidas durante o puerpério são mantidos junto delas, mesmo nos períodos de maior gravidade, enquanto são cuidados pelos pais ou por qualquer outro membro disponível da família.

Essas unidades recebem puérperas com psicose puerperal e, em cerca de metade dos casos, com depressão pós-parto, associados a contextos de elevado *stress* psicossocial (Brockington, 1996).

Como assinalamos ao longo desta secção, a intervenção a operar junto da depressão pós-parto tem dois aspectos que convém reter: a) a necessidade de escolher, para cada caso, o meio menos restritivo possível, tendo em conta as necessidades específicas da puérpera e da família, por forma a não quebrar a ligação da mulher ao bebé e às circunstâncias da sua vida quotidiana e b) a necessidade de adequar a intervenção às características do puerpério e às necessidades específicas da mulher, designadamente no que se refere à tarefa de se relacionar com o bebé e com o cônjuge.

Por outro lado, alguns aspectos são também de reter em termos de intervenção. Nomeadamente, importa considerar: a) o facto de a mãe estar particularmente vulnerável durante o puerpério a tudo o que possa pôr em causa a sua capacidade e dedicação enquanto mãe; b) o facto de a maternidade providenciar um desafio e circunstâncias particulares para a mudança, tendo por isso um elevado potencial psicoterapêutico e c) o facto de a maternidade envolver, enquanto situação *per se*, uma importante componente de ansiedade e preocupação, as quais devem ser consideradas como fazendo parte do processo normal de ajustamento às novas circunstâncias psicosociais do puerpério.

9. Prioridades em termos de Investigação Futura

Ainda recentemente, Brockington e Cox-Roper (1988) assinalavam os poucos progressos da investigação no domínio das perturbações do puerpério, desde os tempos de Marcé. Muito embora não subscrevamos totalmente esta opinião, concordamos com estes autores quando referem que o problema da inserção temporal das perturbações que se consideram do pós-parto, é uma prioridade em termos futuros. Foi recentemente dado um passo substancial nesse sentido, o qual consistiu na adopção por parte do DSM-IV de uma cláusula — início durante o pós-parto — para os distúrbios de humor.

Mesmo assim, a pouca definição clínica ainda existente relativamente aos distúrbios psicopatológicos do puerpério — a qual não se pode limitar a uma definição temporal e tem que ser complementada por outras dimensões, nomeadamente em termos de sintomatologia própria — é uma outra dimensão que contribui para obscurecer o quadro dos resultados das investigações nesta área. Estes nesse âmbito seriam importantes contributos.

A nosso ver, alguns esforços deveriam ser dirigidos ao fortalecimento da explicação desenvolvimental, por forma a enquadrar a depressão pós-parto no contexto das mudanças e transições desenvolvimentais em que acontece.

Importa também o desenvolvimento de estudos multifactoriais, que incorporem e articulem as diferentes dimensões que podem determinar e explicar a depressão pós-parto, a fim de compreender a importância dos diversos factores etiológicos que tem sido sinalizados para a depressão pós-parto.

Uma das prioridades em termos de investigações futuras é ainda a recolha de dados relativos aos maridos e familiares das puérperas que desenvolvem depressão pós-parto (Albright, 1993). Até ao momento, desenvolveram-se ainda poucos estudos no sentido de avaliar as circunstâncias relativas ao bebé e à interacção mãe-bebé que propiciam à depressão pós-parto materna.

Dado que mesmo assim existe alguma inconsistência nos resultados das investigações empíricas que se referem à importância de determinadas circunstâncias de risco no desenvolvimento de depressão pós-parto, a possibilidade da depressão pós-parto ter uma heterogeneidade de factores associados — na evidência da importância relativa de factores biológicos, psicológicos ou sociais — e poder ganhar, em função disso, tonalidades psicopatológicas diversas, é uma hipótese a considerar (Appleby et al., 1994).

Mais recentemente, o modelo que tem sido adoptado na compreensão da depressão pós-parto foi criticado por uma visão feminista que salienta alguns aspectos de interesse: a) a depressão pós-parto é demasiado corrente para que possa ser designada de perturbação psicopatológica, existindo para além do mais um contínuo entre as experiências subjectivas das mães com depressão pós-parto e das mães sem depressão pós-parto; b) dos estudos levados a cabo na depressão pós-parto resultou uma visão negativa da mulher, na qual não se deu suficientemente espaço à voz, perspectiva e narrativas da própria mulher (Mauthner, 1993).

Alguns viés culturais, relativos às atitudes para com as mulheres têm de ser ultrapassados, dado que dificultam uma visão objectiva do que de facto acontece durante o puerpério (O'Hara et al., 1992).

O desacordo entre investigadores, no que se refere aos instrumentos e critérios a adoptar, é responsável por alguma discrepância nos resultados dos diferentes estudos realizados. Nesse sentido, alguns autores têm vindo a assinalar a necessidade de construir medidas específicas e de estabelecer critérios de diagnósticos próprios para a depressão pós-parto, por forma a produzir medidas e estudos comparáveis (O'Hara & Zekoski, 1988).

A última área que gostaríamos de assinalar, em termos de investigação futura, refere-se à prevenção e intervenção junto da depressão pós-parto. Importa avaliar o valor efectivo das medidas preventivas, nomeadamente para as mulheres que estão mais em risco, bem como tornar as medidas interventivas mais adaptadas às circunstâncias específicas da depressão na mulher que especificamente ocorre durante o puerpério.

Os dados sugerem a necessidade de desenvolver medidas preventivas durante a gravidez, por forma a preparar os pais para a adaptação ao puerpério, num contexto em que o papel dos pais seja altamente valorizado, de tal modo que eles próprios e os envolventes mais próximos estejam mobilizados para prestar o apoio necessário.

Estas medidas, antes ou depois do parto, deveriam ser prioritariamente dirigidas às mães mais em risco de desenvolver depressão pós-parto. A interacção entre a vulnerabilidade pessoal para a depressão e as circunstâncias de vida da mulher predispõe mais certas mulhereres a não lidar bem com as exigências da maternidade e dos cuidados e interacção com o bebé, e a desenvolver depressão. Os estudos prospectivos apresentados, a propósito dos factores que se associam ao desenvolvimento da depressão pós-parto, fornecem indicações a esse respeito e alertam-nos para os casos seguintes: mães adolescentes, mães solteiras, mães primíparas, mães que já evidenciaram problemas de cariz psiquiátrico (história pessoal de perda ou separação, episódios prévios de depressão, designadamente

durante a gravidez, mães com familiares em primeiro grau com depressão, mães que vivem em contextos psicosociais desfavorecidos (baixo suporte social e presença de acontecimentos de vida adversos) e mães cujas relações com os cônjuges e bebé são pautadas pela insatisfação e conflitualidade (insatisfação matrimonial e dificuldades relacionadas com os cuidados a prestar ao bebé).

CAPÍTULO III

INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ

De há alguns anos a esta data o estudo da interacção mãe-bebé tem-se revelado um campo promissor da Psicologia do Desenvolvimento e de outras áreas afins.

O reconhecimento do bebé como um ser competente conduziu ao observar mais atento da sua conduta na interacção com a mãe, verificando-se a sua competência comunicativa e social, assim como a sua participação e o seu contributo na condução de tais encontros. Muito embora a ideia da importância dos cuidados da mãe para o bem-estar e desenvolvimento adequado do bebé tivesse sido amplamente divulgada, a observação da conduta da mãe na interacção com o bebé permitiu, mais tarde, identificar as componentes sobre as quais tal influência se estabelece.

Assim, ao longo deste capítulo, serão apresentados e discutidos os estudos empíricos desenvolvidos nos últimos anos que caracterizam a conduta do bebé e da mãe na interacção mãe-bebé, determinam os factores que interferem na expressão de tais características e apontam para a interferência da interacção mãe-bebé sobre o desenvolvimento do indivíduo (dado o elevado número de investigações neste domínio privilegiar-se-á apenas a apresentação dos estudos mais recentes).

III. INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ

Desde há alguns anos a esta data o estudo da interacção mãe-bebé tem vindo a revelar-se um campo promissor da Psicologia do Desenvolvimento e de outras áreas afins.

Interessados em saber a respeito das circunstâncias que se associam à falta de cuidados adequados durante a infância, os investigadores depararam-se com uma vasta gama de comportamentos que a mãe utiliza para entrar em contacto e responder às necessidades do bebé, da qual daremos parte ao longo deste terceiro capítulo.

O reconhecimento do bebé como um ser competente conduziu, por sua vez, ao observar mais atento da conduta do bebé na interacção com a mãe, verificando-se a sua competência comunicativa e social, assim como a sua participação e o seu contributo na condução dos encontros com a mãe, assinaladas também nas investigações empíricas que apreciaremos neste capítulo.

Seguiram-se uma série de estudos que procuraram averiguar acerca das diferenças na interacção mãe-bebé, consoante características relativas à mãe, características relativas ao bebé e circunstâncias relativas ao contexto em que a interacção mãe-bebé ocorre.

Estes estudos serão apresentados, assim como as investigações que avaliam as consequências da qualidade da interacção mãe-bebé sobre o desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional da criança.

1. O Estudo da Interacção Mãe-Bebé: Enquadramento histórico e conceptual

A investigação no domínio do desenvolvimento social e emocional da criança tem uma história que, embora breve, é marcada por mudanças profundas no modo como a criança é vista, nos métodos que são utilizados para a investigar e, fundamentalmente, nas questões que são postas no seu estudo (Schaffer, 1991).

Com efeito, é possível identificar quatro momentos na história recente do estudo do desenvolvimento social e emocional da criança (Figueiredo, 1992, 1996).

Num primeiro momento (anos 40), estudaram-se as competências sociais da criança, com vista a encontrar a ordem sucessiva pela qual são adquiridas e assim estabelecer normas comportamentais para cada idade — nesse sentido, é pioneiro o trabalho de Arnold Gessell, de 1943.

Num segundo momento (anos 50), os investigadores procuraram averiguar quais as componentes e características do ambiente precoce da criança mais determinantes para o seu desenvolvimento social e emocional, através da realização de diversos estudos empíricos — como é exemplo, o trabalho de Bowlby, Ainsworth, Boston, e Rosenbluth (1956) sobre os efeitos da separação precoce mãe-bebé.

Num terceiro momento (anos 60), o interesse dos autores voltou-se para o conhecimento aprofundado da primeira ligação sócio-afectiva específica que a criança estabelece com a mãe, que designaram de *"attachment"* (vinculação) — tal como o assinalam as obras de John Bowlby de 1958 e de Mary Ainsworth de 1969.

Só mais recentemente, num quarto momento (anos 70), se começou a prestar atenção às interacções mãe-bebé que antecedem e possibilitam o estabelecimento do comportamento de vinculação à mãe por parte da criança. A este ponto de interesse convergiu, nessa altura, a atenção de numerosos estudiosos, oriundos de áreas tão diversas, como a Psicologia, no trabalho pioneiro de Colwyn Trevarthen (1977), a Obstetrícia, com a obra de Marshall Klaus e John Kennell (1976), a Pediatria, exemplarmente no trabalho de T. Berry Brazelton (1963), e a Psiquiatria Infantil, onde se destacaram, entre outros, os contributos de Daniel Stern (1971) e, mais tarde, de Bertrand Cramer (1982) e de Serge Lebovici (1983).

Numerosos estudos empíricos foram levados a efeito entre os anos 70 e 90, os quais conduziram à descrição das competências que a mãe e o bebé põem em acção nos seus encontros, assim como à descrição dos processos de como a interacção se estabelece na díade mãe-bebé (Schaffer, 1991).

Actualmente, a investigação no domínio da interacção mãe-bebé dirige os seus esforços no sentido de tornar a interacção mãe-bebé num conceito cada vez mais operacional. Os estudos mais recentes incidem na construção de grelhas que permitam a avaliação da interacção mãe-bebé em contextos diversos (e.g., Banard & Kelly, 1990); incidem também na elaboração de programas de intervenção com vista à promoção da interacção mãe-bebé, baseados na identificação que se fez das características da conduta interactiva materna mais importantes para o desenvolvimento da criança (e.g., Field, Grizzle, Scafidi, Abrams, & Richardson, 1996).

O estudo da interacção mãe-bebé é hoje em dia considerado de grande utilidade, quer teórica quer clínica (e.g., Mazet, 1993).

Há muito que Winnicott (1957) nos advertiu que, quando pretendemos descrever um bebé, rapidamente notamos que estamos a descrever um bebé e alguém, pois *"um bebé é algo que não existe, ele faz essencialmente parte de uma relação"* (Winnicott, 1975, p. 107).

No entanto, só na década de 70, assistimos a duas revoluções no domínio da Psicologia do Desenvolvimento que vão permitir e fomentar o estudo da interacção mãe-bebé. Uma revolução conceptual — o reconhecimento do carácter comunicativo e competente do bebé — fez-se acompanhar de uma revolução metodológica — a utilização da gravação em *video-tape* — que possibilitou a descoberta de dimensões do comportamento infantil que durante muito tempo escaparam ao conhecimento do investigador que observava a *"olho nu"*. Como comenta Trevarthen (1977), até à invenção das filmagens, os pormenores do comportamento do bebé estavam tão longe da vista humana como os planetas antes da invenção do telescópio.

Por outro lado, é curioso verificar que no interior da própria Psicologia floresce, também nos anos 70, o modelo interactivo, o qual salienta a influência recíproca entre o indivíduo e o meio-ambiente no comportamento e desenvolvimento do homem. O desenvolvimento da criança é visto como o produto de continuadas interacções dinâmicas entre a criança, a experiência providenciada pela família e o seu contexto de vida em geral (Sameroff & Chandler, 1975). A evidência da interacção mãe-bebé vai ser utilizada para legitimar esse modelo, sendo referida como seu exemplo típico (Magnusson, 1978).

Do modelo interactivo, importa, neste momento, relembrar duas premissas básicas, a saber: a) a importância que confere aos outros significativos, nomeadamente à interacção do bebé com a mãe, no desenvolvimento do indivíduo e b) a importância que confere tanto ao bebé como à mãe no estabelecimento da interacção que acontece entre ambos.

Na tradição dos seus primeiros autores, o modelo interactivo tem vindo mais recentemente a assinalar que o desenvolvimento da criança não se dá no vácuo, mas em estreita relação com as pessoas do ambiente, as quais, nos momentos iniciais da vida do indivíduo, são quase exclusivamente, primeiro a mãe e, depois, a mãe e os restantes elementos da família nuclear da criança.

Todas as funções psicológicas se desenvolvem no contexto das interacções do indivíduo com os outros, e é particularmente *"para que se desenvolva do ponto de vista social e emocional que a criança mais necessita de contactos humanos"* (Field,

1990, p.61), sendo que *"quanto mais pequena ela é .., mais importante se torna considerá-la como parte integrante de uma unidade que inclui, inevitavelmente, o seu prestador de cuidados, como complemento vital do estado de imaturidade em que se encontra"* (Schaffer, 1989, p. 21).

Este modelo refere assim a importância da qualidade da interacção mãe-bebé sobre o subsequente desenvolvimento da criança, dado que é nessas circunstâncias específicas *"que o bebé aprende quais as expectativas que deve ter, como lidar e como estar com um ser humano"* (Stern, 1980, p. 125). Para além disso, durante bastante tempo, o bebé não terá muitas oportunidades de estar com outras pessoas, para aprender outras maneiras de estar, para além da maneira particular que ele está a aprender com a mãe; pelo menos, é isso que ainda acontece na nossa sociedade, em que a mãe é o principal e essencialmente o único prestador de cuidados da criança (e.g., Lovenstein & Field, 1992; Murray, 1995).

Os modelos relacionais usados pela criança pequena são formas de agir que ela aprendeu e que se revelaram adaptados às circunstâncias de que dispôs durante a infância. São por isso também modelos que ela vai privilegiar na sua acção interpessoal futura (Cummings & Cicchetti, 1990; Field, 1995). Daí a importância da natureza das primeiras relações no curso das relações futuras do indivíduo.

Para além do mais, *"o conhecimento que o bebé adquire a respeito das pessoas e os comportamentos que ele aprende a ter para com elas, resultam originalmente da interacção que mantém com a mãe e dos diferentes comportamentos que a mãe exibe nessa circunstância"* (Meltzoff & Moore, 1994, p. 96). Dado que o bebé não é ainda capaz de acção independente, durante os primeiros meses de vida, a interacção com a mãe é consequentemente a única forma que o bebé dispõe para se conhecer a si, para conhecer os outros e para conhecer o mundo em geral.

A interacção mãe-bebé pode então ser considerada uma experiência crucial ou crítica para o desenvolvimento da criança, na medida em que, por um lado, a interacção com a mãe possibilita que o bebé aprenda a relacionar-se com as outras pessoas — ou seja, *"aprenda a participar em incidentes humanos"* (Stern, 1980, p. 9) — e na medida em que, por outro lado, a interacção que estabelece com a mãe vai moldar a experiência futura da criança com o mundo, pessoas e objectos, porque nesses precisos momentos a criança está também a aprender a respeito de si e do que pode esperar dos outros (Bowlby, 1973/1978).

A interacção mãe-bebé ocorre nos momentos de formação dos processos de vinculação da criança à mãe, contribuindo significativamente para a qualidade dos mesmos (e.g., Cramer, 1993), dado que *"o percurso desenvolvimental, ao longo do qual*

o comportamento de vinculação e a sua organização interna se orientam, tem como principais determinantes as experiências que o sujeito teve com as suas figuras de vinculação durante a infância e a adolescência" (Soares, 1992, p. 57). Com efeito, os estudos mostram que a qualidade da interacção do bebé com a mãe é o factor mais determinante para a aquisição de um padrão seguro de vinculação à mãe. Desta evidência empírica resulta igualmente a importância que deve ser dada à interacção mãe-bebé.

Na sequência das suas interacções com a mãe, o indivíduo constrói determinados modelos internos operantes — que se constituem em representações de si e do mundo social — que determinam o modo como o indivíduo vai futuramente organizar a sua acção com os outros, pessoas e objectos. *"São modelos experimentais do mundo e do lugar que aí se ocupa, através dos quais se registam experiências, se prevêem acontecimentos futuros e se elaboram planos para a acção"* (Bowlby, 1973/1978, p. 269).

Um dos principais elementos de tais modelos é a concepção que o indivíduo tem de *"quem são as suas figuras de vinculação, de onde pode encontrá-las, e de como espera vê-las responder aos seus apelos... Sobre a estrutura destes modelos fundam-se as previsões do indivíduo quanto ao grau de acessibilidade e de adesão que pode ter das figuras de vinculação no caso de necessitar da sua ajuda ... ele crê que as figuras de vinculação estão geralmente disponíveis num sítio determinado ou, pelo contrário, teme que elas não estejam disponíveis* (Bowlby, 1973/1978, p. 269). Posteriormente, *"o modo como o comportamento de vinculação se torna organizado na personalidade vem a transformar-se no padrão das vinculações que o indivíduo estabelecerá ao longo da vida"* (Soares, 1992, p. 57).

Bowlby (1973/1978) especifica que, em função das suas interacções adequadas ou inadequadas com a mãe, o bebé forma um modelo interno — caracterizado ou não por um auto-conceito positivo e pela confiança ou não na disponibilidade dos pais e do contexto social em geral — que garante ou não uma acção adaptada com a realidade física e social.

Mais recentemente, foram publicados numerosos estudos empíricos que confirmam estas formulações teóricas de Bowlby e mostram como a qualidade da interacção mãe-bebé condiciona a qualidade da vinculação que o bebé estabelece com a mãe, e, através desta mesma, determina o bem-estar e a maturidade da criança durante a idade pré-escolar e escolar. Esses estudos serão apresentados e discutidos no final deste capítulo.

Para além disso, o modelo interactivo tem também vindo a assinalar o contributo de ambos — da mãe e do bebé — no estabelecimento da interacção mãe-bebé. Bell (1968) foi o primeiro a sugerir a importância de se considerar o efeito provocado pela criança sobre os cuidados que lhe são dispensados pelos pais, muito depois de já ter sido divulgado o efeito provocado pela mãe sobre a criança.

Este modelo *"reconhece consistentemente quer a contribuição do organismo estruturado, quer a do ambiente"* (Ainsworth, 1976, p.17) no desenvolvimento do indivíduo, pois *"tal como o contexto muda o indivíduo também o indivíduo pode mudar o contexto"* (Lerner & Busch-Rossnagel, 1981, p. 3), pelo que estabelece que a criança não sofre passivamente as influências do meio.

De facto, o que é realmente novo no modelo interactivo ou transaccional é a ênfase colocada nos efeitos da criança sobre o meio — diferentes características da criança vão provocar diferentes respostas por parte do meio — pelo que a experiência providenciada pelo meio-ambiente não é independente da criança (Sameroff, 1993).

Por último, assinale-se que o estudo da interacção mãe-bebé só pode ser feito mediante a adopção da perspectiva interactiva, na qual *"a interacção é vista como um sistema diádico, no qual as influências se movem em ambas as direcções "* (Stern, 1974, p. 187) — da mãe para o bebé e do bebé para a mãe.

Depois de ter mostrado o efeito que o bebé pode ter na qualidade da interacção que mantém com a mãe, a investigação a respeito das diferenças individuais voltou-se para a compreensão de um fenómeno relacionado bem mais complexo — a resiliência.

Nos finais dos anos 80, algumas investigações empíricas, levadas a efeito sobre as condições de risco para o desenvolvimento da criança, começaram a mostrar que, se muitas crianças fracassam, outras crianças, na presença de certas características da própria pessoa e do meio, perante as mesmas condições adversas, escapam aos efeitos negativos que geralmente decorrem das mesmas. Estes estudos revelaram assim que existem variações na resposta dos indivíduos às situações adversas e ao *stress* (Rutter, 1985). E, *"ao fenómeno de manter um funcionamento adaptado na presença de condições de risco muito adversas, designou-se por resiliência"* (Rutter, 1990b, p. 209).

Foram então levados a efeito estudos no sentido de encontrar quais as características individuais que permitem que alguns bebés, na presença de factores de risco sociais e biológicos, lidem com sucesso com tais circunstâncias adversas e se tornem resilientes, enquanto que outros se mostram vulneráveis perante essas mesmas condições (e.g., Werner, 1988).

Na sequência desses estudos, o bebé mostrou-se essencialmente plástico e muito mais resistente do que se supunha anteriormente; revelou competências extraordinárias para lidar com as adversidades ambientais e biológicas e para se adaptar às mais variadas circunstâncias do meio.

Os conceitos de resiliência e factores protectivos, propostos mais recentemente, contrapõem-se pela positiva aos seus anteriores — vulnerabilidade e factores de risco (Werner, 1990).

Por resiliência, entenda-se pois as características individuais que se interpõem à trajectória causal do risco e permitem a adaptação do indivíduo, na presença de adversidades. Por factores protectivos, entenda-se os processos que, ao interagir com os factores de risco, reduzem a probabilidade de se verificarem as consequências negativas que geralmente lhe estão associadas (Zimmerman & Arunkumar, 1994).

Finalmente, convém igualmente referir que o interesse dedicado ao estudo da interacção mãe-bebé pode ser justificado a partir das mais significativas perspectivas teóricas da Psicologia.

Nomeadamente, tal interesse é apontado pela Psicanálise que considera que a relação que a criança estabelece com a mãe se constitui como um protótipo das suas relações futuras com os outros e com os objectos, pois, como comentou Freud, *"a criança aprenderá a amar outras pessoas, ... mas este amor forma-se sobre o modelo das relações estabelecidas com a mãe durante o período de aleitamento e em continuidade com ele"* (Freud, 1962, p. 133).

Mais tarde, Winnicott (1975) acrescenta que o bebé, quando olha para a mãe, durante a interacção que estabelece com ela, aprende a respeito de si próprio, pois a cara da mãe funciona como um espelho para si.

Mas também, mais recentemente, a perspectiva constructivista aponta para o facto de que, nas primeiras interacções com a mãe, o indivíduo constrói um primeiro significado a respeito de si e do mundo (Guidano, 1987). Esse significado resulta daquilo que a criança pode observar na mãe enquanto interage com ela. Isto é, resulta de um efeito que se denomina *"loocking-glass effect"* e que consiste no facto de a criança aprender a propósito de si através do seu reflexo na mãe, tal como cada um pode aprender a seu respeito pela observação do seu reflexo num espelho (Popper & Eccles, 1977). Na interacção com a mãe, a criança aprende a ser, na medida em que aprende a reconhecer-se a si própria e, progressivamente, irá unificar os conhecimentos que adquiriu a seu respeito numa identidade definida.

2. O que é a Interacção Mãe-Bebé?

A interacção mãe-bebé tem sido entendida como o *"diálogo comportamental"* (Bakeman & Brown, 1977) ou a *"conversa"* (Trevarthen, 1979) que acontece entre a mãe e o bebé, no objectivo muito particular de comunicarem e de partilharem o prazer de estarem juntos (e.g., Bower, 1983; Stern, 1980).

Trata-se de um processo ao longo do qual *"a mãe entra em contacto com o bebé, dirigindo-lhe algumas mensagens, e o bebé, por sua vez, responde-lhe com recurso aos seus próprios meios"* (Lebovici, 1983, p. 95).

A interacção mãe-bebé estabelece-se desde os primeiros encontros da mãe com o bebé. Tipicamente, quando é pegado, quando é tocado e se lhe fala serenamente, o bebé responde, por sua vez, sorrindo e vocalizando para a mãe (Brackbill, 1958), dando lugar à interacção.

Marshall Klaus e John Kennell (1976) foram talvez os primeiros autores a estudar e a descrever a interacção mãe-bebé. Impressionados com a adequação do equipamento hormonal, sensorial e comportamental da mãe e do bebé, privilegiaram o relato de um conjunto de processos biológicos e de comportamentos interactivos que facilitam que a mãe e o bebé entrem precocemente em contacto e rapidamente se adaptem um ao outro.

Posteriormente, e considerando a interacção mãe-bebé sobretudo como um diálogo, outros autores elegeram a sequência de actos comunicativos no seu estudo, ou seja, *"os modos pelos quais a mãe e o bebé se respondem mutuamente"* (Bakeman & Brown, 1977, p. 195).

Colwyn Trevarthen (1977, 1979) e Tyffany Field (1990), por exemplo, analisam também a interacção mãe-bebé sob o prisma dos acontecimentos comunicativos. Trevarthen foi aliás o primeiro autor a considerar que, na interacção com a mãe, o bebé expressa rudimentos de intenção comunicativa.

Com efeito, este autor observa que o bebé exibe um conjunto de movimentos expressivos que têm uma configuração semelhante à que o adulto executa quando fala. Movimentos sincronizados dos lábios e da língua — que o autor designa de *"prespeech"* — acompanhados ou não de vocalizações, que são a maior parte das vezes associados e articulados com outros movimentos conjuntos dos braços e das

mãos — que o autor designa de *"gesticulation"*, dado a sua semelhança com o que acontece nos encontros comunicativos entre adultos. Estes movimentos expressivos têm, segundo o autor, uma intenção comunicativa, e permitem que a mãe os reconheça enquanto dotados de tal intenção — fenómeno que designa por *"subjectividade"*.

Mas o bebé é ainda capaz de reconhecer intenção comunicativa nos movimentos expressivos da mãe e de lhe transmitir uma impressão a respeito desse conhecimento — fenómeno que Trevarthen (1977, 1979) designa por *"intersubjectividade"*.

Assim, e como o veremos detalhadamente ao longo deste capítulo, o bebé humano nasce com algum conhecimento relativo à *"humanidade"* das pessoas com as quais tem de interagir e dispõe de algumas estratégias para sinalizar esse conhecimento (Field, 1990), o que fortalece os mecanismos de identificação e envolvimento mútuo.

Nas trocas comunicativas iniciais do bebé com a mãe, a presença destes dois fenómenos — mostrar e reconhecer intenção comunicativa — testemunha que existe uma verdadeira interacção — entendida como uma interacção que opera em moldes semelhantes à que se verifica entre os indivíduos em geral — entre o bebé e a mãe, na medida em que permite que uma verdadeira troca de intenções comunicativas aconteça na díade.

Outros autores justificam a existência de uma verdadeira interacção nos encontros entre a mãe e o bebé com a evidência de duas outras características que consideram aí observáveis: a mutualidade e a reciprocidade.

A mutualidade é a partilha de estados de experiência afectiva na díade, ou seja, *"o facto de a mãe e o bebé parecerem um só, a julgar pelos seus estados afectivos análogos"* (Lebovici, 1983, p. 172).

A reciprocidade consiste no facto de cada membro da díade perceber, tomar em conta e alterar o seu comportamento, em função do comportamento que observa no parceiro, e tem sido verificada por numerosos investigadores (e.g., Brazelton, Kolowski, & Main, 1974; Brazelton, 1989; Murray & Trevarthen, 1985; Tronick, Cohn, & Shea, 1986).

Este processo — igualmente designado por *feedback*, influência mútua, recíproca ou bidireccional — indica que a conduta de cada elemento da díade influencia, tanto quanto é influenciada pela conduta do parceiro (Mazet, 1993). Consequentemente, entre o bebé e a sua mãe, estabelece-se uma espiral de transacções (*"spirale transactionnelle"*) (Lebovici & Soulé, 1970).

A interacção mãe-bebé pode assim ser conceptualizada como *"um sistema diádico de troca de mensagens afectivas, mútua e reciprocamente regulado"* (Tronick, et al., 1986, p.11) porque *"desde o início, quer a mãe quer o bebé participam nele activamente"* (Brazelton, 1989, p.18) e porque cada membro estabelece as suas próprias propostas interactivas em função das propostas interactivas do outro (Tronick et al., 1986) — isto é, porque a acção interactiva de cada membro da díade tem em vista e toma em consideração a acção do outro membro (Stern, 1974, 1980).

No entanto, embora exista total acordo entre os investigadores quanto à ocorrência de uma mutualidade de interesses e de estados afectivos na interacção entre a mãe e o bebé, nem todos verificam, como o veremos mais adiante, o estabelecimento de uma verdadeira regulação recíproca entre o comportamento dos dois membros da díade.

Schaffer (1989), por exemplo, argumenta que não se trata senão de uma *"pseudo-reciprocidade"*, pois o que se observa resulta da acção da mãe em fazer parecer que o bebé lhe está a responder, quando a conduta deste é, na realidade, perfeitamente independente da conduta da mãe.

Certos autores, e exemplarmente Daniel Stern, conduziram a nossa atenção para a verificação de que a interacção mãe-bebé é, também, um processo interactivo único e singular, distinto daquilo que acontece entre os indivíduos em geral, dado que muitos dos comportamentos que são exibidos pela mãe na presença do bebé representam *"variações invulgares do seu comportamento habitual com o adulto"* (Stern, 1974, p. 187), sendo específicos da interacção com o bebé. Exemplos destas variações serão igualmente dados ao longo do capítulo.

Convém por último assinalar que os autores ligados à perspectiva psicanalítica nos brindaram com uma noção de grande interesse teórico e clínico — a noção de *"interacção fantasmática"* (Cramer, 1987; Kreisler & Cramer, 1981; Lebovici, 1983; Soulé, 1987), alertando-nos para as interacções recíprocas que ocorrem entre os mundos subjectivos da mãe e do bebé, e que se estabelecem para além do que pode ser directamente observado.

A noção de interacção fantasmática foi introduzida por L. Kreisler e B. Cramer (1981) para nos dar conta da interacção que se verifica ao nível da vida psíquica da mãe e do bebé. Tal interacção fantasmática resulta do facto de a mãe atribuir significado e interpretar o comportamento do bebé à luz das suas próprias vivências e funcionamento psíquico, sendo com base nestas impressões — isto é, a partir das fantasias que constrói em volta de si e dos seus parentes mais próximos, assim como em

volta dos seus medos e ideais — tanto quanto a partir do comportamento do bebé em si, que a interacção se estabelece.

As fantasias e percepções da mãe interferem no seu modo de estar com o bebé, pelo que é necessário considerar o modo como o bebé é investido no universo das fantasias da mãe (Soulé, 1987). Com efeito, observa-se que, na interacção com o bebé, a mãe está capaz de uma acção mais adequada quando está positivamente envolvida com o bebé, do que quando ao invés o bebé lhe faz lembrar, por exemplo, uma pessoa com quem mantém uma relação ambivalente (Stern, 1974).

Por vezes, a mãe enceta uma interacção com o bebé que molda na sua relação passada com uma pessoa significativa, que se constitui num verdadeiro *"fantasma que invade o quarto da criança"* (Fraiberg, Adelson, & Shappiro, 1983, p. 57), sendo que neste caso a criança não é considerada na sua individualidade, mas apenas no lugar que ocupa no mundo inconsciente da mãe.

Assim, mais recentemente, uma atenção muito particular tem sido dada ao mundo representacional da mãe, e a importância das imagens mentais e fantasias maternas na interacção que a mãe estabelece com o bebé tem sido alvo de estudo. Como o salienta Peter de Château (1995), poucas horas depois de nascerem, os bebés são capazes de muitas coisas, como por exemplo, são capazes de mover os seus braços em direcção à mãe, mas é sobretudo a mãe que percebe esse comportamento como uma mensagem e o interpreta como um sinal. Este processo representacional — iniciado durante a gravidez, período durante o qual a mãe começa a imaginar o seu bebé, criando um espaço mental, antes de o bebé ser criado no seu espaço físico — determina muito do que de facto acontece na interacção mãe-bebé.

Enquanto que os estudos objectivos se esforçaram por descrever *"como"* se estabelece a interacção entre a mãe e o bebé, os estudos subjectivos têm vindo a estudar os *"porquês"* de determinados comportamentos interactivos, nomeadamente de determinados comportamentos interactivos inadequados (Brazelton & Cramer, 1993). Mais, os autores da psicanálise consideram que, *"muito embora as descobertas recentes da psicologia do desenvolvimento sejam interessantíssimas, elas estarão votadas à esterilidade do ponto de vista clínico, a menos que estejamos prontos a fazer saltos dedutivos, em termos da experiência subjectiva do bebé"* (Stern, 1989, p.15).

Assim, podemos concluir que a interacção mãe-bebé se estabelece a três níveis — a nível comportamental, a nível emocional e a nível fantasmático — devendo ser considerada na sua tripla dimensão (Mazet, 1993).

3. Características da Interacção Mãe-Bebé

Este ponto propõe-se descrever a conduta da mãe e do bebé nos encontros que estabelecem entre si, privilegiando os acontecimentos comportamentais, comunicacionais, emocionais e subjectivos, que serão apresentados, primeiro a respeito do bebé e depois a respeito da mãe.

Afim de compreender a interacção que precocemente se estabelece na díade, torna-se necessário, antes de mais, fazer referência às inúmeras competências sensoriais e activas do bebé que permitem que essa interacção aconteça.

Nesse sentido, no ponto seguinte descreveremos as competências sensoriais do bebé na interacção com a mãe e, no ponto subsequente, as competências comportamentais que o bebé põe em acção quando interage com ela.

3.1. Competências sensoriais do bebé na interacção com a mãe

Comparado com o recém-nascido de outras espécies animais, o bebé humano está relativamente pouco munido no plano motor, mas grandemente equipado no plano sensorial (e.g., Brazelton, 1981), sendo que a espécie humana é a única na qual todos os sistemas sensoriais estão aptos a funcionar antes do nascimento (Gottlieb, 1971).

Como veremos ao longo deste ponto — sucessivamente a propósito da visão, da audição, do olfacto, do gosto e do tacto — temos hoje em dia um grande leque de estudos empíricos que demonstram a presença de elevada sensibilidade sensorial no bebé humano, desde a nascença ou mesmo antes. Esses estudos mostram ainda que a referida sensibilidade está especialmente direccionada para as pessoas, o que facilita a tarefa de o bebé prestar preferencialmente atenção aos acontecimentos humanos, em detrimento de considerar outros estímulos que possam estar presentes no seu meio-ambiente.

A elevada sensibilidade sensorial do bebé, especialmente vocacionada para os estímulos humanos, faz do bebé um ser eminentemente social e capacitam-no para o papel de um verdadeiro interlocutor na interacção com a mãe, na medida em que

lhe permite atender de forma particular à estimulação social e às mensagens comunicativas provenientes da mãe (e.g., Shappi, 1987).

Relativamente à visão, o bebé parece estar constitucionalmente preparado para prestar mais atenção a estímulos com determinadas características configuracionais específicas, designadamente um certo grau de complexidade e de contraste claro-escuro. Curiosamente, o rosto humano pode fornecer ao bebé uma das melhores combinações dessas características visuais que ele está constitucionalmente preparado para achar fascinantes (e.g., Fantz, 1963; Haaf & Beel, 1967; Sai & Bushness, 1988).

A preferência visual do bebé é, no entanto, muito mais determinada pela semelhança do estímulo com a face da mãe do que pela presença dessas características configuracionais específicas, as quais, na idade de 3 meses, já não são suficientes para, por si só, captar a atenção do bebé (Dannemiller & Stephens, 1988).

O bebé recém-nascido presta mais atenção a um rosto que se movimenta expressivamente do que a um rosto parado (Carpenter, 1975) e presta mais atenção a faces reais do que a padrões faciais em que os elementos configurativos da face humana, embora presentes, sejam mostrados de forma misturada (Dziurawiec & Ellis, 1986). Logo à nascença, o bebé humano está capaz de discriminar as expressões faciais da mãe (Barrera & Mauer, 1981; Caron, Caron, & McLean, 1988; Ludeman & Nelson, 1988), e, na idade de 5 meses, estará apto a expressar a sua sensibilidade à informação afectiva presente nas expressões faciais da mãe (Balaban, 1995).

Os recém-nascidos com poucos dias de vida olham mais prolongadamente para a face da mãe do que para a face de uma pessoa estranha, quer ela lhe seja apresentada realmente ou virtualmente, através de um vídeo ou de uma fotografia (Barrera & Mauer, 1981; Carpenter, 1975; Field, Cohen, Garcia, & Greenberg, 1984; Pascalis, Schonen, Morton, Deruelle, & Fabre-Genet, 1995; Walton, Bower, & Bower, 1992).

Um estudo recente mostrou que é a partir da côr e do contorno do cabelo da mãe, particularmente na linha de separação do cabelo com a face, que o bebé reconhece e distingue a mãe de uma pessoa estranha (Pascalis et al., 1995).

O bebé recém-nascido exibe mal-estar se a voz da mãe lhe é apresentada com uma proveniência diferente do local onde pode ver a sua cara (Aronson & Rosenbloom, 1971). Aos 4-5 meses, o bebé prefere olhar, e olha por períodos maiores de tempo, para uma face em que se verifique o emparelhamento correcto entre o som que é emitido e o som que é articulado, do que para uma face em que esse emparelhamento não se verifique de modo apropriado (Dodd, 1979; Kuhl & Meltzoff, 1988; Walton & Bower, 1993).

Para além disso, a presença visual da mãe — mais do que a presença de qualquer outro estímulo, nomeadamente mais do que a presença visual de uma pessoa estranha — irá eliciar o repertório interactivo do bebé, particularmente o sorriso e as vocalizações que têm em vista a comunicação com o outro (Bloom & Esposito, 1975; Drivas, Roe, & Roe, 1983; Dixon, Yogman, Tronick, Adamson, Als, & Brazelton, 1981).

Os resultados das investigações que apresentamos até ao momento permitem concluir que o recém-nascido humano está logo à nascença especialmente predisposto para prestar atenção visual à mãe e que a mãe é o estímulo visual da sua preferência. Consequentemente, o bebé adquire muito rapidamente algum conhecimento visual da mãe, sendo capaz de a reconhecer, de a discriminar e de lhe responder adequadamente, nomeadamente de responder às expressões faciais da mãe que são precisamente o que ela possui com mais valor comunicativo.

Quando nasce, o bebé já está acostumado à voz da mãe, assim como a todas as outras sonoridades que dela provêm e que ele pôde ouvir durante os últimos meses de gestação. Com efeito, os dados das investigações que apresentamos já a seguir indicam que o bebé humano adquire durante a sua vida uterina alguma familiaridade com uma vasta gama de sonoridades provenientes da mãe. Essa familiaridade faz com que o bebé esteja, logo à nascença, muito mais atento aos sons humanos — e, particularmente, à fala e aos sons provenientes especificamente da mãe — do que aos sons não-humanos, e traduz-se numa adaptação prévia — i.e., anterior ao nascimento — do bebé à sociedade humana em geral e à língua da mãe em particular.

A preferência auditiva do bebé pelos estímulos humanos — e muito particularmente pela voz da mãe — foi largamente estudada. Essa preferência foi testada quando se observou que o bebé com poucas horas de vida prestava atenção selectiva aos sons humanos, em detrimento da atenção que presta a outros estímulos sonoros presentes no seu meio-ambiente (e.g., Cairns & Butterfield, 1975; DeCasper & Fifer, 1980).

Com efeito, observa-se que o bebé com poucas horas de vida discrimina e atende particularmente à voz da mãe — o que é demonstrado, por exemplo, no facto de chupar selectivamente um biberão não-nutritivo para poder continuar a ouvir a voz dela (DeCasper & Fifer, 1980). Observa-se também que o bebé com poucas horas de vida discrimina e atende particularmente à língua da mãe — o que é demonstrado, por exemplo, no facto de preferir ouvir a língua da mãe a ouvir uma língua estrangeira (Moon, Cooper, & Fifer, 1993).

Para além disso, o bebé acalma-se muito mais facilmente na presença de sons com uma periodicidade semelhante à dos batimentos cardíacos humanos do que na presença de sons com uma periodicidade inferior ou superior àquela (Salk, 1962; Montagner, Schaal, Millot, Filiatre, Cimaresco, Rochefort, & Taillard, 1989), pelo que podemos dizer que o bebé se acalma preferencialmente na presença de estímulos auditivos semelhantes aos que são produzidos pelo coração da mãe (Château, 1995).

O bebé recém-nascido é pois capaz de efectuar discriminações auditivas muito finas, tal como também o certifica o facto de ele reconhecer o seu próprio choro, parando de chorar quando o ouve, e assim como o facto de ele distinguir o seu choro do choro de um outro bebé, na presença do qual continua a chorar (Martin & Clark, 1982; Sagi & Hoffman, 1976).

A familiaridade com as sonoridades provenientes da mãe, que se verifica antes mesmo do bebé nascer, implica que, quando contacta com a mãe após o nascimento, o recém-nascido já tenha efectuado uma adaptação prévia aos sinais auditivos humanos. Isso faz com que o bebé esteja muito mais atento aos sons humanos — e, particularmente aos sons que provêm especificamente da mãe e da língua desta — do que aos sons não humanos.

Com efeito, verifica-se que os bebés, depois de nascerem, estão muito mais atentos aos sons que lhe são familiares porque os ouviram no útero do que aos sons que são para eles desconhecidos (DeCasper & Fifer, 1980).

Recentemente, observou-se que, aos 2 dias de vida, os bebés recém-nascidos preferiam ouvir a sua língua nativa (Inglês/Espanhol) a ouvir uma outra língua que não a sua (Espanhol/Inglês), o que pode ser o resultado da sua experiência pré- e/ou pós-natal com essa mesma língua (Moon, Cooper, & Fifer, 1993).

E, mais recentemente ainda, DeCasper, Lecanuet, Busnel, Granier-Deferre, e Maugeais (1994) obtiveram provas empíricas de que o bebé é capaz, ainda no útero, de reconhecer os sons das vocalizações da mãe, em função da familiaridade que estabeleceu com esses mesmos sons. Com efeito, estes autores ao sujeitarem 28 bebés a uma condição experimental que consistia na mãe cantar um pequeno refrão todos os dias, entre a 33ª e a 37ª semana de gravidez, verificaram que, na 37ª semana de gestação, os bebés reconheciam e discriminavam o refrão que tinham ouvido, relativamente a um outro que não tinham ouvido, dado que observaram uma diminuição dos batimentos cardíacos do bebé em resposta ao estímulo alvo que não observaram em resposta ao estímulo de controlo, o qual não produziu nenhuma alteração nos padrões cardíacos do bebé. Esta verificação conduziu os autores citados a concluir que *"no 3° trimestre de gestação, o feto é já capaz de ganhar familiaridade com os sons da fala da mãe que lhe sejam apresentados repetidas vezes..*

dado que a exposição a certos sons específicos afecta a sua subsequente reacção a esses mesmos sons" (DeCasper et al., 1994, p.163).

Conclui-se que a exposição pré-natal à linguagem e aos sons humanos a que o bebé é sujeito pela mãe, estimula a sua reacção a determinados sons após a nascença, designadamente, tal como se verifica nos estudos atrás assinalados, a sua preferência pelos sons humanos, e a sua atenção particular ao diálogo humano depois de nascer.

O olfacto é um sentido muito importante para o recém-nascido humano, sobretudo numa altura em que a visão à distância lhe é ainda difícil, na medida em que facilita ao bebé a tarefa de localizar e de identificar a mãe. A identificação da mãe através do cheiro é uma competência perceptiva do bebé que tem sido consistentemente observada (e.g., Macfarlane, 1975, Russell, 1976, Montagner et al., 1989).

Macfarlane (1975), por exemplo, observou que bebés com 5 dias de vida passavam muito mais tempo voltados para uma compressa que tinha estado em contacto com o seio da mãe do que para uma compressa limpa. Observou ainda que, aos 8-10 dias de vida, esses mesmos bebés estavam capazes de distinguir entre uma compressa usada junto do seio da mãe e uma compressa usada nas mesma condições por uma outra mãe que não a sua. Outros autores mostraram que a preferência evidenciada pelo bebé em relação ao cheiro da mãe se faz mesmo que a compressa utilizada não tenha estado em contacto com o seio da mãe, mas com qualquer outra parte do seu corpo, por exemplo a nuca (Montagner et al., 1989).

O odor produzido pela mulher em período de aleitamento tem particularidades olfactivas muito atraentes, o que de igual modo contribui para determinar a preferência do bebé pelo cheiro da mãe em relação aos cheiros de outros estímulos do seu meio-ambiente (Martin & Porter, 1989).

Assim se conclui que, também a nível olfactivo, o bebé exibe elevada sensibilidade sensorial, discriminando e preferindo à nascença os estímulos olfactivos provenientes da mãe em detrimento de outros estímulos olfactivos que possam estar presentes no seu meio-ambiente.

Em relação ao gosto, as evidências empíricas sugerem que o bebé humano é capaz de distinguir o sabor de uma variedade de soluções aquosas, mostrando uma

resposta respiratória, suctória e expressões faciais diferentes, adequadas às características da solução que lhe é apresentada (Lipsitt, 1977; Rosenstein & Oster, 1988). Os estudos apontam ainda que o esforço que o bebé necessita realizar na ingestão de leite humano é significativamente menor ao que realiza na ingestão de leite de vaca (Johnson & Salisbury, 1975). A sua preferência vai para as soluções açucaradas (Crook, 1978).

O tacto é o primeiro sentido humano a funcionar ainda no útero e a desenvolver-se após o nascimento. Observam-se, no bebé recém-nascido, diferentes reacções cutâneas a diferentes estímulos tácteis que ele está capaz de discriminar (Field, 1990).

Mais surpreendente ainda que a elevada sensibilidade sensorial do bebé humano, é a sua capacidade para realizar coordenações entre diferentes modalidades sensoriais. Da coordenação entre diferentes modalidades sensoriais resulta o facto de o bebé saber que a presença de informação recebida através de um determinado canal sensorial implica a presença de informação disponível num outro e determinado canal sensorial (Bower, 1983). É o que acontece, por exemplo, entre a visão e a audição, quando o bebé vira a cara para o local onde pressupõe que esteja o estímulo que origina o som que percepciona e estranha caso não encontre nenhum estímulo visual que, nesse local, justifique o som que ouve (e.g., Broese, Peltola, & Crassini, 1983; Muir & Field, 1979; Wertheimer, 1961)

A coordenação entre modalidades sensoriais é uma competência de extrema importância para que a interacção mãe-bebé decorra e permite que o bebé comece a elaborar os primeiros quadros representativos da mãe (Figueiredo, 1996).

As evidências empíricas que foram aqui sucessivamente apresentadas mostram que o bebé humano é um ser socialmente competente, capaz de controlar o seu *input* sensorial, na medida em que escolhe a estimulação à qual quer preferencialmente atender.

As características dos estímulos que parecem ser objecto da preferência sensorial do bebé e aos quais ele destina maior atenção são — quer ao nível visual, quer ao nível auditivo, olfactivo, gustativo ou táctil, como se mostrou na investigação que apresentamos — aquelas que existem mais provavelmente nas pessoas humanas, e muito especialmente na mãe, do que na maior parte dos estímulos que o bebé tem ao

seu dispor no meio-ambiente. Talvez por isso, muitos dos comportamentos do bebé são apenas vistos na sua expressão máxima durante a interacção que estabelece com a mãe (Stern, 1974).

Aliás, também se mostrou que, ainda no útero, o feto humano é já condicionado por um conjunto de estímulos maternos, pelo que os seus padrões de reacção são moldados e preparados para os estímulos que depois de nascer vai especificamente encontrar junto das pessoas. Com base nesta evidência, fala-se de uma *"pré-adaptação social"* do bebé recém-nascido humano ou *"ready-made social-emotional being"* (e.g., Field, 1990; Schaffer, 1989).

O bebé parece vir ao mundo especialmente sensível à estimulação proveniente das pessoas e, como veremos no ponto seguinte, muito rapidamente o bebé vai colocar as competências perceptivas que acabamos de expor *"ao serviço das suas necessidades e desejos sociais"* (Bower, 1987, p. 49).

3.2. Competências comportamentais do bebé na interacção com a mãe

Bowlby (1969, 1976) assinala no recém-nascido a presença de um certo número de comportamentos inatos que se destinam a colocá-lo em contacto com a mãe. Insiste assim na orientação social primária do bebé humano, pois estes comportamentos teriam como única função o facilitar a interacção social do bebé com os outros membros da sua espécie.

Mais precisamente, o autor refere um repertório composto por 7 comportamentos que, ou sinalizam à mãe a presença do bebé e proporcionam a sua aproximação (gritar, arrulhar e balbuciar), ou providenciam a aproximação do bebé à mãe (sorrir, seguir visualmente, agarrar-se e sugar). Estes padrões comportamentais que ocorrem logo à nascença são activados pela presença de determinados estímulos do meio e vão actuar *"como desencadeadores sociais das respostas instintivas da mãe"*, cumprindo assim a sua função — a de ligar o bebé à mãe e de ligar a mãe ao bebé (Bowlby, 1976, p.139).

Os estudos que passamos a descrever mostram que o bebé produz um vasto repertório de comportamentos na interacção com a mãe. Estes comportamentos possibilitam que o bebé vá para além do atender à mãe — ou seja, permitem que o bebé responda de forma adequada à estimulação sócio-emocional de que é alvo.

O vasto repertório comportamental que o bebé põe em acção quando se encontra com a mãe garante que muito precocemente uma verdadeira interacção possa acontecer na díade e faz com que a mãe considere o bebé um verdadeiro

parceiro interactivo, pois, tal como testemunha a impressão subjectiva da mãe e a investigação científica na área, esse repertório indica o interesse e a disposição comunicativa do bebé.

Para além de um conjunto de comportamentos e de expressões comunicativas que o bebé põe em acção nos seus encontros com a mãe, o bebé é ainda capaz de uma conduta altamente organizada e de certo modo previsível, bem como de iniciativas comportamentais susceptíveis de influenciar o curso dos acontecimentos comunicativos que acontecem entre ele e a mãe, como igualmente o veremos de seguida.

O bebé é capaz de produzir um importante conjunto de expressões faciais, configurativas de uma diversidade de emoções humanas. Com efeito, foram sinalizadas na presença da mãe, um elevado número de expressões faciais do bebé, entre as quais as sete expressões consideradas universais — interesse, surpresa, tristeza, zanga, desgosto, contentamento e medo (Darwin, 1877; Field, Greenberg, Woodson, Cohen, & Garcia, 1984; Oster & Ekman, 1978).

O facto de o bebé exibir estas expressões faciais poderá (Izard & Malatesta, 1987) ou não ser acompanhado das respectivas vivências emocionais, embora permita certamente que aconteça uma comunicação mais efectiva na díade, na medida em que possibilita transmitir mensagens emocionais específicas, as quais as mães são capazes de identificar no seu valor comunicativo próprio e às quais sabem responder de modo adequado, atribuindo-lhes o significado emocional e social definido pela cultura em que vivem (e.g., Emde, Kligman, Reich, & Wade, 1978; Izard, Huebner, Risse, MgGuinnes, & Dougherty, 1980; Szajnberg, Skrinjaric, Vidovic, & De Zan, 1994).

A estas expressões faciais do bebé, as mães respondem de modo adequado, no valor social e emocional que lhes é próprio — como tipicamente se verifica relativamente ao sorriso (Bower, 1983) — pelo que se conclui que na presença de tais expressões faciais a comunicação de intenções pode eficazmente prosseguir na díade.

Também a extensa gama de vocalizações, com propriedades acústicas muito amplas, que o bebé é capaz de emitir na interacção com a mãe, tem um enorme poder comunicativo — nomeadamente porque fornece informações a respeito do estado comportamental e emocional que o bebé vivencia no momento, favorece todo um conjunto de diferentes atribuições sociais e suscita uma extensa e diversa

gama de respostas afectivas por parte da mãe, tal como anteriormente se viu a propósito das expressões faciais, enriquecendo a comunicação na díade (Acebo & Thoman, 1992; Masataka & Bloom, 1994; Papousek, 1989).

Na ausência de competência verbal, os bebés vão ter de usar os contornos das suas vocalizações para transmitir as suas intenções comunicativas ao meio.

As vocalizações dos bebés que servem os mesmos propósitos comunicativos têm os mesmos contornos linguísticos em diferentes culturas (Masataka, 1993), assegurando deste modo que possam ser entendidas por qualquer pessoa. Na ausência de competência verbal esses contornos são os únicos meios de que o bebé dispõe para transmitir à mãe as suas necessidades, vontades e emoções específicas.

O choro/grito do bebé, por exemplo, é descodificado e desperta uma resposta — que é de aproximação ao bebé — semelhante em pessoas de idade e sexo diferente (Boukydis & Burgess, 1982; Gustafon & Harris, 1990; Papousek, 1989). O choro/grito do bebé altera os padrões fisiológicos de quem o ouve (e.g., Frodi, 1985), significa mal-estar e determina em todos nós uma vontade premente de procurar resolver a causa do desconforto do bebé (e.g., Gustafon & Harris, 1990).

As evidências empíricas expostas permitem concluir que o bebé é competente para comunicar com o meio. Com efeito, os estudos mostram que o bebé se serve não só de uma extensa gama de expressões faciais, como ainda de vocalizações com características sonoras diferentes, que estimulam significações e comportamentos diversos no seu parceiro interactivo.

Ainda a propósito da competência interactiva do bebé humano, a sincronia interactiva é uma outra notável evidência empírica. Refere-se à circunstância de o bebé responder de forma selectiva à fala humana, exibindo determinados movimentos corporais, em ritmos precisos, perfeitamente coordenados com as unidades básicas do discurso humano, movimentos que o bebé não exibe na presença de outros estímulos sonoros (Condon, 1977; Condon & Sander, 1974). Deste modo, tal como comentam Condon e Sander (1974), o bebé humano possui uma elevada competência para responder de forma adequada ao seu meio-ambiente, precisamente naquilo que o seu meio-ambiente possui de mais especificamente humano — a fala.

A presença sincronia interactiva é, deste modo, uma outra evidência empírica relativa à elevada capacidade do bebé humano para comunicar logo à nascença com as pessoas do seu meio-ambiente.

Outra evidência não menos surpreendente da competência interactiva do bebé consiste no facto de, desde cedo, o bebé ser capaz de imitar gestos simples do seu parceiro interactivo — como seja, o puxar da língua ou a boca aberta, ou mesmo certos movimentos de cabeça e expressões faciais (Field, Woodson, Greenberg, & Cohen, 1982; Heiman, 1989; Meltzoff & Moore, 1977, 1994; Reissland, 1988). A capacidade do bebé para imitar especificamente as expressões faciais do seu parceiro — de contentamento, tristeza, surpresa, e outras — foi de igual modo observada (Field et al., 1982). Trata-se de uma competência interactiva muito precoce que tem sido anotada em bebés recém-nascidos de diversas culturas (e.g., Reissland, 1988).

Ainda recentemente, Meltzoff e Moore (1994) verificaram que bebés de 6 semanas de idade são capazes de imitar gestos simples, quer imediatamente após a apresentação do modelo quer após um intervalo de 24 horas. Para os autores, este último tipo de imitação teria uma função de identificação social — isto é, seria utilizado pelo bebé para se certificar que a pessoa com quem está a interagir no momento é, ou não é, a mesma pessoa com quem ele esteve a interagir antes. A imitação seria deste modo utilizada pelo bebé para a comunicação e o reconhecimento das pessoas — isto é, *"serve para a compreensão das pessoas tal como a manipulação física serve para a compreensão das coisas"* (Meltzoff & Moore, 1994, p. 96).

A imitação que o bebé faz da conduta interactiva da mãe tem, como se conclui facilmente, um valor elevado para a dinâmica comunicativa da díade. O facto de o bebé imitar a conduta da mãe garante à mãe que o bebé lhe está a responder — e que lhe está a responder especificamente a ela — o que inevitavelmente aumenta o seu envolvimento interactivo com o bebé (e.g., Pawlby, 1977).

Efectivamente, as competências interactivas do bebé agora apresentadas — tanto as expressões faciais, como as vocalizações, a sincronia interactiva ou ainda a imitação — possibilitam uma activação do envolvimento emocional mútuo entre os dois membros da díade. Isso acontece porque essas condutas transmitem à mãe a ideia de que o bebé lhe está a responder, atraindo a sua atenção e fazendo com que ela mantenha o seu interesse e investimento interactivo no bebé, o que por sua vez aumenta o envolvimento do bebé na interacção.

Tais competências interactivas do bebé estão, como vimos, bem desenvolvidas à nascença, e ainda bem que assim é, *"porque elas são críticas para as interacções sociais que precocemente se iniciam com o nascimento"* (Field, 1990, p. 39). Ao invés, a sua ausência poderia entravar o desenrolar das interacções e do envolvimento afectivo mútuo que lhe é consequente, como designadamente se

verifica — e tal será assunto de discussão mais tarde — em certas díades em que os bebés são prematuros ou apresentam lesões cerebrais ou outras anomalias à nascença.

O bebé procura assegurar que a interacção entre ele e a mãe se processe adequadamente, pondo em acção um conjunto diverso de expressões e competências interactivas, de que falamos ao longo deste ponto. A investigação seguinte testemunha que a presença destas competências tem inevitáveis efeitos benéficos no estabelecimento da relação mãe-bebé, sendo um testemunho do processo de envolvimento mútuo que estávamos a discutir.

A importância das competências neo-natais do bebé na qualidade da interacção estabelecida com a mãe foi estudada, nomeadamente por Heimann (1989) a propósito da imitação. Este autor, numa investigação conduzida sobre uma amostra de 32 bebés, avaliou a competência de imitação do bebé, principalmente de imitação da protusão da língua e da abertura da boca, aos 2-3 dias, 3 semanas e 3 meses de idade. Quando estimou a qualidade da interacção mãe-bebé aos 3 meses de idade do bebé, verificou que quanto maior era a competência interactiva precoce do bebé menos frequente era, mais tarde, a aversão do olhar na interacção com a mãe. Assim, este estudo mostra que a competência precoce de imitação do bebé, *"dado que elicita e ajuda a manter a interacção social na díade"* (Heimann, 1989, p. 503), promove o contacto social e favorece o estabelecimento de interacções mais positivas entre o bebé e a mãe.

Como apreciaremos de seguida, na interacção com a mãe, o bebé é igualmente capaz de uma conduta altamente organizada e de iniciativas comportamentais susceptíveis de influenciar o curso dos acontecimentos comunicativos que acontecem entre ele e a mãe.

Hoje sabe-se, e contrariamente ao que se supôs durante muito tempo, que o bebé exibe uma conduta altamente organizada na interacção com a mãe. Também esta circunstância contribui para fazer do bebé um parceiro interactivo competente porque facilita em muito a tarefa interactiva da mãe e permite, como veremos, que uma verdadeira interacção — caracterizada pela reciprocidade — aconteça nos encontros do bebé com a mãe (e.g., Brazelton et al., 1974, 1975).

Há estudos que evidenciam que o bebé utiliza padrões interactivos distintos — de atenção, movimento e expressão afectiva — na presença de estímulos interactivos diferentes. Por exemplo, quando interage com a mãe ou com o pai (Brazelton, 1981; Clarke-Stewart, 1978; Lamb, 1977), quando interage com um objecto social ou com um objecto não-social (Brazelton, Kolowski, & Main, 1974; Trevarthen, 1977, 1979), quando

interage com um parceiro interactivo conhecido, como por exemplo a mãe, ou com um parceiro interactivo desconhecido, como por exemplo o investigador (Dixon, Yogman, Tronick, Adamson, Als, & Brazelton, 1981) e quando interage com a mãe ou com um bebé da mesma idade (Fogel, 1980), o bebé comporta-se de um modo diverso.

Temos assim evidências de que o bebé adequa o seu padrão interactivo às qualidades específicas do comportamento do seu par. Isto é, os resultados das investigações empíricas que dispomos e que mencionámos atrás, garantem que o bebé modifica o seu comportamento interactivo em função das respostas proporcionadas pelo meio e testemunham que ele não é passivo, mas antes responde activamente ao seu parceiro interactivo.

"Na interacção com a mãe, o bebé age com intencionalidade" (Brazelton et al., 1975, p. 145) e tem em vista um objectivo específico — propõe-se à troca comunicativa com a mãe (Brazelton et al., 1975; Trevarthen, 1977, 1979). Quando é impedido de comunicar com a mãe, observa-se que o bebé não fica nada satisfeito e protesta, bem como se esforça por restabelecer o contacto com a mãe, utilizando para o efeito as estratégias interactivas adequadas a este propósito específico.

É o que acontece, por exemplo, na condição experimental habitualmente designada por *"still-face"* (rosto imóvel) — na qual é pedido à mãe que se apresente de rosto imóvel, olhe para o bebé, mas permaneça silenciosa e não responda ao bebé. Nesta situação, o bebé é violentado pela ausência de reciprocidade do parceiro e, não só expressa mal-estar — designadamente, através de expressões faciais de desagrado e de desvio do olhar — como ainda procura a todo o custo envolver a mãe na interacção com ele, estimulando-a e utilizando para o efeito, não quaisquer, mas as estratégias adequadas ao objectivo de restabelecer a comunicação na díade, a qual é a sua intenção nos contactos com a mãe (e.g., Brazelton, Tronick, Adamson, Als, & Wise, 1975; Cohn & Tronick, 1983; Field, Vega-Lahr, Scafidi, & Goldstein, 1986; Murray & Trevarthen, 1985; Termine & Izard, 1988).

Na sequência das investigações realizadas sobre o efeito da condição *"still-face"*, Cohn e Tronick (1983) estudaram, numa amostra de 24 mães sem perturbação psiquiátrica assinalável e seus bebés de 3-4 meses de idade, o efeito da simulação da expressão emocional depressiva por parte da mãe, durante 3 minutos, sobre a conduta interactiva do bebé. Ao comparar as gravações *vídeo* da interacção em que era pedido à mãe que se mostrasse deprimida e da interacção em que, durante 3 minutos, as condições não eram manipuladas experimentalmente, os autores deste estudo observaram que os bebés tinham, nestas duas situações, um comportamento interactivo muito diferente. Verificaram que, na condição em que a mãe simulava estar deprimida, os bebés ficavam circunspectos e estavam de forma mais negativa do que

na condição em que a conduta da mãe não era manipulada experimentalmente. Mais precisamente observaram que os bebés exibiam um maior número de expressões de mal-estar, de protesto e de zanga e um menor número de expressões positivas, nomeadamente de sorriso, assim como desviavam mais vezes o seu olhar e exibiam um reduzido número de comportamentos de jogo, nessas circunstâncias.

Para os autores deste estudo os resultados obtidos sugerem que, já na idade de 3 meses, quando interage com a mãe, o bebé tem a intenção de comunicar com ela, sendo que, quando a mãe não se dispõe a esse propósito — e é isso que acontece na situação *"still-face"* ou quando simula que está deprimida — então, o bebé evidencia todo um conjunto de comportamentos com a finalidade específica de reatar a comunicação na díade.

Mas não é só o bebé, também a mãe tem por finalidade comunicar quando se encontra a interagir, tal como se deduz da investigação que consta a seguir.

Numa investigação desenvolvida junto de 56 mães, Mayes, Carter, Egger, e Pajer (1991) estudaram o efeito das mães manterem uma expressão neutra e serem não interactivas com o seu bebé sobre dimensões importantes da interacção mãe-bebé. Desta vez, os autores focaram a sua atenção na experiência subjectiva e no comportamento das mães. Verificaram que cerca de metade das mães se sentiam desconfortáveis na situação experimental proposta e observaram que as mães reportavam tanto mais o seu mal-estar quanto mais os seus bebés tinham protestado perante o seu distanciamento afectivo. Na situação de jogo, nos momentos subsequentes ao finalizar da situação *still-face*, as mães, sobretudo aquelas que reportaram maior desconforto junto dos bebés, pegaram mais ao colo nos bebés e verbalizaram mais os seus próprios sentimentos.

Tendo em conta os dados empíricos acima assinaladas, somos levados a concluir dois aspectos interdependentes a propósito das competências comportamentais do bebé na interacção com a mãe: primeiro, que o bebé participa activamente na organização dos acontecimentos interactivos com a mãe, e, segundo, que o bebé tem uma verdadeira intenção comunicativa quando interage com a mãe.

Com efeito — dado que se observa que o bebé toma em consideração as alterações específicas ocorridas na conduta do seu par, as quais determinam a sua conduta interactiva, e procura regular os acontecimentos interactivos que sucedem na díade — somos levados a concluir que a acção do bebé na interacção com a mãe é uma acção verdadeiramente recíproca (este aspecto será ainda analisado de forma mais pormenorizada num ponto seguinte) e que por conseguinte a interacção mãe-bebé é um sistema de trocas mutuamente reguladas.

Também — dado que se observa que o bebé, quando é impedido de comunicar com a mãe e é violentado pela sua ausência de reciprocidade, não só expressa o mal-estar, como ainda procura envolver a mãe na comunicação com ele, esforçando-se por restabelecer o contacto e utilizando para o efeito as estratégias interactivas adequadas ao propósito de a estimular a comunicar — somos levados a concluir que o bebé tem uma verdadeira intenção comunicativa quando interage com a mãe.

Outros estudos há que mostram o carácter cíclico e repetitivo que o comportamento do bebé tem na interacção com a mãe, e, a este preciso respeito, parece haver um grande acordo entre os diversos investigadores da área.

O carácter cíclico e repetitivo, observável no comportamento que o bebé exibe na interacção com a mãe, é uma das características mais relevantes, a propósito da qualidade organizada da conduta do bebé na interacção com a mãe (Brazelton et al., 1974, 1975; Lester, Hoffman & Brazelton, 1985; Trevarthen, 1977; Stern, 1984).

Ao fornecer à mãe uma estrutura matriz previsível para o encadeamento do seu comportamento com o do bebé, esta circunstância facilita em muito a tarefa de a mãe interagir com o bebé. A importância desta característica resulta precisamente do facto de que facilita a tarefa de a mãe interagir com o bebé, assim como do facto de que permite ao bebé regular a sua disponibilidade interactiva para com a mãe. Permite assim o estabelecimento de mais longos períodos de atenção, em função do facto de que favorece que não se esgotem as poucas possibilidades interactivas do bebé (Brazelton, 1981).

Os resultados do estudo de Lester, Hoffman, e Brazelton (1985), por exemplo, indicam a existência de ciclicidade e de periodicidade, dado que se verificam ciclos de atenção e não-atenção e picos de actividade com uma periodicidade certa, na conduta interactiva do bebé para com a mãe. Esta ciclicidade tem uma periodicidade certa, embora variável com a idade, visto que, por exemplo, se observam 4,4 ciclos destes em cada período interactivo de 1 minuto aos 3 meses de idade do bebé.

Com efeito, estes autores observam que todos os momentos em que o bebé atende e responde às iniciativas da mãe são seguidos por outros tantos momentos de desatenção e retraimento na interacção com a mãe. Nos momentos em que se volta para outra direcção, o bebé, *"ao afastar o olhar, ... mantém também um certo controlo sobre a quantidade de estímulos que recebe durante os períodos de intensa interacção"* (Lester et al.,1985, p.121); ao comportar-se deste modo, o bebé reabastece-se e pode interagir de novo.

Na ausência da locomoção e da linguagem, *"as primeiras acções motoras sobre as quais o bebé tem um controle substancial"* (Field, 1990, p.70) durante a interacção com a mãe, referem-se ao seu comportamento visual — olhar para, desfocar o olhar de, desviar o olhar de, fechar os olhos a, etc. A ciclicidade com que estes comportamentos se verificam na interacção com a mãe indica os esforços de regulação interactiva desempenhados pelo bebé e permite que a mãe faça a leitura da disponibilidade e da intenção interactiva do bebé. Alguns estudos empíricos conduzidos nos últimos anos suportam estas hipóteses.

O desvio ou a aversão do olhar por parte do bebé, por exemplo, tem um efeito regulador na interacção do bebé com a mãe, dado que, através do controle que exerce sobre a direcção do olhar, o bebé está capaz de controlar a quantidade de estimulação de que é alvo (Ochotorena, 1990; Stifter & Moyer, 1991). Através da aversão do olhar, o bebé pode também recusar-se a manter a atenção sobre um estímulo que lhe suscita mal-estar (Brazelton et al., 1974; Field, 1981; Stern, 1974).

Com efeito, por exemplo, num trabalho recente conduzido por Stifter e Moyer (1991) sobre amostra de 16 díades, mães e bebés de 5 meses de idade, observadas a interagir numa situação de jogo estruturada, verificou-se que os bebés que exibiam sorrisos mais intensos e mais duradoiros, tinham também um maior número de desvio do olhar. Observou-se ainda que a intensidade dos sorrisos que eram seguidos de aversão do olhar era maior do que a intensidade dos sorrisos que não eram seguidos de qualquer modificação na orientação do olhar do bebé. Conclui-se o efeito positivo do desvio do olhar na regulação do afecto e da atenção na díade durante a interacção mãe-bebé.

Ochotorena (1990), por sua vez, junto de uma amostra de 27 díades mãe-bebé, observou que durante a interacção mãe-bebé, na idade de 3 meses do bebé, a mãe tende a olhar e a gesticular para o bebé quando o bebé está a olhar para ela, enquanto que o bebé tende a desviar o olhar e a deixar de olhar para a mãe quando esta está a olhar para ele; o que de igual modo testemunha os esforços de regulação interactiva realizados pelo bebé através do seu comportamento visual.

Podemos então concluir que a conduta do bebé na interacção com a mãe é altamente organizada, dado particularmente que, e como o demonstram os estudos que acabamos agora de expor: o bebé possui uma conduta interactiva que tem um carácter cíclico e repetitivo — o que facilita o regular da sua própria disposição

interactiva e beneficia a intervenção da mãe, na medida em que lhe fornece uma oportunidade de adequar o seu ritmo de acordo com os limites impostos pelo bebé — e o bebé utiliza comportamentos específicos, como seja a aversão do olhar, para controlar a quantidade de estimulação da qual quer ser alvo na interacção com a mãe.

Para além do mais, os sinais que o bebé emite — através de uma extensa gama de expressões faciais, de vocalizações, assim como através da direcção do olhar, etc. — oferecem também, como vimos, significativas informações acerca da capacidade e disponibilidade do bebé para atender e para interagir com a mãe. Traduzem-se nas indicações suficientes ao estabelecimento de interacções adequadas. Desde que sejam convenientemente lidos, estes sinais podem ser usados pela mãe para ajustar a quantidade e a qualidade da estimulação que oferece à disponibilidade interactiva de momento do bebé.

Usualmente, o bebé dará todos os sinais necessários para indicar se está ou não num estado óptimo para interagir (Field, 1990). Estes sinais são usados pelos pais para ajustar a quantidade e a qualidade de estimulação à disponibilidade interactiva do bebé, *"por forma a responder de modo contingente e de forma adequada aos sinais emitidos"* (Papousek, 1989, p. 521).

A juntar às suas inúmeras competências sensoriais e comportamentais, o bebé humano possui ainda um conjunto de características fisionómicas, com elevado poder atractivo, que estimulam a aproximação e protecção da mãe e dos adultos em geral (Eibl-Eibesfeldt, 1977; Lorenz, 1970).

Assim, as competências interactivas do bebé que acabamos de apresentar são instrumentos sociais fortíssimos que lhe permitem empenhar-se na interacção com a mãe, pelo que podemos designá-lo de parceiro interactivo competente. No entanto, tais competências de pouco ou nada lhe serviriam se o meio envolvente, e especialmente a mãe, não estivesse como está — particularmente sensível às necessidades do bebé (Klaus & Kennel, 1976; Winnicott, 1956) —, pois só assim essas competências iniciais se manifestam e crescem rapidamente.

Com efeito, e como veremos no ponto seguinte, o bebé encontra um meio altamente estruturado em função das suas necessidades e esta é a única garantia de que as competências iniciais que agora assinalamos possam acontecer e evoluir no sentido do estabelecimento de uma verdadeira relação.

3.3. O repertório comportamental da mãe na interacção com o bebé

Tal como o bebé está particularmente sensível à mãe, também a mãe está particularmente sensível à estimulação proveniente do bebé nos seus contactos iniciais com o bebé. Com efeito, se fascinante é a complexidade e adequação das competências postas em jogo pelo bebé na interacção com a mãe, não menos fascinante é a complexidade e adequação do repertório comportamental da mãe na interacção com o bebé, ao qual nos vamos referir de seguida.

Antes de nos debruçarmos sobre a conduta da mãe na interacção com o bebé, para salientar a extrema adequação do repertório comportamental da mãe às preferências e necessidades do bebé, é conveniente, para perceber que assim seja, assinalar a grande sensibilidade da mãe ao bebé, nos primeiros meses após o parto, a qual se verifica exemplarmente no facto de a mãe ser muito precocemente capaz de reconhecer e discriminar o seu filho.

As mães tomam muito rapidamente conhecimento do bebé. Efectivamente, verifica-se que, após uma exposição mínima (i.e., poucas horas depois do parto), as mães são capazes de identificar e discriminar o seu filho. Recorrendo a cada uma das diferentes modalidades sensoriais por si, a mãe identifica o bebé — quer através do toque (Kaitz, Meirov, Landsman, & Eidelman, 1993) — quer pelo odor (Balogh & Porter, 1986; Porter, Cernoch, McLaughlin, 1983; Montagner et al., 1989; Russell, Mendelson, Peeke, 1983; Schall, 1980) — quer pelo seu choro ou grito (Formby, 1967; Montagner et al., 1989).

Estas evidências empíricas sugerem que a mãe é, já nos momentos que se seguem ao parto, altamente sensível às características individuais do bebé, o que lhe permite reconhecê-lo e distingui-lo. Tendo em conta que, para a generalidade das pessoas, os bebés não são facilmente distinguíveis, esta competência tem um grande valor adaptativo e, dado que promove o reconhecimento do bebé, facilita por sua vez a ligação afectiva da mãe ao bebé.

Afim de caracterizar a conduta da mãe na interacção com o bebé, convém, em primeiro lugar, salientar a grande semelhança que se observa na conduta que a maior parte das mães tem durante a interacção com o bebé. Tal semelhança parece sinalizar a existência de padrões que ditam a acção da mãe na interacção com o

bebé, os quais se verificam particularmente em determinadas situações específicas, e se traduzem geralmente numa resposta adequada ao bebé.

Com efeito, alguns autores puseram em evidência a existência de padrões próprios na conduta da mãe para com o bebé, observados em determinadas situações específicas, sobretudo nos primeiros meses de vida do bebé. É o que acontece, por exemplo, na resposta ao choro do bebé (Gustafon & Harris, 1990) ou quando se estabelece o primeiro contacto com o bebé (Candilis, 1985; Klaus, Trause, & Kennell, 1975; Rodholm & Larsson, 1982) — o comportamento e a sucessão de comportamentos que a maior parte das mães apresenta é muito semelhante ou mesmo idêntico.

Por exemplo, no primeiro contacto com o bebé, a generalidade das mães começa por tocar as extremidades do corpo do bebé, utilizando para o efeito as pontas dos dedos. Após 4-8 minutos, a mãe massaja e acaricia todo o corpo do bebé com a palma das mãos, evidenciando simultaneamente um progressivo aumento do seu envolvimento emocional. Só então a mãe procura colocar o bebé em posição de face-a-face, afim de poder focar os seus olhos, desejo que é, aliás, muitas vezes expresso verbalmente. Estabelece-se assim o contacto ocular mútuo e a mãe mostra-se visivelmente satisfeita quando isso acontece (Klaus et al., 1975).

Convém igualmente assinalar que a mãe altera de forma muito particular o seu repertório comportamental, em relação ao seu modo de estar com o adulto, e utiliza padrões de interacção social específicos quando interage com o bebé — trata-se, na designação de Stern (1980), do *comportamento social solicitado pelo bebé*.

A conduta invulgar da mãe quando se dirige ao bebé, e que não observamos quando se dirige ao adulto, caracteriza-se, essencialmente, pelo exagero, lentidão/aceleração, imitação e repetição dos acontecimentos interactivos, o que a mãe faz acontecer, particularmente ao nível das vocalizações, das expressões faciais e dos movimentos do corpo, por forma a captar e conservar sobre si a atenção do bebé, assim como de modo a comunicar com mais agrado e a promover as aquisições desenvolvimentais do bebé (Figueiredo, 1992, 1996).

Observa-se, por exemplo, ao nível das expressões faciais que a mãe dirige ao bebé, uma acção que seria completamente desadequada na interacção com o adulto, mas que é eficaz na interacção com o bebé — a mãe exagera as suas expressões faciais, como acontece na expressão de falsa surpresa. Geralmente, na interacção com o bebé, a mãe forma lentamente as suas expressões faciais e fá-las

durar por muito tempo. Mas a mãe pode, de igual modo, repentinamente acelerar a produção de expressões faciais, para chamar sobre si a atenção do bebé; ou então, pode ainda, repetir as mesmas expressões, intoduzindo apenas pequenas modificações, quando começa a verificar o desinteresse por parte do bebé (Stern, 1974, 1980, 1983).

Existem inúmeros exemplos relativos à alteração do repertório comportamental da mãe na interacção com o bebé, os quais se referem particularmente ao discurso verbal que a mãe dirige ao bebé e à interacção vocal da mãe com o bebé. A conduta vocal da mãe na interacção com o bebé dá pelo nome de *"falar abebezado"*, *"baby talk"*, *"motherese"* ou *"infant-direct speech"*.

Tal como são referidas por Schaffer (1989), são cerca de cem as características do discurso vocal da mãe que são significativamente alteradas quando se dirige ao bebé. Estas alterações verificam-se principalmente a nível fonológico, sintáctico e semântico, como se exemplifica a seguir.

Na interacção com o bebé, e comparativamente ao que acontece na interacção com o adulto, observa-se que a mãe produz sons mais agudos (Fernald & Simons, 1984; Grieser & Kuhl, 1988; Papousek et al., 1991); utiliza uma entoação mais variada e mais exagerada (Fernald & Simons, 1984; Grieser & Kuhl, 1988; Jacobson, Boersma, Field, & Olson, 1983); produz uma emissão mais lenta, uma emissão de menor duração e pausas mais prolongadas (Fernald, 1984; Fernald & Simons, 1984; Grieser & Kuhl, 1988; Schaffer, Collis, & Parsons, 1975; Stern et al., 1977); usa mais recursos expressivos para captar a atenção do bebé, por exemplo expressões faciais exageradas e movimentos rítmicos do corpo (Stern, Spieker, Barnett, & MacKain, 1983); faz inúmeras perguntas (Rheingold & Adams, 1980), repetições (Halliday, 1979) e referências constantes ao *"aqui e agora"* (Josse & Robin, 1983).

O que também é interessante salientar é que estas alterações se coadunam muito precisamente com as necessidades específicas do bebé, sendo que esta circunstância nos dá conta da adequação da conduta que a mãe dirige ao bebé e da elevada sensibilidade materna.

Assim sendo, embora realizadas de um modo não-consciente e não-intencional, as alterações que se observam no repertório comportamental da mãe na interacção com o bebé servem determinados propósitos que a mãe consegue alcançar. Essencialmente, a mãe (1) propõe-se comunicar com mais agrado, (2) procura implicar o bebé na interacção com ela e (3) faz por conduzir o bebé a

aprender a comunicar. Vejamos alguns exemplos dos processos que a mãe utiliza para alcançar estes objectivos.

Ao exagerar a entoação do discurso e ao inesperadamente acelerar o seu débito, a mãe procura atrair sobre si a atenção do bebé (Fernald & Simon, 1984).

Para além do mais, na ausência de compreensão linguística por parte do bebé, a entoação do discurso da mãe e o acentuar de certos elementos significativos é de importância primordial para que o bebé possa compreender a mensagem afectiva que lhe é dirigida e o estado emocional do seu interlocutor. As propriedades rítmicas da fala da mãe são sobretudo relevantes para ajudar o bebé a distinguir as unidades linguísticas potencialmente relevantes para a compreensão do seu discurso (Morgan, 1994).

Assim, ao utilizar diferentes tipos de entoação e de forma exagerada, a mãe está a agir de maneira a que o bebé possa captar a sua mensagem emocional e consiga recolher a informação relativa à sua intenção comunicativa (Fernald, 1989; Fernald & Simon, 1984; Field, 1990; Morgan, 1994; Stern, Spieker, & McKain, 1982; Williams & Stevens, 1972).

Com efeito, observa-se que as mães modificam os contornos das entoações da sua voz, consoante objectivos interactivos muito precisos, expressando deste modo a sua intenção comunicativa (Fernald, 1989; Stern et al., 1982).

Ao realizar frequentes perguntas, a mãe está, por sua vez, a incentivar o bebé para a interacção, procurando implicá-lo no seu discurso (Snow, 1972; Rheingold & Adams, 1980; Stern et al., 1982).

Na interacção com o bebé a mãe imita com frequência as emissões vocais do bebé. O que seria perfeitamente despropositado na interacção com o adulto, serve para que o bebé possa seguir o seu comportamento e, simplificando a sua conduta, a mãe estabelece a interacção ao nível em que se encontra a conduta do bebé (Field, 1990).

Ao fazer frequentes referências ao concreto e ao *"aqui e agora"*, ao tornar mais lento o seu discurso e ao realizar inúmeras repetições, a mãe está a manter sobre si a atenção do bebé e, sintonizando a sua conduta com as poucas habilidades perceptivas e compreensivas do bebé, está igualmente a facilitar que o bebé faça a assimilação da informação contida no seu discurso, e assim promove a aprendizagem da linguagem do bebé (Fernald & Simon, 1984; Field,1990; Halliday, 1979; Snow & Fergusson, 1977).

Aliás, as características vocais e não vocais da conduta da mãe na interacção com o bebé variam com a idade deste, por forma a adaptar-se às preferências e necessidades desenvolvimentais do bebé a quem se dirige (Halliday, 1979; Josse & Robin, 1983; Philips, 1978; Stern et al., 1993).

A duração das emissões vocais da mãe quando se dirige ao bebé corresponde a cerca de metade da duração média das emissões vocais que dirige ao adulto — poderemos então supor que, deste modo, a mãe assegura a regulação de informação que propõe ao bebé com a capacidade do bebé lhe atender (Fernald, 1984; Stern, 1980; Stern et al., 1977).

A duração média das pausas que a mãe intercala entre duas emissões vocais que dirige ao bebé, corresponde a cerca do dobro da duração das pausas que a mãe dirige ao adulto — poderemos então supor que, deste modo, a mãe assegura que o bebé tenha tempo suficiente para assimilar a informação que lhe dirigiu, assim como se certifica de que ele não lhe quer responder (Schaffer et al., 1977; Stern, 1980).

Stern (1980) observa ainda que a duração das pausas vocais da mãe na interacção com o bebé corresponde de perto ao tempo necessário para que entre a mãe e o bebé possa acontecer uma pausa, uma emissão por parte do bebé e uma outra pausa, propondo que, deste modo, a mãe está, também, a dar alguma indicação ao bebé a propósito da estrutura temporal dos acontecimentos interactivos vocais que ele tem que aprender a utilizar.

Ainda, ao reduzir o tempo das emissões e ao alargar o tempo das pausas, a mãe mostra-se sempre disponível para dar a palavra ao bebé e pode sincronizar melhor o seu discurso com as deixas que lhe vão sendo dadas pelo bebé (Fernald, 1984; Stern,1980).

No entanto, por vezes acontece que a mãe assume ambos os papéis no intercâmbio vocal — ou seja, o dela própria e o do bebé. A este propósito este mesmo autor comenta que o diálogo entre a mãe e o bebé toma, neste caso, um aspecto invulgar, pois *"é mais um monólogo feito pela mãe sob a forma de um diálogo imaginário"* (Stern, 1980, p. 25). Com isso, a mãe pretende evitar que a conversa seja totalmente unilateral, o que só consegue assumindo o turno do bebé, e compensa as insuficiências comunicativas do bebé, procurando manter o seu investimento interactivo na ilusão de que está a ter um verdadeiro diálogo (Josse & Robin, 1983). Possibilita também a partilha de significados na díade (Brinich, 1982).

Poderíamos ainda argumentar que, deste modo, a mãe proporciona igualmente um modelo de qual e como poderia ter sido a resposta do bebé, propondo-lhe assim o protótipo daquilo que serão as suas trocas verbais futuras (Figueiredo, 1996).

A circunstância de os indivíduos alterarem o seu discurso vocal para se dirigir ao bebé tem as características de um fenómeno universal.

Com efeito, as alterações do discurso vocal dirigido ao bebé que exemplificamos, observam-se seja qual for o sistema cultural ao qual a mãe pertence (e.g., Werker, Pegg, & McLeod, 1994), seja qual for o sexo do indivíduo — pois verificam-se igualmente junto dos indivíduos de sexo masculino (Berko & Gleason, 1973; Golinkoff & Ames, 1979; Rheingold & Adams, 1980; Nimio & Rinott, 1988), assim como seja qual for a idade do indivíduo — pois estão igualmente presentes, mesmo antes do período da adolescência, nas crianças pequenas que também alteram o seu discurso vocal para se dirigirem ao bebé (e.g., Dunn & Kendrick, 1982).

Existem constatações empíricas a favor da hipótese da universalidade das características do discurso vocal da mãe para com o bebé, dado que o modo e a direcção em que tais características são alteradas é o mesmo em diferentes culturas (Fernald et al., 1989; Papousek, Papousek, & Symms, 1991; Trehub, Unyk, & Trainor, 1993a, 1993b; Werker et al., 1994).

No que se refere, por exemplo, às lengalengas que as mães geralmente cantam aos bebés, os investigadores têm observado que as mais importantes características vocais dessas lengalengas, principalmente no que se refere a certas particularidades observáveis na voz da mãe, apresentam grande similaridade entre as diferentes culturas observadas (Trehub et al., 1993a, 1993b).

Também, dado que se verificam alterações em outros repertórios interactivos para além do da mãe, designadamente no repertório dos indivíduos do sexo masculino e no repertório das crianças, não podemos dizer que essas alterações sejam exclusivas das mães.

São inúmeras também as evidências empíricas que mostram a adequação da conduta da mãe às preferências interactivas do bebé. É assim que, na interacção com o bebé, a mãe apresenta os estímulos que o bebé prefere e está constitucionalmente preparado para receber; pois que, por exemplo, a mãe fala para o bebé utilizando um timbre de voz mais agudo (500-900 ciclos por segundo) relativamente ao que utiliza nas conversas tidas com adultos, correspondente às frequências que o bebé prefere, que mais estimulam a sua atenção (e.g., Cooper & Aslin, 1990; Fernald, 1985) e a expressão de afecto positivo (e.g., Fernald, 1985; Werker & McLeod, 1989).

Deste modo, numerosos estudos empíricos mostraram que o bebé prefere ouvir e exibe uma marcada resposta de atenção, assim como a presença de um maior número de expressões afectivas positivas, quando lhe é apresentado um discurso com

as alterações do discurso materno que mencionamos atrás, do quando lhe é apresentado um discurso sem essas mesmas características (Cooper & Aslin, 1990; Fernald, 1985; Werker, Pegg, & McLeod, 1994).

Mas a alteração que se verifica na conduta que a mãe dirige ao bebé não tem por único objectivo adequar-se às preferências do bebé, destina-se também a ajudar ao desenvolvimento do bebé, o que se verifica através da adequação do repertório comportamental da mãe ao nível de desenvolvimento do bebé. Vejamos mais alguns exemplos a este propósito.

A sequência de estímulos interactivos — vocais, expressivos e motores — que a mãe apresenta ao bebé, caracteriza-se por um doseamento certo entre repetição e novidade, em perfeita sintonia com o que sabemos dos estudos empíricos que verificam a existência de um nível óptimo de estimulação, o qual permite manter por mais tempo a atenção do bebé sobre o estímulo.

O que acontece é que, na interacção com o bebé, a mãe introduz simultaneamente repetição e variação e, para manter a atenção do bebé, viola apenas moderadamente as expectativas interactivas do bebé: introduz repetição para não sobrecarregar o bebé de estímulos e introduz variação quando a habituação ao estímulo começa a verificar-se. Consegue, deste modo, evitar o diminuir da atenção que o bebé dedica à interacção. Como salienta Field, *"novidade, complexidade e movimento são as principais qualidades que afectam a quantidade de tempo que o bebé olha para certa coisa"* (Field, 1990, p. 7).

Para além do mais, a mãe faz isso numa medida exacta, tendo em conta que as competências do bebé se desenvolvem ao longo do tempo.

Tudo isto foi verificado empiricamente por diversos autores. Por exemplo, a nível da interacção verbal, observa-se designadamente que a mãe aumenta a extensão e complexidade do vocabulário que dirige ao bebé à medida exacta das aquisições linguísticas da criança (Halliday, 1979; Josse & Robin, 1983; Philips, 1978; Stern et al., 1993).

Ainda recentemente, Paul Trad (1993) referiu-se à importância deste processo — que designa por *"previewing process"* — que consiste no facto de a mãe prever as competências que o bebé vai em breve adquirir e usar essas previsões, fazendo apelo a essas mesmas competências, na interacção que estabelece com o bebé. Este autor apresenta algumas evidências empíricas de que os bebés que são expostos a este tipo de interacção têm um percurso desenvolvimental óptimo e têm mais probabilidades de formar uma vinculação segura à mãe.

Este processo traduz o conhecimento que a mãe tem acerca das necessidades desenvolvimentais do bebé. Como se verifica em outros estudos empíricos, as mães são de facto conhecedoras das competências e necessidades desenvolvimentais do bebé; por exemplo, sabem das dificuldades presentes nos jogos e das capacidades dos bebés em relação a essas actividades (Tamis-LeMonda, Damast, & Bornstein, 1994).

Quando a mãe apresenta jogos e comportamentos que, por serem demasiado complicados ou por serem demasiado simples, não são apropriados ao nível de desenvolvimento do bebé, a interacção resulta inadequada em função disso (Field, 1990).

A adequação da conduta da mãe na interacção com o bebé verifica-se ainda no facto de a mãe ajustar a sua conduta interactiva aos ritmos e disponibilidades de momento do bebé e ao nível de estimulação que o bebé está capaz de suportar, o que ela consegue acompanhando de perto a conduta simultânea do bebé e estando atenta e sensível aos seus mínimos sinais interactivos.

Com efeito, geralmente a mãe segue de perto a conduta do bebé, estando muito atenta à disponibilidade e aos sinais interactivos do bebé. Autores como Stern (1974) e Brazelton e Als (1981), entre outros, observaram que, na interacção face-a-face com o bebé, a mãe olha para o bebé só depois deste lhe dirigir o olhar e só começa a interagir depois de receber indicação afirmativa por parte do bebé de que, no momento, está disponível para interagir; só então a mãe sorri, vocaliza e toca — isto é, apresenta condutas que procuram envolver o bebé na interacção.

Acebo e Thoman (1992) que estudaram as circunstâncias associadas ao grito e choro do bebé, nas observações realizadas em casa de 20 díades mãe-bebé durante as primeiras 5 semanas de vida, uma vez por semana por períodos de 7 horas, verificaram que a variação observada na conduta de grito do bebé era função apenas dos cuidados prestados pela mãe. Com efeito, estes autores observaram que a maior parte dos bebés gritava mais quando não estava a ser pegado do que quando estava a ser pegado pela mãe — ou seja, a quantidade de grito/choro produzido pelo bebé diminuía linearmente à medida que aumentava a estimulação física providenciada pela mãe. No entanto, não foi observada a mesma relação para os outros tipos de estimulação, em relação aos quais a quantidade de grito/choro produzido pelo bebé era menor na presença de níveis médios de estimulação, sendo que quer a ausência de estimulação quer a presença de estimulação em níveis elevados se associava à presença de grito/choro no bebé. Esta investigação mostra que existe um nível de estimulação adequado ao bebé e que a interacção mãe-bebé é negativamente

afectada quando esse nível não é respeitado pela mãe, dado que o bebé chora/grita intensamente quando tal se verifica.

Quando a mãe está pouco sensível ou não está muito atenta aos sinais e disponibilidades interactivas de momento do bebé, acontece o fracasso interactivo, como também se verifica na investigação seguinte.

Constatou-se que as mães observadas na maternidade a aleitar o bebé, no terceiro dia após o parto, variam muito na adaptação que estão capazes de realizar ao bebé, sendo que algumas exibem significativas dificuldades em interagir, distribuindo aleatoriamente as suas intervenções, sem respeitar o ritmo próprio do bebé. Na sequência do facto de a mãe não ser capaz de acompanhar a conduta do bebé, resulta o desajuste entre a sua conduta interactiva e os ritmos e disponibilidades de momento do bebé. A esse desajuste da mãe, o bebé responde com choro e resistência tónica, e a interacção alimentar na díade fica muito perturbada por isso (Missio et al., 1995).

Um dos principais papéis dos pais na interacção com o bebé consiste pois em adequar a sua conduta às disponibilidades interactivas de momento do bebé. A falta de atenção e de sensibilidade por parte dos pais na interacção com o bebé pode conduzir a condutas inadequadas por parte do bebé, como a presença de aversão prolongada do olhar (Field, 1990) ou de choro prolongado e resistência tónica (Acebo & Thoman, 1992; Missio et al., 1995), tal como se observa por exemplo junto das mães que apresentam perturbações psicopatológicas graves, como veremos no capítulo IV.

Muito embora a descrição que fizemos até ao momento se refira às condutas e características que geralmente se encontram na interacção da mãe com o bebé, seria igualmente possível delinear algumas particularidades relevantes, que se referem mais propriamente à interacção que se verifica em situações interactivas específicas, o que ai fora do âmbito deste trabalho (veja, para esse efeito, Figueiredo, 1992).

O repertório interactivo do adulto está especialmente desenhado para o bebé, e os comportamentos interactivos que o bebé apresenta são precursores activos desse repertório, como vimos ao longo deste capítulo.

Uma das mais importantes características da conduta da mãe na interacção com o bebé é a significação social que a mãe atribui às manifestações mais ou menos aleatórias do bebé, muito antes de elas possuírem tal significação, designando e descrevendo verbalmente o comportamento que o bebé está a exibir e respondendo ao bebé como se a conduta dele tivesse essa mesma significação (e.g., Field, 1990). É o que acontece, por exemplo, com o sorriso, com a gargalhada e também com as

vocalizações espontâneas do bebé (e.g., Bower, 1983; Masataka & Bloom, 1994; Papousek, 1989).

A mãe procura reconhecer o valor comunicativo dos sons produzidos pelo bebé e *"tende a comunicar ao bebé o que ela percebe do seu estado afectivo "* (Lebovici, 1983, p. 163) — tal como se verifica, por exemplo, com a gargalhada, a que se é atribui um valor afectivo positivo (Nwokah, Hui-Chin, Dobrowolska, & Fogel, 1994). Através do emparelhamento afectivo (Stern, 1985), a mãe faz com que o bebé partilhe emoções durante a interacção mãe-bebé e, nesse sentido, fá-lo participar em acontecimentos verdadeiramente humanos.

Este modo de agir da mãe tem um papel crucial na elicitação e na manutenção das interacções sociais entre o bebé e a mãe.

A mãe selecciona e responde de forma social e contingente às vocalizações sociais do bebé — i.e., não responde da mesma forma que responde a outro tipo de vocalizações, às quais não dá a mesma importância nem reconhece como elemento de troca comunicacional. Agindo deste modo, a mãe conduz o bebé a perceber que determinadas vocalizações, mas não todas, elicitam respostas comportamentais previsíveis nos pais, sendo que esta experiência promove o desenvolvimento da comunicação intencional e é um importante percursor para a aquisição da linguagem (Papousek, 1989). Isto porque, ao fazê-lo, a mãe está a indicar ao bebé que o seu comportamento comunica, ao que ele, a seu tempo, *"emitirá intencionalmente determinados sinais na expectativa bem definida de que eles tenham determinada resposta"* (Schaffer, 1979, p. 103).

No que se refere à significação que a mãe atribui ao comportamento do bebé, Trevarthen (1977) salientou que ela tem essencialmente a ver com o que a mãe supõe serem os sentimentos e as intenções do bebé no momento, os quais ela percebe à luz e imagem dos seus próprios sentimentos e intenções, dotando o comportamento do bebé da sua própria humanidade. Ao agir deste modo, a mãe interpreta o comportamento do bebé, atribuindo um significado às suas expressões mais ou menos aleatórias, significado que ela encontra em si própria, e que, na maioria das vezes, equivale àquele que poderíamos encontrar na maior parte das pessoas. Como comenta Newson (1974), interagindo deste modo, a mãe está a tornar humano o seu bebé, na medida em que o trata como tal.

Somos levados a concluir que a significação social que a mãe dá a determinados, mas não a todos os comportamentos do repertório espontâneo do bebé, permite-lhe seleccionar aqueles cujo valor é eminentemente comunicativo, e faz com que o bebé desenvolva as suas competências interpessoais. Deste modo, a tarefa

da mãe na interacção com o bebé não se limita ao garante da estimulação adequada, mas estende-se à atribuição de um sentido interpessoal que favorece *"a abertura do bebé ao mundo humano"* (Lebovici, 1983, p. 113).

Para finalizar, justifica-se abordar a questão da ligação afectiva da mãe ao bebé, pois só assim se compreende como a interacção mãe-bebé é também um processo de adaptação mútua, que exige tanto do bebé como da mãe.

Hoje temos fortes indicações para pensar que o desenvolvimento da ligação afectiva da mãe ao bebé se faz de modo relativamente gradual (Macfarlane, 1979; Robson & Moss, 1970; Stern, 1980).

Com efeito, Robson e Kumar (1980), por exemplo, revelaram que cerca de 40% das mães primíparas e 25 % das mães multíparas sentiram uma certa indiferença para com o bebé quando o pegaram pela primeira vez nos seus braços. As mães referiram ainda que a afeição pelo seus bebés demorou alguns dias a instaurar-se.

Por sua vez, na opinião de autores como Robson e Moss (1970) e Stern (1980), a aquisição de certas competências comunicativas por parte do bebé tem vastas consequências na aproximação da mãe ao bebé. Por exemplo, a possibilidade que o bebé tem de fixar e de manter o seu olhar fixado no da mãe, traz consequências na aproximação afectiva da mãe, pois ela tem uma *"primeira impressão subjectiva de que o bebé é um ser humano totalmente capaz de reacções, e de que ambos têm uma relação verdadeira"* (Stern, 1980, p. 51).

Deste modo, o contacto ocular mútuo, assim como as vocalizações em simultâneo e a imitação parecem ter um importante impacto no desenvolvimento precoce da ligação afectiva da mãe ao bebé (Stern et al., 1975), porque testemunham que uma verdadeira comunicação está a acontecer, a qual se deve não ao acaso, mas indica que a mãe foi escolhida para esse propósito. Quando o bebé se torna capaz de demonstrar aos pais que prefere os estímulos humanos aos estímulos não-humanos, é impossível que eles não caiam sob o domínio do bebé

Assim, a ligação afectiva da mãe ao bebé estabelece-se progressivamente e em estreita relação com o desenvolvimento das competências do bebé para se mostrar um ser eminentemente social e afectivo, ou seja em estreita relação com a ligação afectiva do bebé à mãe (Figueiredo, 1996).

Klaus e Kennell (1976) introduziram o termo *"bonding"* para dar conta da relação única que se estabelece entre a mãe e o bebé, relação que é específica a ambos e que acontece desde os primeiros contactos entre eles. Por vinculação materna, Robson e Moss (1970) entenderam a extensão em que a mãe sente que o bebé ocupa

uma posição essencial na sua vida. Estes autores consideram que os primeiros momentos da relação da mãe com o bebé são críticos para o desenvolvimento da relação futura entre a mãe e o bebé.

Com efeito, como o evidenciaremos mais detalhadamente no ponto seguinte, as condições de parto que facilitam o contacto precoce da mãe com o bebé, favorecem o estabelecimento da ligação afectiva da mãe ao bebé (e.g., DeVries, Wellemans-Camus, & Landeur-Heyrant, 1983; (Kennell, Trause, & Klaus, 1975; Pedro, 1982; Windstrom et al., 1990); enquanto que a presença de sentimentos ambivalentes para com o bebé — nomeadamente o desagrado com algum aspecto do bebé, como por exemplo o sexo — parece entravar o estabelecimento da ligação afectiva da mãe ao bebé, verificando-se, meses mais tarde e em consequência disso, interacções mãe-bebé menos adequadas (Carek & Cappeli, 1981).

A importância do contacto corpo-a-corpo nos momentos imediatos ao parto para o estabelecimento da ligação afectiva mãe-bebé deve-se não só à elevada sensibilidade materna nesse período sensível, como ainda ao facto de o bebé, durante as primeiras 24 horas de vida, estar particularmente atento e disponível para a interacção com o meio, mais do que o estará durante os meses seguintes (Field, 1990).

Também as mudanças hormonais relacionadas com o pós-parto tornam as mães mais sensíveis ao bebé (Fleming & Corter, 1988). Verificou-se, por exemplo, que o grito de fome nos bebés causa um aumento na temperatura dos seios das mães que estão a aleitar os bebés (e.g., Frodi, 1985).

Saliente-se ainda que a diversidade e o grau de envolvimento da mãe com o bebé se relacionam com a complexidade do sistema social no qual a mulher se insere. Parece ocorrer uma relação directa entre a complexidade do sistema social e o envolvimento dos pais com a criança. As mudanças sociais e tecnológicas que aconteceram nos últimos anos obrigaram a importantes mudanças no comportamento dos pais para com os bebés e as crianças pequenas, e não só, cujas repercussões sobre a relação afectiva estão por estudar.

3.4. O repertório interactivo na interacção mãe-bebé

Caracterizados como estão os repertórios interactivos do bebé e da mãe — i.e., a conduta que o bebé e a mãe exibem durante os encontros que se verificam entre ambos — torna-se necessário caracterizar ainda o processo interactivo — i.e., descrever os modos pelos quais a interacção mãe-bebé efectivamente acontece.

A questão que mais controvérsia gerou junto dos investigadores que estudam a interacção mãe-bebé refere-se à existência ou não de reciprocidade entre o comportamento da mãe e o comportamento do bebé na díade.

Como salienta Lebovici (1983), no que se refere à verificação da existência de reciprocidade na interacção mãe-bebé, as questões que devem ser postas são as seguintes: cada membro da díade percebe as mensagens do outro (?), cada membro da díade toma em consideração as mensagens do outro (?), cada membro da díade articula a sua conduta com as mensagens que recebe do outro (?).

Muito embora todos os autores aceitem que a conduta interactiva da mãe seja recíproca, os estudos divergem nos resultados relativos à questão de saber se o bebé é ou não capaz de uma acção recíproca na interacção com a mãe, ou seja de um comportamento que opere em resposta e tenha em conta a conduta da mãe.

Os resultados obtidos pelas investigações que passamos a referir sugerem diferentes respostas às questões acima enunciadas, designadamente consoante as idades do bebé e as situações interactivas consideradas (Figueiredo, 1992).

Na situação face-a-face, a alternância entre os acontecimentos interactivos propostos pela mãe e pelo bebé é para alguns autores garante da existência de reciprocidade na conduta quer da mãe quer do bebé (e.g., Cohn & Tronick, 1988; Brazelton et al., 1974, Kaye, 1977; Murray, 1988, 1991; Trevarthen, 1977; Tronick & Cohn, 1989).

Cohn e Tronick (1988), por exemplo, observaram a presença de influência bidireccional entre as expressões faciais da mãe e do bebé na interacção face-a-face. Estes autores verificaram ainda que, ao longo do primeiro ano de vida, aumenta a coordenação susceptível de ser observada na díade mãe-bebé, designadamente a extensão em que cada membro da díade modifica o seu comportamento em função do comportamento do outro (Tronick & Cohn, 1989).

Também Murray e Trevarthen consideram que o processo interactivo mãe-bebé é um processo mutuamente regulado, dado que observam que o bebé, desde a idade de 2-3 meses, é capaz de perceber a intenção comunicativa da mãe e de lhe responder de forma adequada, tomando em conta as características formais, temporais e afectivas da conduta da mãe (e.g., Murray, 1988, 1991).

Outros autores consideram que a reciprocidade que pode ser observada na conduta do bebé, não é uma verdadeira reciprocidade, dado que resulta de uma habilidade muito particular da mãe para coordenar a sua conduta com a do bebé (Down & Tronick, 1986; Pawlby, 1977; Schaffer, 1989; Stern, 1980; Symons & Moran, 1994).

Ainda recentemente, Symons e Moran (1994), por exemplo, observaram a interacção mãe-bebé numa situação de face-a-face, na idade de 8, 12, 16 e 20 semanas do bebé e analisaram detalhadamente as respostas de sorriso da mãe e do bebé em 25 díades mãe-bebé. Distinguiram acções contingentes — quando o sorriso da mãe ou do bebé se segue especificamente ao sorriso do outro membro da díade — de acções dependentes — quando o sorriso da mãe ou do bebé não se restringe aos períodos subsequentes ao sorriso do outro membro da díade. Contabilizaram a extensão em que o sorriso do bebé é necessário para eliciar o sorriso da mãe e a extensão em que o sorriso da mãe é necessário para eliciar o sorriso do bebé.

Verificaram que, muito embora os bebés respondam consistentemente com sorriso aos sorrisos das mães, *"o número de sorrisos da mãe que se faz seguir pelo sorriso do bebé não excede o mínimo necessário para que se possa considerar como não apenas devido ao acaso"* (Symons & Moran, 1994, p. 212). As mães sorriem relativamente independentemente do sorriso do bebé, no entanto o bebé não sorri de modo independente do sorriso da mãe, pelo que se conclui que o sorriso da mãe é necessário mas não suficiente para provocar o sorriso do bebé.

Também VanWulfften Palthe, Hopkins, e Vos (1990) estudaram a possibilidade de existir alguma dependência sequencial entre o comportamento do bebé e da mãe, nas interacções mãe-bebé mantidas durante os primeiros meses de vida. Para esse efeito, observaram por períodos de 15 minutos a interacção mãe-bebé, numa situação de face-a-face, na idade de 3, 6, 9, 12, 15 e 21 semanas do bebé. Os resultados destes autores replicam os resultados dos autores acima assinalados, e testemunham que, pelo menos durante as primeiras 6 semanas de vida, o bebé está insuficientemente equipado para ter uma participação activa na interacção com a mãe, agindo de forma relativamente independente do comportamento da mãe. Ainda tendo em conta os resultados obtidos nesta investigação, apenas aos 2 meses de idade, mudanças ao nível da conduta do bebé possibilitam que o bebé seja um participante mais activo na interacção com a mãe.

Existem verdadeiros diálogos nas interacções vocais da díade mãe-bebé, dado que se observa uma coordenação dos tempos de intervenção e de pausa, quer por parte da mãe quer por parte do bebé.

Ainda recentemente, num estudo conduzido por Feldstein, Jaffe, Beebe, Crown, Jasnow, Fox, e Gordon (1993) sobre 28 díades mãe-bebé, observadas na idade de 4 meses do bebé, numa situação de face-a-face, verificou-se que o padrão temporal das emissões e pausas nas vocalizações da mãe e do bebé no jogo variava adequadamente em função do padrão temporal do parceiro, sendo que sempre que a duração da emissão ou da pausa de um parceiro aumentava, o mesmo se verificava

na mesma conduta do outro elemento da díada. Para além disso, era facilmente previsível a intervenção de uma emissão vocal de cada elemento da díade após um tempo de latência de 20 a 30 segundos.

No entanto, no que se refere às interacções vocais, outros autores têm observado quer a alternância quer a consonância entre as vocalizações da mãe e do bebé, sendo que, progressivamente, durante o segundo semestre de vida, as vocalizações alternadas vão tornar-se mais frequentes, para se tornarem definitivamente preponderantes ao ano de idade, na interacção do bebé com a mãe (Anderson, Vietze, & Dobeck, 1978; Jasnow & Feldstein, 1986; Schaffer et al., 1977; Stern, Jaffe, Beebe, & Bennet, 1975; Vandell & Wilson, 1987).

Para além disso, o bebé regula as suas intervenções vocais de acordo com o estado emocional da mãe, que percebe através das expressões faciais que a mãe exibe (Slee, 1983); no entanto, não é capaz de regular a sua conduta visual com a conduta vocal, o que só se verifica durante o segundo ano de vida (Rutter & Durkin, 1987, Schaffer et al., 1977).

Durante o aleitamento, por exemplo, estabelecem-se entre a mãe e o bebé verdadeiros diálogos comportamentais, obedecendo às regras da alternância: enquanto o bebé suga, a mãe está calada para não o perturbar, guardando as suas intervenções para os momentos em que o bebé faz uma pausa na sua actividade de sucção. Deste modo, a mãe, durante a mamada, interpreta correctamente os sinais do bebé e respeita os seus ritmos próprios (Field, 1977; Kaye, 1977; Lézine, Robin, & Cortial, 1975; Wolf, 1968).

Mas, talvez mais importante do que a verificação experimental, é o facto de um os elementos da díade sentir, tal como se observa, que o seu comportamento tem alguma influência no comportamento do outro (Feld,1990). Muitos comportamentos do bebé são vistos pelo adulto como respostas ao seu próprio comportamento e encorajam o adulto a interagir mais com o bebé.

4. Determinantes da Interacção Mãe-Bebé

A interacção mãe-bebé é um acontecimento determinado por circunstâncias várias — relativas quer à mãe, quer ao bebé, quer ao contexto sócio-cultural envolvente no qual a interacção ocorre (e.g., Fish, Stifter, & Belsky, 1993).

Certas características individuais da mãe — como por exemplo, a idade, a paridade, o tipo de personalidade, o nível educacional, etc. — determinam o comportamento que a mãe tem com o seu bebé e interferem significativamente na qualidade da interacção mãe-bebé que se estabelece na díade.

Para além das características individuais da mãe, também as circunstâncias que se referem ao seu enquadramento social e cultural determinam a generalidade das coisas que acontecem na interacção entre a mãe e o bebé. O contexto envolvente favorece sistemas específicos de agir que podem ou não apoiar a mãe no desempenho de uma interacção adequada com o bebé. Assim, o bebé *"não só interage com um determinado ambiente natural, mas também com uma cultura específica associada a uma determinada ordem social que lhe é transmitida por pessoas significativas"* (Pedro, 1982, p. 102).

Certas características individuais do bebé — como seja o sexo, o temperamento, a maturidade, etc. — determinam o comportamento que o bebé tem com a mãe, pelo que interferem igualmente na qualidade da interacção mãe-bebé que se estabelece na díade.

Ao longo desta secção, apresentaremos os mais recentes estudos empíricos que assinalam a importância de condições relativas à mãe, ao bebé e ao meio-ambiente no estabelecimento da interacção mãe-bebé. *"Cada membro da díade traz para a interacção um repertório comportamental, com certas características que lhe são específicas, outras que são comuns a outros indivíduos e outras ainda que são universais para a espécie"* (Acebo & Thoman, 1992, p. 68), são esses os determinantes que iremos agora analisar.

4.1. Circunstâncias relativas à mãe

Determinados mecanismos, alguns que podem ser considerados inatos e outros que seguramente são aprendidos, garantem que, desde as primeiras horas do pós-parto, a mãe esteja geralmente capaz de estabelecer interacções adequadas com o bebé. No entanto, enquanto que determinadas características maternas propiciam ao desenvolvimento de uma conduta adequada na interacção com o bebé, outras características maternas parecem associar-se a condutas inadequadas. As investigações que apresentamos seguidamente reportam-se ao estudo da interferência de tais características da mãe sobre a qualidade da interacção mãe-bebé que se estabelece na díade.

A classe social foi uma das primeiras variáveis cujo efeito na qualidade da interacção mãe-bebé foi investigada. As diferenças na qualidade da interacção mãe-bebé, consoante a classe social das mães, foram objecto privilegiado de estudo, tendo obtido a atenção particular dos investigadores nos anos 80; no entanto, são poucos os trabalhos empíricos que com esse propósito se realizaram durante a última década.

Para a grande maioria dos autores, a conduta interactiva das mães pertencentes à classe média ou alta é na sua generalidade mais adequada do que a conduta interactiva das mães pertencentes à classe baixa. Muito embora não se observem diferenças significativas ao nível do contacto físico e da expressão afectiva das mães que provêm de diferentes classes sociais, as mães de classe média ou alta providenciam ao bebé muito mais oportunidades de estimulação, e particularmente de estimulação verbal, do que as mães de classe social baixa (Bayley & Schaefer, 1960; Field & Pawlby, 1980; Kilbride, Johnson, & Streissguth, 1977; Tulkin & Kagan, 1972).

Diferenças muito similares àquelas que foram observadas em mães de diferentes classes sociais foram encontradas junto de mães com diferentes níveis de instrução (e.g., Cohen & Beckwith, 1976). Também as mães com um QI mais elevado têm uma conduta interactiva mais adequada e respondem mais às propostas interactivas do bebé do que as mães com um baixo QI (Bornstein & Tamis-LeMonda, 1994).

As mães interagem também de modo diferente consoante o seu estado de saúde mental, e todo um capítulo da dissertação que apresentamos foi reservado ao estudo e análise desta evidência (ver capítulo IV).

De igual modo, certas características da personalidade da mãe — como seja, a presença de histeria e de paranóia, tal como podem ser avaliadas a partir de inventários de personalidade — parecem condicionar a mãe ao estabelecimento de interacções menos adequadas com os bebés, enquanto que outras características da personalidade das mães — tais como a feminilidade e o controlo do *ego* — parecem associar-se ao estabelecimento de interacções mais adequadas com os bebés (Fish, Stifer, & Belsky, 1993; Heinicke, Diskin, Ramsey-Klee, & Given, 1983; Kaeller & Roe, 1990).

Ainda recentemente, num estudo levado a cabo por Fish, Stifer, e Belsky (1993), em que se procurava os antecedentes relativos à qualidade da interacção mãe-bebé, verificou-se que algumas características da personalidade das mães (N=76) avaliadas durante a gravidez, faziam prever a qualidade da interacção mãe-bebé observada posteriormente aos 5 meses de idade do bebé, numa situação de jogo livre no laboratório. As mães que possuíam características positivas de personalidade,

assinaladas através dos inventários de personalidade administrados, exibiam uma conduta interactiva caracterizada pela sensibilidade, responsividade e positividade na interacção com o bebé; contrariamente, as mães que possuíam características negativas de personalidade, como seja valores elevados de neuroticismo, exibiam uma conduta caracterizada pela intrusão, a qual conduzia ao estabelecimento de interacções inadequadas com o bebé.

Existem inúmeras evidências empíricas de que as circunstâncias relacionadas com a gravidez e o parto interferem de modo significativo na qualidade da interacção mãe-bebé.

No que se refere ao efeito das condições relativas ao parto na qualidade da interacção mãe-bebé, verifica-se que, quando o contacto corporal mãe-bebé é facilitado nos momentos que se seguem ao parto, tal resulta em efeitos positivos na interacção mãe-bebé, a curto e a longo prazo.

Nomeadamente, na clássica investigação de Klaus e Kennell (1976), verificou-se — junto das mães que usufruíram de contacto corporal com o bebé nos momentos que se seguiram parto — uma maior proximidade com o bebé um mês depois do parto (Klaus, Jerauld, Kreger, McAlpine, Steffa, & Kennell, 1972), estratégias mais eficazes de apaziguamento do mal-estar do bebé ao ano de idade (Kennell, Jerauld, Kreger, McAlpine, Steffa, & Klaus, 1974) e mais estimulação verbal do bebé aos 2 anos de idade (Ringler, Kennell, Jarvella, Mavojosky, & Klaus, 1975).

Segundo os autores deste estudo, a relação encontrada verifica-se porque, logo a seguir ao parto, existe um período óptimo à ligação afectiva da mãe ao bebé e ocorrem *"um grande número de interacções recíprocas ... que determinam o futuro da ligação afectiva mãe-bebé"* (Kennell, et al., 1975, p. 88).

Resultados semelhantes a estes foram obtidos em outros contextos culturais, designadamente no nosso país, por Pedro (1982).

Mais recentemente, também Windstrom, Wahlberg, Matthiesen, Eneroth, et al. (1990) encontraram que determinadas condições relativas às circunstâncias de parto favorecem o estabelecimento de interacções mais positivas entre a mãe e o bebé. Com efeito, junto de uma amostra de 57 mães suecas distribuídas por duas condições experimentais, estes autores verificaram que as díades a quem tinha sido facultado o contacto precoce mãe-bebé, estabelecido através da amamentação e do contacto corpo a corpo 30 minutos depois do parto, tinham interacções mãe-bebé mais adequadas, tais como foram observadas durante os primeiros 4 dias do pós-parto numa situação de amamentação.

As investigações empíricas têm igualmente verificado que as condições imediatas ao parto que favorecem o contacto e a participação da mãe nos cuidados a dar ao bebé, beneficiam a interacção mãe-bebé, dado que nessas circunstâncias se observam padrões de maior actividade interactiva, quer por parte da mãe quer por parte do bebé, e uma interacção mais rica e variada se estabelece consequentemente na díade (e.g., DeVries, Wellemans-Camus, & Landeur-Heyrant, 1983; Kennell et al., 1975; Pedro, 1982; Windstrom et al., 1990).

Outros investigadores procuraram ainda avaliar o efeito do tipo de parto sobre a qualidade da interacção que se estabelece entre a mãe e o bebé.

Sepkoski, Lester, Ostheimer, e Brazelton (1992), por exemplo, procuraram estudar o efeito da anestesia epidural materna no comportamento do bebé durante o primeiro mês de vida. Nesse sentido, avaliaram a realização de 20 bebés que nasceram com anestesia epidural e a realização de 20 bebés cujas mães não foram medicadas. Verificaram que o desempenho na Escala de Avaliação Neo-natal de Brazelton (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*, NBAS), administrada no 1°, 3°, 7° e 28° dia, era pior nos bebés cujas mães tinham feito uma anestesia epidural — e isso, sobretudo no respeitante à resposta de orientação e ao desenvolvimento motor — do que nos bebés cujas mães não tinham sido sujeitas a intervenção anestésica. Estes autores consideram que os efeitos encontrados — da anestesia epidural materna sobre o comportamento neo-natal do bebé — são susceptíveis de desorganizar — e, nesse sentido de afectar negativamente a interacção precoce mãe-bebé.

No entanto, estes resultados não foram replicados em outros estudos empíricos. Svedja, Campos, e Emde (1980), por exemplo, não verificaram qualquer efeito positivo na qualidade da interacção mãe-bebé, em consequência de se providenciar um contacto extra mãe-bebé nos momentos que se seguem ao parto. Também não se têm observado diferenças significativas na interacção mãe-bebé em função do tipo de parto — normal ou por cesariana (Garel, Lelong, & Kaminski, 1988; Gottlieb & Barrett, 1986).

O tipo de alimentação escolhido pela mãe — isto é, o facto de a mãe optar por aleitar ao peito ou ao biberão o bebé — é um factor que determina a qualidade da interacção que se observa na díade mãe-bebé. Nas díades em que a mãe escolhe alimentar ao peito o seu bebé, a interacção mãe-bebé é geralmente mais adequada

do que nas díades em que a mãe opta por outro tipo de alimentação (Kuzela, Stifter, & Worobey, 1990)

Por exemplo, num estudo desenvolvido sobre 11 bebés amamentados ao seio e 16 bebés alimentados ao biberão durante o primeiro ano de vida, Kuzela, Stifter, e Worobey (1990) averiguaram os efeitos benéficos da amamentação ao seio do bebé na qualidade da interacção mãe-bebé que se estabelece na díade em outros contextos interactivos.

Com efeito, estes autores verificaram que a qualidade da interacção mãe-bebé em diversos contextos interactivos, nomeadamente na situação de interacção livre, era significativamente determinada pelo facto de a mãe estar ou não a dar de mamar ao seu bebé. Na situação de interacção livre, as mães que amamentavam o bebé ao seio foram observadas a exibir um número mais elevado de iniciativas positivas de jogo e de contacto físico, assim como um número mais elevado de expressões de afecto positivo para com o bebé; os bebés que eram amamentados ao seio mostraram, por sua vez, um significativo maior número de contactos físicos e de vocalizações e um significativo menor número de expressões de zanga na interacção com a mãe.

Estes autores observaram ainda um efeito diferente consoante o sexo do bebé — contrariamente ao caso dos bebés do sexo masculino, em que aqueles que eram alimentados ao seio exibiam uma conduta interactiva mais adequada do que aqueles que eram alimentados ao biberão, no caso dos bebés do sexo feminino, aqueles que eram alimentados ao biberão apresentavam uma conduta interactiva mais adequada do que aqueles que eram alimentados ao seio.

Diversos estudos empíricos mostraram que a paridade, tanto como a experiência da mãe nos cuidados a prestar ao bebé, têm igualmente um importante impacto em dimensões relevantes da forma como a mãe se comporta na interacção com o bebé (e.g., Bakeman et al., 1975; Bakeman et al., 1985; Crockenberg & Smith, 1982; Dzig, 1979; Eaton, Chipperfield, & Singbeil, 1989; Fish & Stifter, 1993; Missio, Bott, Costas, & Deulofeu,1995; Rubestein, 1967; Thoman & Olson, 1972).

Num estudo desenvolvido sobre uma amostra de 87 mães e bebés de 5 meses de idade, Fish e Stifter (1993) investigaram o efeito da paridade da mãe sobre as atitudes maternas e a conduta da mãe na interacção mãe-bebé. Estes autores observaram que as mães multíparas reportam níveis mais elevados de auto-eficácia, ao passo que as mães primíparas reportam baixos níveis de auto-eficácia e um maior

aumento da ambivalência para com o matrimónio após o nascimento do bebé, o que interfere negativamente na qualidade da sua conduta interactiva com o bebé.

Os estudos que se reportam especificamente às situações de cuidados a prestar ao bebé — e, particularmente, à interacção durante a amamentação — mostram que, logo a seguir ao parto, as mães primíparas são muito menos eficientes do que as mães multíparas nos cuidados que prestam ao bebé (Bakeman et al., 1975; Dzig, 1979; Missio et al., 1995; Thoman & Olson, 1972). Tal acontece porque, nomeadamente, as mães primíparas interrompem mais vezes a mamada e estimulam excessivamente o bebé, fazendo com que o bebé disperse a sua atenção, pelo que demoram muito mais tempo a dar de mamar ao bebé. Assim, *"as mães primíparas são menos sensíveis e respondem de forma menos adequada aos sinais do bebé, durante a interacção alimentar"* (Thoman & Olson, 1972, p. 178).

Os bebés primeiros nascidos, por sua vez, respondem de um modo mais vigoroso aos estímulos tácteis e tendem a ser mais activos do ponto de vista motor do que os bebés segundos nascidos, o que dificulta o estabelecimento de uma interacção adequada com a mãe durante a amamentação (Bakeman et al., 1985).

No entanto, alguns autores verificam que, com o tempo, as diferenças assinaladas na conduta interactiva, entre mães primíparas e mães multíparas, tendem a esbater-se, dado que as mães primíparas aprendem acerca do modo mais adequado de interagir com o bebé (Demottoni, Rizzian, & Narberi, 1987).

Outros autores verificam ainda que tais efeitos adversos só se observam na presença de certas características relativas aos bebés — como seja, quando se trata de bebés que apresentam dificuldades temperamentais (e.g., Bakeman et al., 1985).

Contudo, no que se refere aos bebés prematuros, as mães foram observadas a interagir de modo mais inadequado no caso do bebé ser um segundo filho, do que no caso do bebé ser um primeiro filho (Beckwith, 1984; Bendersky & Lewis, 1986).

Para além do mais, quando especificamente se observa a interacção mãe-bebé na situação de jogo durante o primeiro ano de vida, verifica-se que as mães primíparas estimulam mais os seus bebés primeiros nascidos do que as mães multíparas estimulam os seus bebés segundos nascidos (Crockenberg & Smith, 1982; Eaton, Chipperfield, & Singbeil, 1989; Rubestein, 1967).

Assim sendo, não é claro que em todas as circunstâncias a paridade favoreça a qualidade da conduta interactiva da mãe para com o bebé, o mesmo parecendo

limitar-se às situações de cuidados e aos momentos iniciais das trocas interactivas mãe-bebé.

Outros estudos ainda, não encontraram diferenças entre mães primíparas e mães multíparas. É o que se verifica, por exemplo, relativamente à competência para estimar o estado comportamental/afectivo associado às vocalizações do bebé (Papousek, 1989). O que parece indicar que pelo menos algumas competências maternas se referem à experiência comum das mulheres e não estão sujeitas à interferência da paridade ou da experiência anterior com bebés.

O efeito da idade da mãe sobre a qualidade da interacção mãe-bebé tem sido alvo do interesse de numerosos investigadores, os quais se têm particularmente esforçado por avaliar as repercussões adversas que a pouca idade da mãe pode ter sobre os cuidados que são prestados ao bebé.

É assim que, numa série de estudos empíricos, as mães adolescentes foram observadas a estabelecer interacções menos adequadas com os bebés do que as mães adultas. Com efeito, na interacção com o bebé durante o primeiro ano do pós-parto, as mães adolescentes mostram-se geralmente menos sensíveis às necessidades do bebé do que as mães adultas, as mães adolescentes são menos estimulantes do ponto de vista verbal do que as mães adultas e as mães adolescentes respondem menos e de forma menos adequada ao bebé do que as mães adultas (Barratt & Roach, 1995; Brooks-Gunn & Fustenberg, 1986; Field, Widmayer, Stringer, & Ignatoff, 1980; Fry, 1985; Landy, 1983; Osofsky & Eberhart-Wright, 1992; Ragozin, Bashan, Crnic, Greenbergh, & Robinson, 1982).

Ainda recentemente, Barratt e Roach (1995), por exemplo, avaliaram a qualidade da interacção mãe-bebé em 48 díades de mães primíparas solteiras, comparando mães adolescentes (com idade entre os 15 e os 18 anos) e mães adultas (com mais de 19 anos de idade).

Estes autores verificaram que, na interacção com o bebé na idade de 4 meses, as mães adolescentes vocalizam e sorriem menos em direcção ao bebé, assim como oferecem e partilham menos os objectos com o bebé do que as mães adultas. Diferenças semelhantes foram observadas na idade de 12 meses do bebé: as mães adolescentes providenciaram interacções menos adequadas, nomeadamente exibiram um menor número de respostas vocais do que as mães adultas. Por sua vez, na interacção com a mãe, os bebés das mães adolescentes, quando comparados com os bebés das mães adultas, exibiram um menor número de sorrisos e um menor número

de vocalizações, aos 4 meses de idade, e um maior número de ausência de resposta vocal, aos 4 e aos 12 meses de idade.

As dificuldades que a puérpera com pouca idade tem para se adaptar às tarefas relativas à maternidade estabelecem-se logo durante a gravidez, para se observarem mais consistentemente depois do parto. Assim, Gottesman (1992), por exemplo, encontrou que as mães primíparas de menor idade da sua amostra (com idade entre os 20 e os 24 anos), quando inquiridas no 3º trimestre de gravidez, exibiam mais dificuldades na adaptação pré-natal à gravidez e no ajustamento ao papel de mãe, do que as mães primíparas da amostra que ficaram grávidas numa idade média (entre os 25 e os 29 anos) ou numa idade tardia (com mais de 30 anos).

O efeito adverso da pouca idade da mãe sobre a qualidade da interacção mãe-bebé, verifica-se particularmente na presença de circunstâncias desfavoráveis — como seja, na ausência de uma relação conjugal estável ou na ausência de apoio social (Barratt & Roach, 1995; Kurtz & Derevensky, 1994; Unger & Cooley, 1994) e na presença de dificuldades temperamentais ou prematuridade do bebé (Field et al., 1980).

Kurtz e Derevensky (1994), por exemplo, encontraram que a qualidade da interacção mãe-bebé num grupo de mães adolescentes dependia, mais do que da idade da mãe, da rede de apoio e das circunstâncias de vida da mãe. Estes autores observaram que as mães adolescentes que beneficiavam de poucos recursos de apoio social tendiam a providenciar uma interacção de menor qualidade ao bebé, sobretudo na presença de circunstâncias de vida adversas.

No entanto, alguns estudos mais recentes não observaram diferenças na qualidade da interacção mãe-bebé, quando compararam grupos de mães adolescentes e grupos de mães adultas (Kemp, Sibley, & Pond, 1990; Missio et al., 1995).

Kemp, Sibley, e Pond (1990), por exemplo, não encontraram diferenças significativas na qualidade da vinculação pré-natal ao bebé e na qualidade da interacção mãe-bebé observada numa situação de amamentação durante os primeiros dias do pós-parto, numa amostra constituída por 2 grupos de mães com idades diferentes — 20 mães adolescentes (com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos) e 32 mães adultas. Mas é igualmente verdade que alguns desses estudos consideraram amostras de mães adolescentes não muito novas — Missio, Bott, Costas, e Deulofeu (1995), por exemplo, levaram a efeito o seu estudo junto de mães com idade superior a 16 anos — e a variável idade mostra-se um factor muito relevante para as circunstâncias que avaliaram.

Conclui-se que as mães adolescentes podem ainda estar envolvidas em tarefas desenvolvimentais relativas à adolescência e, consequentemente, não estar preparadas para encetar as tarefas desenvolvimentais que se referem à maternidade.

Na presença de circunstâncias favoráveis, os efeitos adversos da idade da mãe podem estar diminuídos. Os estudos empíricos têm verificado que as mães adolescentes de mais idade, oriundas de estratos sócio-económicos mais elevados, que possuem uma relação conjugal estável, dispõem de uma boa rede de suporte social ou possuem boas competências interpessoais, têm um bebé que não apresenta problemas ou ainda têm conhecimentos a respeito do desenvolvimento do bebé e expectativas realistas relativamente ao papel materno, mantêm interacções mais adequadas com os bebés, do que as mães que acumulam circunstâncias que parecem afectar negativamente a interacção mãe-bebé (Barratt & Roach, 1995; Field et al., 1980; Fry, 1985; Kurtz & Derevensky, 1994; Moore & Snyder, 1991; Panzarine, 1989; Unger & Cooley, 1994).

A importância da rede de suporte social e emocional de que a mãe dispõe, bem como o efeito da qualidade do seu relacionamento conjugal — na satisfação e no comportamento da mãe durante o período de gravidez e de após o parto — tem sido mais recentemente considerados nos estudos empíricos. Estas variáveis foram geralmente avaliadas tal como são percebidas pela mãe, pelo que serão analisadas aqui, no que se refere à interferência de características da mãe, e não mais tarde, quando analisarmos a determinação do contexto no qual a interacção mãe-bebé se dá.

O facto de a mãe considerar que tem ou não apoio instrumental/emocional por parte dos seus familiares e amigos, assim como o facto de a mãe considerar que tem ou não uma boa relação conjugal com o pai do bebé, interfere significativamente na qualidade da interacção que mantém com o bebé, como se constata num vasto conjunto de estudos que apresentamos de seguida (e.g., Crockenberg & Mc Cluskey, 1986; Crnic, Greenberg, & Slough, 1986; Feiring, Fox, Jaskir, & Lewis, 1987; Fish, Stifter, & Belsky, 1993; Hann, 1989; Isabella, 1994; Zarling, Hirsch & Landry, 1988).

Nos estudos iniciais, autores como Crockenberg e Mc Cluskey (1986), Crnic, Greenberg e Slough (1986), Feiring, Fox, Jaskir, e Lewis (1987) e Zarling, Hirsch e Landry (1988), verificaram que as mães que referem possuir uma boa rede de apoio social mantêm interacções mais adequadas com os bebés e mostram-se mais sensíveis às necessidades do bebé do que as mães que referem a ausência desse apoio.

Também mais recentemente Hann (1989), que desenvolveu um estudo sobre uma amostra de 34 mães, verificou a importância de certas características da personalidade das mães e de aspectos relativos ao ambiente familiar das mães sobre a qualidade da interacção mãe-bebé. Nomeadamente, esta autora verificou que as mães que dispunham de uma rede mais vasta de suporte social tinham maior competência de resposta social ao bebé, tal como foi observada durante a interacção mãe-bebé aos 3-6 meses de idade do bebé.

De igual modo, a qualidade e a satisfação da mãe com o seu relacionamento conjugal durante a gravidez, tal como foi avaliada por Fish, Stifter, e Belsky (1993), associa-se significativa e positivamente com a qualidade da interacção entre a mãe e o bebé observada numa situação de jogo livre aos 5 meses de idade do bebé (N=76). Estes autores verificaram que as mães que durante a gravidez referem a presença de um maior número de conflitos conjugais e que estão menos satisfeitas com o seu casamento ou com a sua relação conjugal exibem uma conduta menos adequada na interacção com o bebé, 5 meses depois do parto. Estas mães mostram-se menos sensíveis e menos positivas para com o bebé e observa-se também que interagem menos frequentemente e com menor envolvimento afectivo para com o bebé, do que as mães que referem ter um bom relacionamento conjugal.

Mais recentemente, num estudo que desenvolveu sobre uma amostra de 32 mães primíparas americanas, tal como os autores que apresentamos anteriormente, também Isabella (1994) verificou que as mães que no último mês de gravidez reportam a presença de níveis mais elevados de satisfação matrimonial, assim como a presença de níveis mais elevados de apoio emocional e social por parte da família, sentem uma maior satisfação no desempenho dos diferentes papéis da sua vida. Nomeadamente no desempenho do papel maternal no 4º mês do puerpério, o que, por sua vez, se associa a uma interacção mãe-bebé mais adequada na idade de 9 meses do bebé, e assegura o desenvolvimento de uma vinculação segura à mãe, por parte do bebé, tal como pôde ser avaliado na Situação Estranha de Ainsworth ao ano de idade.

Para a autora deste estudo *"os resultados testemunham a importância do contexto social da mãe ... na qualidade das interacções e da relação que se estabelece entre a mãe e o bebé"* (Isabella, 1994, p. 381). Mesmo assim, não é o suporte social e a satisfação matrimonial *per se* que determinam a qualidade da interacção mãe-bebé, pois estes factores actuam através da satisfação da mulher, a qual sim interfere directamente na qualidade da conduta interactiva materna — *"as mães que estão satisfeitas com os diferentes papéis que desempenham na vida, predispõem-se a estar de uma forma mais sensível com os seus bebés"* (Isabella, 1994, p. 386).

Para além dos efeitos positivos geralmente associados à presença de apoio social para a manutenção de interacções adequadas entre a mãe e o bebé, tal como são referidos numa série de estudos que já assinalámos, tais efeitos benéficos verificam-se sobretudo na presença de circunstâncias adversas, como seja na presença das condições negativas que se associam quer à prematuridade do bebé (e.g., Crnic, Greenberg, & Slough, 1986; Feiring et al., 1989), quer às dificuldades temperamentais do bebé (e.g., Hann, 1989; Pianta, 1989).

A investigação confirma assim que certas circunstâncias do contexto em que se verifica a interacção mãe-bebé — como seja, na presença/ausência de suporte social para a mãe (e.g., Crockenberg & Mc Cluskey, 1986; Crnic, Greenberg, & Slough, 1986; Feiring et al., 1989; Pianta, 1989; Hann, 1989; Isabella, 1994) e na presença/ausência de um bom relacionamento conjugal entre a mãe e o pai da criança (e.g., Fish et al., 1993; Isabella, 1994) — interferem significativamente na qualidade da conduta interactiva mantida pela mãe e pelo bebé.

O estatuto ocupacional da mãe é uma das dimensões em volta da qual se gerou maior polémica junto dos autores que procuram averiguar acerca dos factores que se associam ao estabelecimento de interacções adequadas entre a mãe e o bebé.

Com efeito, como veremos seguidamente com mais detalhe, muito embora alguns autores — como, por exemplo, Hoffman (1984), Zaslow, Pedersen, Suwalsky, Cain, e Fivel (1985) e mais recentemente Noor (1994) — não tenham encontrado quaisquer efeitos adversos sobre a qualidade da interacção mãe-bebé, pelo facto de a mãe trabalhar fora de casa, e certos investigadores tenham mesmo verificado consequências positivas em associação com essa circunstância (e.g., Crockenberg & Litman, 1991; Riesh, 1988), outros autores encontraram efeitos adversos em função do emprego materno e da colocação precoce do bebé no infantário (e.g., Barglow, Vaughn, & Molitor, 1987; Blesky & Rovine, 1988; Vaughn, Gove, & Engeland, 1980).

Hoffman (1984), assim como Zaslow, Pedersen, Suwalsky, Cain, e Fivel (1985), não verificaram que a qualidade da interacção providenciada pelas mães que se ausentam de casa para ir trabalhar seja menor do que a qualidade da interacção providenciada pelas mães que permanecem em casa. Com efeito, estes autores não encontraram quaisquer diferenças significativas entre os dois grupos, a não ser nos tempos escolhidos para a interacção mãe-bebé por parte de cada um dos dois grupos

de mães em estudo — dado que, por exemplo, observaram que as mães que trabalham fora de casa compensam o tempo em que não estão com o bebé mantendo-se de um modo mais presente com ele fora das horas de trabalho — o que de nenhum modo permite considerar a presença de uma interacção menos adequada junto das mães que trabalham.

Ainda recentemente, Noor (1994), num estudo em que comparou 77 díades em que a mãe trabalhava e 39 díades em que a mãe não trabalhava, não encontrou que o emprego materno tivesse por si só qualquer valor preditivo sobre a qualidade da interacção providenciada pela mãe ao bebé nem sobre o bem-estar da criança durante o primeiro ano de vida.

Por outro lado, autores há que verificaram o efeito positivo do maior envolvimento profissional da mãe junto da qualidade da interacção mãe-bebé (e.g., Riesh, 1988), testemunhando o impacto positivo do emprego fora de casa, na saúde mental da mãe e na qualidade dos cuidados que a mãe presta ao bebé, desde que ela esteja satisfeita com a decisão que tomou (Crockenberg & Litman, 1991).

No entanto, alguns estudos indicaram que a entrada precoce da criança para o infantário (i.e., anterior aos 12 meses de idade) é um factor de alto-risco para o desenvolvimento de um padrão inseguro de vinculação à mãe do tipo evitante (Barglow, Vaughn, & Molitor, 1987; Belsky & Rovine, 1988; Vaughn, Gove, & Engeland, 1980). Belsky e Rouvine (1988), por exemplo, verificaram que os bebés que foram precocemente (i.e., antes dos 12 meses de idade) deixados ao cuidado de outras pessoas por um período igual ou superior a 20 horas por semana, tendiam a desenvolver um padrão inseguro de vinculação com a mãe e com o pai. No entanto, Homes (1990), em relação às crianças que são precocemente colocadas no infantário, considerou que a qualidade do meio-ambiente alternativo, mais do que os factores ou processos relacionados com a família, é a circunstância que condiciona a qualidade do desenvolvimento posterior da criança.

A este respeito, refira-se ainda os comentários recentes de Caruso (1990). Este autor defende que não existe suficiente suporte empírico que permita legitimar que se considere que os bebés que são precocemente colocados em infantários estejam em risco desenvolvimental. Nomeadamente, a investigação nesta área ainda não estabeleceu uma associação consistente entre o emprego materno e um problema desenvolvimental com importante impacto para o indivíduo ou para a sociedade, assim como ainda não encontrou que os problemas de desenvolvimento venham mais

provavelmente a ocorrer pelo facto de os bebés serem precocemente colocados num infantário, quando não são consideradas outras circunstâncias.

Ainda recentemente, Symons e McLeod (1994) comentavam que *"a investigação tem falhado em documentar consistentemente as consequências negativas do emprego materno per se"* (Symons & McLeod, 1994, p. 71). A importância de outros factores que possam mediatizar o impacto do emprego materno sobre a qualidade da interacção mãe-bebé, deve por conseguinte ser ainda mais investigada (Caruso, 1990; Symons & McLeod, 1994).

Existem diferentes tipos de experiências em diferentes contextos de cuidado, no infantário ou em casa, e diferentes tipos de interacções podem estabelecer-se entre o bebé e o prestador de cuidados, em amostras de casa ou de infantário. A qualidade dos cuidados alternativos (e.g., Homes, 1990), a quantidade de tempo em que a mãe recorre a cuidados alternativos (Belsky & Rovine, 1988), a atitude da mãe e do pai perante o recurso a cuidados alternativos (e.g., Crockenberg & Litman, 1991), são exemplos de algumas variáveis que interferem na relação que se pode estabelecer entre o emprego materno e a qualidade da interacção mãe-bebé, como se assinalou nos estudos apresentados.

Outros autores têm vindo a questionar as razões que conduzem a mãe a empregar-se mais cedo depois do parto, no sentido de encontrar a presença de variáveis que possam ser responsáveis por ambas as condições observadas: emprego materno e qualidade da interacção mãe-bebé (e.g., Symons & McLeod, 1994).

Ainda recentemente, com o objectivo de determinar os factores associados à decisão de, após o nascimento do bebé, trabalhar fora ou em casa, Symons e McLeod (1994) desenvolveram um estudo sobre 231 mulheres. Estes autores verificaram que variáveis como o sexo e o temperamento do bebé, a paridade e as características ocupacionais da mãe não têm qualquer efeito sobre a decisão de a mãe ir trabalhar fora de casa, contrariamente ao que acontece com outros factores, como seja as características da personalidade da mãe. Nomeadamente, estes autores observaram que as mulheres que obtinham resultados mais elevados na escala de autonomia do questionário de personalidade administrado tomavam mais a decisão de ir trabalhar fora de casa e efectivavam mais essa mesma decisão.

Numerosos estudos empíricos verificaram ainda os efeitos nefastos do abuso de substâncias psicoativas por parte da mãe durante a gravidez e o puerpério, ao nível quer do comportamento precoce do bebé, quer do comportamento da mãe, quer consequentemente ao nível da interacção mãe-bebé que se estabelece na díade

(e.g., Gottwald e Thurman, 1994; O'Connor, Sigman, & Kasari, 1992; O'Connor, Sigman, & Kasari, 1993), tal como veremos já a seguir.

O abuso de substâncias psicoactivas por parte da mãe durante a gravidez e o pós-parto é um factor determinante da qualidade da interacção mãe-bebé que se estabelece na díade. Os efeitos adversos que nesta circunstância se verificam na qualidade da interacção mãe-bebé resultam, na maior parte das vezes, do acumular de um elevado número de factores de risco — factores biológicos e factores psicossociais — que, para além disso, têm a particularidade de se referirem a ambos os membros da díade — ao bebé e à mãe — pelo que, em consequência do abuso de substâncias psicoativas por parte da mãe durante a gravidez e o puerpério, podem esperar-se importantes repercussões adversas na qualidade da interacção mãe-bebé.

Do lado do bebé, temos toda uma série de características relativas ao seu comportamento que se observam logo à nascença e que não são propícias ao estabelecimento de interacções adequadas com a mãe. As características que resultam, por exemplo, da ingestão de álcool por parte da mãe durante a gravidez, que se constituem em circunstâncias adversas para a interacção com a mãe, e que, nos casos mais graves, fazem parte do síndroma fetal alcoólico, são as seguintes: labilidade, irritabilidade, diminuição da capacidade de atenção, tremores, distracção e impulsividade (e.g., O'Connor, Sigman, & Kasari, 1993).

Tal como o salienta Freier (1994), associado ao risco biológico — resultante da exposição em útero às substâncias tóxicas ingeridas pela mãe, de que resulta uma conduta interactiva menos adequada por parte do bebé, pela presença de letargia, não-responsividade, hipertonia, e desorganização dos padrões de sono e de alimentação — há ainda nestes casos o risco social, e a interacção é também negativamente afectada por algumas características da mãe. As desordens de personalidade que se associam ao abuso de substâncias psicoactivas, assim como outras características da mãe que são consequentes ao abuso de substâncias psicoativas, tais como, a dificuldade para responder aos pedidos do ambiente, tanto quanto o baixo apoio social, o *stress* elevado e sobretudo a *"elevada tendência ao conflito e ao caos que existe na vida destas mulheres"* (Freier, 1994, p. 177), são outros tantos factores que interferem negativamente no curso das interacções mãe-bebé.

Rapidamente, o bebé é conduzido a evitar a interacção com a mãe pelo mal-estar que sente no decorrer dessas ocasiões; a mãe, por sua vez, é igualmente conduzida a evitar a interacção com o bebé, pois ao tentar envolver um bebé não-responsivo, repete situações em que falha, tornando-se também emocionalmente desligada.

No que se refere aos efeitos do abuso de cocaína por parte da mãe durante a gravidez sobre o comportamento neo-natal do bebé, os resultados empíricos são algo controversos. No que se refere especificamente ao comportamento interactivo das mães dependentes de cocaína, os resultados empíricos são mais concordantes, talvez porque, contrariamente ao que acontece com o comportamento neo-natal do bebé, o comportamento interactivo das mães seja mais susceptível de ser objectivamente observado.

Por exemplo, Woods, Eyler, Behnke, e Conlon (1993), muito embora verifiquem uma associação entre a ingestão de cocaína por parte da mãe durante a gravidez e o baixo peso à nascença e a prematuridade do bebé, não verificam quaisquer efeitos adversos resultantes do abuso de cocaína durante a gravidez no comportamento neo-natal dos 35 bebés que compõem a sua amostra, tal como foi repetidas vezes avaliado através da escala de Brazelton (NBAS) poucas horas depois do nascimento e ao mês de idade do bebé.

Gottwald e Thurman (1994), pelo contrário, observaram que, às 12-48 horas de vida, os 20 bebés da amostra cujas mães abusaram de cocaína durante a gravidez, quando comparados com os 20 bebés cujas mães não tiveram o referido abuso, estavam mais adormecidos e expressavam mal-estar por períodos mais longos de tempo. Estes autores verificaram efeitos nefastos do abuso de substâncias psicoativas por parte da mãe durante a gravidez, ao nível quer do comportamento precoce do bebé, quer ainda da interacção providenciada pela mãe. As mães da amostra que ingeriram cocaína durante a gravidez mostraram-se por mais tempo alheadas da interacção com o bebé e estiveram por mais tempo a olhar passivamente para o bebé sem interagir com ele.

Para especificamente testar os efeitos nefastos do abuso de álcool, por parte da mãe durante a gravidez e o puerpério, sobre a qualidade da interacção mãe-bebé e o desenvolvimento do bebé, também O'Connor, Sigman, e Kasari (1993) seguiram prospectivamente uma amostra composta por 49 mães primíparas e os seus bebés e avaliaram a qualidade da interacção mãe-bebé, numa situação de jogo livre no laboratório, assim como o desenvolvimento dos bebés, com recurso às Escalas de Desenvolvimento do Bebé de Bayley, ao ano de idade.

Estes autores verificaram que nas díades em que a mãe tinha abusado de álcool durante a gravidez, o nível de desenvolvimento motor e mental do bebé era mais baixo do que nas díades em que a mãe não tinha consumido álcool durante a gravidez. Observaram ainda que a conduta do bebé na interacção com a mãe, no caso de a mãe ter ingerido grandes quantidades de álcool durante a gravidez,

caracterizava-se pela presença de elevada irritabilidade e de um grande número de expressões de afecto negativo, e que a conduta da mãe caracterizava-se por uma menor habilidade para interagir com o bebé, designadamente um baixo nível de estimulação do bebé.

Num estudo que desenvolveram sobre 44 mães primíparas e seus bebés, estes mesmos autores averiguaram ainda que a ingestão excessiva de álcool durante a gravidez, mas não a ingestão excessiva de álcool depois do parto, se relaciona com a presença de um maior número de expressões de afecto negativo exibidas por parte do bebé durante a interacção mãe-bebé, observada numa situação semi-estruturada de jogo que teve lugar no laboratório na idade de 1 ano do bebé (O'Connor, Sigman, & Kasari, 1992). O estudo mostrou que a presença de tais expressões de afecto negativo no repertório interactivo do bebé suscita uma conduta menos positiva por parte da mãe, a qual é menos responsiva para com o bebé, o que por sua vez predispõe o bebé ao desenvolvimento de uma vinculação insegura à mãe.

Os resultados empíricos encontrados por esta equipa de investigadores são explicados com recurso ao modelo interactivo — segundo o qual o efeito adverso do consumo de álcool no desenvolvimento do bebé resulta do estabelecimento de interacções mãe-bebé menos adequadas. Muito embora o consumo de álcool exerça alguma influência directa, é mais em função da conduta interactiva negativa do bebé e da conduta interactiva negativa da mãe, consequentes ao abuso de álcool durante a gravidez, do que propriamente em função do abuso de álcool *per se*, que se exercem as influências adversas verificadas sobre o desenvolvimento da criança. O baixo nível de desenvolvimento do bebé e o estabelecimento de um padrão inseguro de vinculação à mãe fica assim justificado em função das interacções não adequadas que se estabelecem na sequência do abuso de álcool pela mãe durante a gravidez, dado que em função desse abuso se estabelece uma conduta interactiva materna e uma conduta interactiva do bebé com características adversas para o estabelecimento de interacções adequadas na díade.

Os estudos a respeito dos efeitos nefastos do abuso de substâncias psicoativas sobre a interacção mãe-bebé e o desenvolvimento do bebé, ainda recentemente revistos por Myers, Britt, Lodder, Kendall, et al. (1992) e por Freier (1994) alertam, tal como o assinalamos, para a situação particular de que, neste caso específico, se assiste ao acumular de circunstâncias que afectam adversamente a interacção mãe-bebé e que são condições de risco acrescido para o bem-estar e desenvolvimento da criança.

4.2. Circunstâncias relativas ao bebé

Se, até aos anos 60, os investigadores foram capazes de reconhecer que as características individuais da mãe interferem no comportamento que estabelece com o bebé e que o modo particular como a mãe se comporta na interacção com o bebé afecta a qualidade da interacção mãe-bebé, mais recentemente, os investigadores deram-se conta *"do imenso poder que o bebé tem para promover e regular o comportamento de seus pais"* (Hoffer, 1975, p. 1).

Em 1974, é editada uma obra completa que — sob o título *"The Effect of the Infant on its Caregiver"* — agrupa diversos artigos que reportam investigações levadas a cabo com o objectivo de revelar o efeito que o bebé tem sobre o modo como os pais se relacionam com ele. São então postas em evidência a reciprocidade interactiva, a mútua determinação do comportamento de cada elemento da díade e os efeitos que o bebé tem sobre o seu prestador de cuidados.

Bell (1968) foi o primeiro autor a propor que a qualidade da interacção mãe-bebé é determinada por características que se referem a ambos os parceiros da díade — à mãe e ao bebé. Este autor defendeu que, tal como sucede com a mãe, também o bebé determina o rumo dos acontecimentos interactivos na díade.

O interesse dos investigadores reportou-se, a partir de então, para as circunstâncias individuais do bebé que determinam diferenças na qualidade da interacção mãe-bebé.

Como vimos, o bebé possui um conjunto de características e de competências interactivas que lhe possibilitam interagir com a mãe. Dado que se observam diferenças individuais relativamente a essas características, é legítimo questionarmo-nos acerca de se tais diferenças interferem na qualidade da interacção mãe-bebé que se estabelece na díade.

O bebé tem um enorme poder para socializar os pais, através de inúmeros sinais comunicativos — tais como o sorrir e o chorar — está capaz de guiar os pais no desempenho do seu papel (e.g., Brazelton, 1979/1982; Hoffer, 1975; Rheingold, 1970/1982). Assim sendo, é igualmente legítimo questionarmo-nos acerca do que sucederá caso tais sinais não aconteçam na interacção do bebé com a mãe.

Num estudo levado a cabo sobre 58 mães primíparas, observadas a dar de mamar ao bebé na maternidade ao 3º dia do pós-parto, Missio, Bott, Costas, e Deulofeu (1995) verificaram diferenças significativas na adaptação que as mães estavam capazes de realizar ao bebé. Algumas mães primíparas exibiam significativas

dificuldades em dar de mamar ao bebé, distribuindo as suas intervenções de forma mais ou menos aleatória, sem respeito para com o ritmo próprio do bebé, ao que os bebés respondiam com choro e resistência tónica. Verificaram-se também significativas diferenças individuais entre os bebés, sendo que aqueles que foram observados a sugar com mais vigor, davam sinais mais claros a respeito das suas intenções, eram, portanto, interactivamente mais capazes de ajudar a mãe na tarefa de dar de mamar; a tarefa que estava, neste caso, mais facilitada para ela.

Esta investigação recente, tal como outras, mostra que na interacção da mãe com o bebé, como em qualquer outro encontro interpessoal, *"cada um dos participantes traz consigo um conjunto de características que contribuem para determinar a natureza e o rumo desse encontro"* (Schaffer, 1989, p. 79).

Ao longo desta secção, apresentaremos os diversos estudos empíricos que salientam as características individuais do bebé que determinam a qualidade da interacção que se estabelece entre ele e a mãe. Como veremos, a influência de tais características opera quer directamente, através da conduta do bebé, quer indirectamente, através das percepções que a mãe elabora acerca do bebé e da conduta deste (Broussard & Hartner, 1970; Gordon, 1983).

O estudo das diferenças sexuais foi desde sempre um forte campo de interesse da Psicologia. Inicialmente, foram assinaladas à nascença diferenças significativas na conduta do bebé, consoante o género do bebé. Em consequência disso, estabeleceram-se numerosos estudos empíricos no sentido de averiguar o efeito do sexo do bebé sobre diversas características da interacção mãe-bebé. A maior parte desses estudos verifica que a interacção mãe-bebé ganha tonalidades distintas consoante o sexo do bebé com o qual a mãe interage (e.g., Cohn & Tronick, 1989; Gottfried, Seary, & Wismar, 1987; Lewis, 1972; Rosenthal, 1983; Thoman & Olson, 1972).

Por exemplo, na situação de mamada, observa-se que, durante os primeiros 3 meses do pós-parto, as mães estimulam em quantidades e em modos diferentes os bebés do sexo feminino e os bebés do sexo masculino (e.g., Thoman & Olson, 1972).

A maior parte dos estudos mostra que as mães estimulam mais, interagem mais à distância e de um modo mais social, olhando, vocalizando e sorrindo com mais frequência para os bebés do sexo feminino, e que as mães estimulam menos e interagem mais na proximidade física, tocando e pegando ao colo com mais frequência os bebés do sexo masculino (Gottfried, Seary, & Wismar, 1987; Lewis, 1972; Rosenthal, 1983; Thoman & Olson, 1972).

Saliente-se ainda que diferenças semelhantes, relativas ao sexo do bebé, são observadas na conduta interactiva de bebés pertencentes a contextos culturais

diversos (e.g., Fogel et al., 1988), assim como quando são os pais a interagir com o bebé (e.g., Robelsky & Hank, 1971).

Estes dados não são, no entanto, concordantes com os resultados obtidos nas investigações de Bakeman e Brown (1977) e de Brown, Bakeman, Snyder, Fredrickson, Morgan, e Helder (1975). Com efeito, estes autores verificaram que as mães tendem a estimular mais e a ser mais afectuosas com os bebés do sexo masculino do que com os bebés do sexo feminino.

Para além das diferenças observadas consoante o sexo do bebé em relação ao canal comunicativo preferencialmente utilizado pela mãe e pelo bebé, observam-se ainda diferenças no que se refere ao grau de coordenação entre as condutas da mãe e do bebé, durante a interacção na situação de face-a-face: observa-se uma maior coordenação entre o comportamento da mãe e do bebé nas díades em que o bebé é do sexo masculino do que nas díades em que o bebé é do sexo feminino (Cohn & Tronick, 1989).

Muito embora os investigadores estejam relativamente de acordo no que se refere à existência de diferenças na interacção mãe-bebé consoante o sexo do bebé, divergem na explicação a dar para justificar essas diferenças. Para alguns autores, as diferenças observadas teriam a sua origem em características precoces da conduta interactiva do bebé (e.g., David & Emory, 1995; King & Dubois, 1978; Robin, 1986), enquanto que para outros autores, a origem dessas diferenças estaria nas normas sócio-culturais que determinam que a conduta que a mãe deve ter com o bebé do sexo masculino e com o bebé do sexo feminino seja diferente (e.g., Lewis, 1972; Thoman & Olson, 1972).

Ainda recentemente, tendo em conta uma extensa revisão bibliográfica levada a efeito sobre os estudos que desde 1967 reportam diferenças na interacção mãe-bebé consoante o sexo do bebé, Grant (1994) propôs uma interpretação alternativa para a origem dessas mesmas diferenças: as mães dos bebés de sexo masculino teriam uma personalidade mais dominante do que as mães dos bebés do sexo feminino, o que determinaria um modo de agir distinto com o bebé.

Dados recentes mostram que os bebés de sexo diferente são, logo à nascença, muito diferentes em importantes aspectos do seu comportamento, com inevitáveis repercussões ao nível da interacção mãe-bebé (David & Emory, 1995; King & Dubois, 1978; Robin, 1986).

David e Emory (1995), por exemplo, num estudo que desenvolveram sobre 18 bebés recém-nascidos do sexo masculino e 18 bebés recém-nascidos do sexo feminino, encontraram importantes diferenças sexuais na reactividade

comportamental e psicofisiológica dos bebés, avaliadas numa situação experimental mediamente aversiva, ao 1-2 dias de vida.

Com efeito, estes investigadores observaram que a resposta cortisol é mais elevada nos rapazes, enquanto que a reactividade cardíaca é mais elevada nas raparigas, dado que os recém-nascidos do sexo masculino responderam com uma elevação da resposta de cortisol, cerca de 10-15 minutos após o término da situação experimental proposta, ao passo que os recém-nascidos do sexo feminino exibiram uma maior mudança na reactividade cardíaca, imediatamente após a exposição a essa mesma situação. Verificaram que os valores obtidos nas medidas psicofisiológicas utilizadas — frequência cardíaca, cortisol salivar e estados comportamentais — permitiam operar uma discriminação 100% entre os recém-nascidos da amostra: meninos e meninas.

Estes dados fazem parte de um dos primeiros relatórios experimentais a demonstrar a existência de diferenças sexuais à nascença na reactividade ao *stress*, avaliada com recurso a indicadores psicofisiológicos. Ao indicar a existência de diferenças sexuais no tipo de resposta neo-natal ao *stress*, este estudo sugere a presença de características comportamentais distintas nos indivíduos de sexo masculino e de sexo feminino, antes mesmo da socialização operar os seus efeitos.

Alguns estudos empíricos evidenciaram diferenças na interacção mãe-bebé aparentemente determinadas pelo temperamento do bebé e são esses os estudos que passaremos a apresentar.

Por temperamento do bebé entenda-se um conjunto de características individuais do comportamento do bebé presentes logo à nascença. Tendo em conta o estilo de reacção do bebé, observado numa variedade de situações do dia-a-dia, é possível descrever bebés de temperamento fácil, bebés de temperamento difícil e bebés de *"aquecimento lento"* (Thomas & Chess, 1977). O temperamento do bebé é em grande parte determinado pelo seu tipo de funcionamento psicofisiológico, visto que aspectos como a reactividade cardíaca que o bebé mostra perante um estímulo aversivo se relacionam com o temperamento que o indivíduo desenvolve e influenciam o seu estilo comportamental ao longo da infância (Gunnar, Porter, Wolf, Rigatuso, & Larson, 1995).

Logo à nascença, os bebés exibem importantes diferenças temperamentais, as quais têm, inevitavelmente, algum efeito sobre a conduta dos pais. Por exemplo, a maior parte dos bebés chora mais quando não está a ser pegados do que quando está a ser pegado pela sua mãe. No entanto, existem diferenças a esse respeito, e alguns

bebés choram mais quando as mães lhe pegam e não choram tanto quando não são pegados pelas suas mães (Acebo & Thoman, 1992).

Pode facilmente compreender-se que uma mãe se disponha menos a iniciar a interacção com um bebé que chore permanentemente e que mostre menos prazer em interagir com ela do que com um bebé que responda sorrindo às suas iniciativas de contacto (e.g., Bee, 1975; Thoman, 1975).

A investigação empírica tem mais recentemente vindo a mostrar que algumas dimensões do comportamento neo-natal e temperamento do bebé interferem na qualidade da interacção mãe-bebé que se estabelece na díade (e.g., Fish, et al., 1993; Milliones, 1978; Missio et al., 1995; Osofsky, 1986; Van den Bloom & Hoeksma, 1994), como podemos concluir dos estudos que passamos a descrever.

Com efeito, os investigadores observaram que os bebés recém-nascidos que exibem níveis mais elevados de irritabilidade (i.e., os bebés que choram mais, que se aborrecem mais facilmente, etc.) têm mães que se dispõem menos a interagir e que providenciam menos estimulação interactiva; enquanto que os bebés que são avaliados como possuindo um temperamento fácil têm mães que são observadas a interagir de um modo mais positivo (Milliones, 1978; Osofsky, 1986).

Também os bebés que durante os primeiros dias de vida são observados a mamar com mais vigor, a mostrar níveis moderados de reactividade aos estímulos aversivos e a exibir um maior número de expressões emocionais positivas e um menor número de expressões emocionais negativas, revelam-se socialmente mais competentes na interacção com a mãe e são observados a interagir mais adequadamente com a mãe, do que os bebés que durante os primeiros dias de vida são observados a mamar com menos vigor (Missio et al., 1995), a mostrar níveis reduzidos ou elevados de reactividade aos estímulos aversivos (Fish, Stifter, & Belsky, 1993) e a exibir um menor número de expressões emocionais positivas e um maior número de expressões emocionais negativas (Van den Bloom & Hoeksma, 1994).

Fish, Stifter, e Belsky (1993), por exemplo, num estudo que desenvolveram sobre 76 díades mãe-bebé, verificaram que os bebés observados a exibir níveis moderados de reactividade aos estímulos aversivos nas 36 horas que se seguiram ao nascimento, foram encontrados a exibir um maior número de comportamentos positivos e um envolvimento afectivo mais positivo na interacção com a mãe, numa situação de jogo livre no laboratório aos 5 meses de idade, contrariamente ao que se verificou com os bebés que não reagiam ou que reagiam de forma extremamente negativa na presença desses mesmos estímulos. As mães dos bebés com temperamento mais fácil foram também observadas a exibir um comportamento mais adequado na interacção com o bebé.

Também recentemente, Van den Bloom e Hoeksma (1994), mostraram que, na idade de 1, 2, 3, 4, 5 e 6 meses, os 15 bebés de temperamento difícil (irritáveis) da sua amostra diferiam dos 15 bebés de temperamento fácil (não-irritáveis), no que se referia à quantidade de expressões emocionais positivas e à quantidade de expressões emocionais negativas, assim como no que se referia ao interesse que manifestavam pelo meio. Estes autores verificaram ainda uma associação significativa entre o temperamento do bebé e a conduta interactiva da mãe, dado que observaram que, durante a interacção com o bebé, as mães dos bebés com temperamento difícil mostravam-se mais negativas, providenciavam menos contacto visual, proporcionavam menos envolvimento afectivo, assim como forneciam uma estimulação menos adequada e davam menos resposta aos sinais positivos do bebé, do que as mães dos bebés com temperamento fácil.

No entanto, autores como Maccoby, Snow, e Jacklin (1984) e Crockenberg e Smith (1982), verificaram uma relação inversa entre as duas dimensões acima consideradas, dado que observaram que os bebés que apresentavam elevada irritabilidade logo à nascença eram alvo de uma interacção mais adequada e de mais respostas interactivas por parte da mãe do que os bebés que apresentavam um temperamento fácil.

O temperamento do bebé pode ainda alterar-se em função da qualidade da interacção providenciada pelos pais. Alguns estudos indicam que certas características da conduta da mãe que podem ser observadas na interacção com o bebé, como seja a responsividade materna, têm uma importante determinação na conduta do bebé, designadamente na formação do seu estilo comportamental.

Ainda recentemente, num estudo que desenvolveram junto de uma amostra de 75 mães de baixo NSE, Johnson e Rosen (1990) encontraram que as mães que eram mais responsivas na interacção com o bebé, tinham bebés que eram avaliados como possuindo um temperamento mais positivo pelos observadores independentes do estudo.

Diversos autores têm vindo a verificar que o temperamento do bebé, avaliado mais tarde, por exemplo aos 3 meses de idade do bebé, não depende tanto do tipo de temperamento exibido à nascença, como do tipo de conduta interactiva apresentada pela mãe, nas interacções decorridas entretanto. Um temperamento difícil pode consequentemente ser observado em bebés que, muito embora não apresentem temperamento difícil à nascença, tenham mães que são muito pouco responsivas na interacção com eles e *vice-versa* (Crockenberg & Smith, 1982; Johnson & Rosen, 1990).

No entanto, também o comportamento interactivo da mãe pode variar, ao longo do tempo, em função das modificações ocorridas no temperamento do bebé (Pianta, Sroufe, & Egeland, 1989).

Para além do mais, o efeito do temperamento do bebé sobre a conduta interactiva da mãe pode ser diferente de acordo com o tipo de personalidade da mãe, assim como consoante outras circunstâncias do meio-ambiente. Com efeito, observa-se, por exemplo, que a presença de dificuldades temperamentais do bebé afecta adversamente a qualidade da interacção providenciada pela mãe, mas a grandeza dos efeitos negativos, depende do facto de a mãe ter ou não suporte social por parte das pessoas com quem vive (e.g., Hann, 1989; Pianta et al., 1989).

Mas, o que mais parece determinar a qualidade da conduta interactiva da mãe não é tanto o comportamento efectivo do bebé, quanto as percepções que a mãe constrói a propósito do comportamento interactivo do bebé.

Alguns estudos empíricos verificaram que, muito embora os bebés que são considerados pelas mães como possuindo um temperamento difícil não sejam observados a interagir de modo significativamente diferente ao modo como são observados a interagir os bebés considerados pelas mães como possuindo um temperamento fácil, as mães que consideraram que os seus bebés tinham um temperamento difícil são observadas a comportar-se de um modo diferente, de acordo com as percepções que estabeleceram acerca do comportamento bebé (Gordon, 1983, Hagekull & Bohlin, 1986; Washington, Minde, & Goldberg, 1986).

No entanto, alguns autores salientam que as percepções que as mães têm a respeito do temperamento dos filhos são bastante correctas e são estabelecidas com base no comportamento que o bebé exibe, dado que tais percepções são semelhantes às avaliações que são feitas por observadores independentes (e.g., Bridges, Palmer, Morales, Hurtardo, & Tsai, 1993; Nover, Shore, Timberlake, & Greenspan, 1984; Richters & Pellegrini, 1989; Worobey & Bladja, 1989).

Mais ainda, verificou-se que as mães que estabelecem percepções correctas acerca do temperamento dos filhos estabelecem interacções mais positivas do que as mães que têm percepções destorcidas e são observadas a interagir menos adequadamente com os bebés (Nover et al., 1984), o que pode ser consequente a determinadas características de personalidade ou a algum distúrbio psicopatológico, por exemplo.

Podemos pois concluir que alguns autores consideram que o temperamento do bebé determina mais do que é determinado pelo comportamento interactivo da mãe (e.g., Fish et al., 1993), enquanto que outros autores consideram que o temperamento do

bebé é mais determinado do que determina o comportamento interactivo da mãe (e.g., Crockenberg & Smith, 1982). O que muito provavelmente acontece é que entre estas duas dimensões existe um sistema de influências recíprocas, o qual, para além disso, pode ser mediado por outras variáveis, tais como a personalidade da mãe ou as circunstâncias do meio e da família em que mãe e criança estão inseridas.

Com efeito, sabemos por exemplo que as consequências adversas das dificuldades temperamentais do bebé sobre a qualidade da conduta interactiva da mãe são mediadas por outras tantas circunstâncias diversas, como seja o facto de a mãe beneficiar ou não de suficiente suporte social e emocional (e.g., Hann, 1989; Pianta et al., 1989).

Alguns autores salientam ainda o papel determinante das percepções da mãe no estabelecimento da sua conduta interactiva (Gordon, 1983, Hagekull, & Bohlin, 1986; Washington, Minde, & Goldberg, 1986); enquanto que outros referem que a conduta interactiva da mãe tem mais a ver com o comportamento presente no bebé (Nover, Shore, Timberlake, & Greenspan, 1984; Worobey & Bladja, 1989).

Assinale-se por último que abordagens mais recentes apontam que o temperamento do bebé — nomeadamente, a irritabilidade do bebé tal como pode ser avaliada alguns dias depois do parto — é influenciado por circunstâncias relativas à gravidez (tais como o consumo de cigarros) e ao parto (como seja a duração do trabalho de parto), assim como é influenciado por características que têm a ver com a mãe e que determinam a conduta do bebé à nascença (e.g., Van den Boom & Gravenhorst, 1995).

Investigações como esta alertam para duas evidências interdependentes entre-si: a) o temperamento do bebé deve ser avaliado o mais precocemente possível e, mesmo assim, b) não temos razões muito seguras para pensar que as influências de circunstâncias relativas à mãe não tenham já operado a sua influência sobre a conduta do bebé antes da nascença.

A maturidade, o peso e o estado de saúde do bebé à nascença são aspectos que determinam a conduta interactiva do bebé e a conduta interactiva da mãe, tal como veremos nos estudos que apresentamos a seguir. Com elevada consistência a investigação empírica neste domínio tem mostrado que as interacções que se estabelecem entre as mães e os bebés prematuros são menos conseguidas do que as interacções que se estabelecem entre as mães e os bebés de termo (e.g., Bakeman & Brown, 1980; Crawford, 1982; Crnic et al., 1983; Divitto & Goldberg, 1979; Field, 1977, 1980; Lester et a., 1985; Watt, 1986; Zarling et al., 1988).

Fundamentalmente, são as dificuldades consequentes ao comportamento do bebé prematuro que determinam os efeitos adversos observados na interacção mãe-bebé (e.g., Bakeman & Brown, 1980; Field, 1977, 1980; Garder & Landry, 1994; Landry, 1986; Lester et al., 1985). A investigação tem igualmente mostrado que a interacção mãe-bebé no caso dos bebés nascidos com baixo peso ou com graves problemas de saúde tem as mesmas características que a interacção mãe-bebé no caso dos bebés prematuros (e.g., Minde, Whiteland, Brown, & Fitzhardings, 1983).

Na situação de mamada, observou-se que os bebés prematuros, embora estivessem mais irrequietos, eram menos activos, respondiam menos às iniciativas interactivas das mães, distraíam-se com mais facilidade e exibiam uma conduta que não era tão marcadamente regular quanto a conduta dos bebés de termo (Bakeman & Brown, 1980; Field, 1977, 1980).

Observou-se ainda que estas características interactivas estão agravadas quando à prematuridade do bebé se associa a presença de graves complicações médicas à nascença (Jarvis, Myers, & Creasy, 1989; Landry & Chapiesky, 1988; Minde et al., 1983).

Também na situação de face-a-face, os bebés prematuros mostram-se menos activos do que os bebés de termo (e.g., Lester et al., 1985).

Na situação de jogo, os bebés prematuros foram observados a desviar mais o olhar, a exibir mais expressões de afecto negativo, bem como a responder e a participar menos na interacção com a mãe do que os bebés de termo (Crawford, 1982; Crnic, Ragozin, Greenberg, Robinson, Basham, 1983; Zarling, Hirsh, & Landry, 1988).

Muito embora Beckwith (1984) não tenha observado o agravamento destas características interactivas quando à prematuridade do bebé se associa à nascença a presença de problemas de saúde, Greene, Fox, e Lewis (1983) e Garner e Landry (1994), por exemplo, encontraram uma conduta interactiva ainda menos adequada no jogo com a mãe, na interacção mãe-bebé observada aos 3 meses de idade do bebé, junto de bebés prematuros com problemas de saúde física à nascença.

Ainda recentemente, Garner e Landry (1994), num estudo que desenvolveram sobre uma amostra de 117 bebés, em que observaram a interacção mãe-bebé numa situação de jogo estruturado na idade de 6 meses do bebé, verificaram que os bebés prematuros com problemas de saúde à nascença exibiam um número muito reduzido de expressões faciais positivas, nomeadamente sorriam pouco na interacção com a mãe.

As mães dos bebés prematuros, por sua vez, foram observadas, numa variedade de situações, a interagir mais com os seus bebés, estimulando-os de forma

continuada, a despeito de qualquer sensibilidade pelos comportamentos e ritmos próprios do bebé.

Por exemplo, na situação de mamada, as mães dos bebés prematuros não foram observadas a guardar a sua intervenção para os momentos de pausa na sucção do bebé, como fazem as mães dos bebés de termo (Bakeman & Brown, 1980; Divitto & Goldberg, 1979; Field, 1977, 1980).

Na situação de face-a-face, as mães dos bebés prematuros foram observadas a estabelecer interacções muito menos sincronizadas com os estados de atenção e a disponibilidade interactiva do bebé (Lester et al., 1985; Watt, 1986).

Também na situação de jogo, as mães dos bebés prematuros foram observadas a responder menos às iniciativas do bebé e a tomar mais iniciativas interactivas, para as quais não obtêm resposta do bebé (Crawford, 1982; Crnic et al., 1983; Zarling et al., 1988).

Estas características, relativas à conduta interactiva das mães, estão agravadas quando à prematuridade do bebé se associa a presença de graves complicações médicas à nascença (Jarvis, Myers, & Creasy, 1989; Landry & Chapiesky, 1988; Minde, Whiteland, Brown, & Fitzhardings, 1983).

Um grande número de estudos empíricos encontrou que as mães dos bebés prematuros vivenciam, após o parto, níveis elevados de ansiedade, com inevitáveis repercussões adversas sobre a sua conduta interactiva; tal acontece sobretudo no caso dos bebés de baixo peso, em função do maior perigo de vida em que estes bebés se encontram (e.g., Thompson, Oehler, Catlett, & Johndrow, 1993). Contrariamente ao que se observa junto das mães dos bebés com graves problemas de saúde à nascença, não se verifica que os pais desses bebés reportem níveis de ansiedade mais elevados do que os pais dos bebés saudáveis (Darke & Goldberg, 1994), e é provavelmente por isso que nestes casos a qualidade da conduta interactiva não está comprometida (Darke & Goldberg, 1994; Harrison, 1990).

Certas variáveis interferem na qualidade da interacção que é prestada pela mãe ao bebé prematuro. É assim que, por exemplo, alguns estudos mostram que a conduta da mãe do bebé prematuro é menos inadequada quando a mãe refere ter apoio social do que quando refere não dispor da ajuda emocional e instrumental dos seus familiares e amigos (e.g., Feiring, Fox, Jaskir, & Lewis, 1987). No entanto, Zarling, Hirsch, e Landry (1988) observaram que as mães dos bebés prematuros que referiam dispor de uma vasta rede de apoio social exibiam, durante a interacção com o bebé, uma menor sensibilidade às necessidades e sinais do bebé e, portanto uma conduta

menos adequada do que as mães dos bebés prematuros que refiram dispor de pouco apoio social.

Uma outra variável que parece mediar a qualidade da interacção que é prestada ao bebé prematuro ou com problemas de saúde à nascença é o facto de ele estar a interagir com a mãe ou com o pai (Darke & Goldberg, 1994; Harrison, 1990). Os estudos que compararam a interacção providenciada ao bebé pelo pai e pela mãe determinaram a existência de diferenças significativas: contrariamente ao que acontece com a mãe, os pais mantêm interacções mais positivas com os bebés prematuros do que com os bebés de termo (Harrison, 1990) e a interacção pai-bebé não parece ser negativamente afectada pelo estado de saúde do bebé à nascença (Darke & Goldberg, 1994).

As diferenças observadas na interacção mãe-bebé em função da maturidade à nascença do bebé foram constatadas em contextos interactivos variados e sugerem que as mães dos bebés prematuros encontram mais dificuldades em estabelecer uma interacção positiva e adequada com o bebé do que as mães dos bebés de termo. Logo à nascença do bebé, observou-se a inibição da progressão interactiva no contacto da mãe com o bebé, no caso do bebé prematuro (Klaus, et al., 1975).

Essas dificuldades surgem por motivos diversos. Nomeadamente, acontecem porque os bebés prematuros têm uma conduta muito pouco regular e providenciam à mãe sinais equívocos a propósito do seu estado e da sua disponibilidade interactiva de momento (e.g., Lester et al., 1985). Acontecem também porque os bebés prematuros participam muito pouco, têm pouca competência para tratar a informação e têm dificuldade em regular os seus períodos de atenção na interacção com a mãe (Field 1977, 1979b, 1981b; Garner & Landry, 1994; Landry, 1986).

A quantidade de estimulação que pode ser considerada adequada ao bebé de termo pode ser excessiva para o bebé prematuro. Assim, o aumento de estimulação por parte da mãe, destinado a incrementar, só diminui a participação interactiva do bebé prematuro, tal como certifica o elevado número de vezes que o bebé averte o olhar na interacção com a mãe (Field, 1981b). Conclui-se que *"a estratégia que a mãe utiliza para aumentar a actividade do bebé é, na realidade, contraproducente"* (Field, 1980, p.115).

A comprovar esta hipótese está também o facto de não se observarem diferenças significativas entre díades de bebés prematuros e díades de bebés termo, numa situação específica em que se pediu à mãe para imitar o bebé e em que, em função disso, as mães reduziram a sua actividade junto dos bebés e, consequentemente, apresentaram estímulos de menor complexidade: os bebés

prematuros mantiveram-se tão atentos como os bebés de termo porque, nesta situação específica, as suas mães proporcionaram-lhes informações ao nível das suas poucas competências interactivas (Field, 1977).

Também se verificou que — quando a mãe do bebé prematuro é sensível à pouca competência do bebé para prestar atenção aos objectos no jogo, e, em função disso, procura manter a atenção do bebé, partilhando o interesse que destina a um determinado objecto, em vez de lhe propor novos estímulos ou de procurar redirigir a sua atenção — este comportamento da mãe facilita as respostas afectivas e o envolvimento interactivo do bebé na díade, dado que se verifica a sua associação com *"um aumento do afecto positivo e da atenção prestada pelo bebé na interacção com a mãe"* (Garner & Landry, 1994). Esta evidência empírica comprova igualmente a hipótese anteriormente formulada.

Os estudos empíricos que dispomos não são contudo muito conclusivos quanto à manutenção das características interactivas negativas atrás assinaladas no decorrer dos primeiros anos de vida do bebé. Efectivamente, alguns estudos não encontram que, durante o segundo ano de vida, ainda estejam presentes as diferenças interactivas que no primeiro ano de vida se observam entre díades de bebés prematuros e díades de bebés de termo (Alfasi, 1985; Craword, 1982; Greenberg & Crnic, 1988), enquanto que outros estudos verificam essa evidência, pois foram ainda observadas, aos 2 anos de idade do bebé, diferenças interactivas entre díades de bebés prematuros e díades de bebés de termo (Field, 1979a), assim como entre díades de bebés com baixo peso à nascença e díades de bebés nascidos com peso normal (Minde, Marton, Hanning, & Hines, 1981).

A investigação empírica também não é muito conclusiva quanto aos efeitos a longo prazo do estatuto de nascimento do bebé e das diferenças interactivas que em sua consequência se observam na interacção mãe-bebé-prematuro durante o primeiro ano de vida.

Assim, quando ao ano de idade do bebé avaliaram o padrão de vinculação à mãe na Situação Estranha de Ainsworth, alguns autores não encontraram diferenças entre bebés prematuros e bebés de termo (Eastenbrock, 1989; Frodi & Thopson, 1985; Goldberg, Perrota, & Minde, 1986; Mundi, Sigman, Kasari, & Yirmiya, 1988), não obstante outros autores verificarem tais diferenças, o que indicaria que, através do estabelecimento de interacções pouco adequadas durante o primeiro ano de vida, o estatuto de nascimento do bebé poderia propiciar ao desenvolvimento de uma vinculação insegura à mãe (e.g., Willie, 1991).

Com efeito, ainda recentemente, numa amostra constituída por 54 bebés oriundos de famílias de baixo estatuto sócio-económico, Willie (1991) examinou o impacto da maturidade à nascença e do estatuto médico peri-natal do bebé sobre a qualidade da interacção mãe-bebé, avaliada aos 6 meses de idade do bebé numa situação de interacção de jogo no laboratório durante 15 minutos, e sobre a segurança na vinculação à mãe, avaliada na Situação Estranha de Ainsworth, na idade de 12 meses do bebé.

Esta autora observou que os bebés prematuros (i.e., os bebés que tinham um peso inferior a 2.500 Kg e uma idade gestacional entre 30 e 36 semanas à nascença), mantinham, aos 6 meses de idade, interacções menos positivas com a mãe, e, aos 12 meses de idade, apresentavam um padrão inseguro de vinculação à mãe. Concluiu então que a prematuridade do bebé associada ao baixo estatuto sócio-económico da família é um factor de risco para o desenvolvimento da criança, dado que, o estabelecimento de interacções mãe-bebé inadequadas durante o primeiro ano de vida, interfere negativamente na qualidade da vinculação do bebé à mãe.

Até ao momento tivemos a oportunidade de apresentar diversos estudos empíricos que mostram importantes diferenças na qualidade da interacção mãe-bebé, entre díades em que o bebé é ou não prematuro.

Entre outros aspectos, observa-se que o bebé prematuro é menos responsivo na interacção com a mãe (e.g., Bakeman & Brown, 1980; Crawford, 1982; Crnic et al., 1983; Field, 1977, 1980; Lester et al., 1985; Watt, 1986), designadamente porque é menos capaz de tratar a informação proveniente do meio (e.g., Field 1977, 1979b, 1981b; Garner & Landry, 1994; Landry, 1986; Lester et al., 1985). Enquanto isso, a mãe do bebé prematuro é mais activa do que a mãe do bebé de termo (e.g., Bakeman & Brown, 1980; DeVitto & Goldberg, 1979; Field, 1977, 1980), designadamente porque está sujeita a níveis mais elevados de ansiedade (Darke & Goldberg, 1994). Resulta, em particular, uma menor sincronia interactiva na díade (e.g., Bakeman & Brown, 1980; Field, 1977, 1980; Lester et al., 1985; Watt, 1986).

Observa-se ainda que estas dificuldades interactivas estão agravadas nos casos em que, por exemplo, a prematuridade do bebé se associa a problemas de saúde à nascença (e.g., Greene, Fox, e Lewis, 1983; Garner e Landry, 1994; Jarvis, Myers, & Creasy, 1989; Landry & Chapiesky, 1988; Minde, Whiteland, Brown, & Fitzhardings, 1983), embora essas mesmas dificuldades estejam diminuídas nas díades em que, por exemplo, se trata de um primeiro filho (Beckwith, 1984; Bendersky & Lewis, 1986) e nas díades em que, por exemplo, a mãe refere beneficiar de suficiente apoio social (e.g., Feiring, Fox, Jaskir, & Lewis, 1987).

Para além do mais, as diferenças assinaladas tendem a esbater-se com o tempo (Alfasi, 1985; Craword, 1982; Greenberg & Crnic, 1988), muito embora alguns autores encontrem que elas permanecem mesmo depois do primeiro ano de vida da criança (Field, 1979 a; Minde et al., 1981). As diferenças assinaladas não se verificam na interacção pai-bebé, como também o referimos (Darke & Goldberg, 1994; Harrison, 1990).

Mais recentemente, alguns estudos têm vindo a ser desenvolvidos com o intuito de avaliar se certas características físicas do bebé com impacto no seu poder atractivo, características que à partida não interferem no seu comportamento, determinam a qualidade da interacção que se estabelece entre a mãe e o bebé. Assim, abordamos desde já e separadamente as investigações que avaliam o efeito da presença de malformações físicas no bebé sobre a qualidade da interacção mãe-bebé, muito embora só posterior e separadamente se examinem os estudos que definiram diferenças na interacção mãe-bebé em função da presença de anomalias físicas, sensoriais ou mentais do bebé com inevitáveis repercussões na sua conduta interactiva.

Resumidamente, como veremos, os estudos que se referem à atractividade física do bebé permitem considerar que o facto de o bebé ser fisicamente atraente favorece a interacção mãe-bebé (e.g., Barden, Ford, Jensen, Rogers-Salyer, 1989; Field & Vega-Lahr, 1984; Langlois & Sawin, 1981; Ritter, Casey, & Langlois, 1991; Speltz, Goodell, Endriga, & Clarren, 1994).

As mães, assim como os adultos sem filhos, tendem a considerar os bebés fisicamente atraentes como sendo mais velhos, atribuindo-lhes mais competências desenvolvimentais do que atribuem aos bebés não-atraentes (e.g., Ritter et al., 1991).

Por sua vez também, as mães dos bebés fisicamente atraentes interagem mais positivamente com o bebé do que as mães dos bebés fisicamente não-atraentes. Com efeito, as mães dos bebés que nos primeiros dias de vida foram avaliados como fisicamente atraentes pelos investigadores do estudo, foram observadas a interagir de forma mais positiva — olhando mais para o bebé, oferecendo-lhe mais possibilidades de contacto corporal e estando com ele de um modo fisicamente mais próximo — do que as mães dos bebés que nas mesmas condições foram avaliados como fisicamente não-atraentes (Langlois & Sawin, 1981).

A presença de determinadas anomalias físicas congénitas, tais como as malformações crano-faciais que afectam de forma significativa a atractividade física do bebé, interfere negativamente na qualidade da interacção mãe-bebé que se

observa na díade (Barden, Ford, Jensen, & Rogers-Salyer, 1989; Field & Vega-Lahr, 1984; Speltz, Goodell, Endriga, & Clarren, 1994).

As mães dos bebés que possuem esse tipo de anomalia física foram observadas a sorrir, a vocalizar e a imitar menos o bebé, bem como a providenciar-lhe um menor número de propostas de jogo e de respostas contingentes na interacção (Field & Vega-Lahr, 1984). Os bebés, consequentemente, sorriem menos, vocalizam menos e olham para a mãe por períodos de tempo mais breves (Field & Vega-Lahr, 1984). Dado que as mães não conduzem tantas vezes o bebé à posição face-a-face, a possibilidade de contacto ocular mútuo, por exemplo, é muito reduzida na díade (Barden, Ford, Jensen, Rogers-Salyer, 1989).

Ainda recentemente, Speltz, Goodell, Endriga, e Clarren (1994) procuraram avaliar a interferência que uma malformação física facial congénita com efeitos significativos na atractividade física do bebé — a fenda labial e palatina — poderia ter na qualidade da interacção mãe-bebé. Para esse efeito, observaram a interacção mãe-bebé numa situação de aleitamento ao biberão na idade de 3 meses do bebé. Estes autores verificaram que as mães dos bebés com fenda labial e/ou palatina (N= 24) eram muito menos sensíveis aos sinais e necessidades do bebé durante o aleitamento do que as mães dos bebés que não tinham esse defeito. Verificaram ainda que os bebés com fenda labial e/ou palatina eram, por sua vez, muito menos claros nos sinais alimentares que davam à mãe, assim como sorriam e emitiam muito menos gargalhadas enquanto estavam a ser alimentados pelas mães. Concluíram que a qualidade da interacção mãe-bebé é negativamente afectada pela falta de atractividade física do bebé.

Apresentamos evidências empíricas de que a pouca atractividade física do bebé, resultante ou não da presença de anomalias físicas congénitas, interfere negativamente na qualidade da interacção mãe-bebé que se verifica na díade (e.g., Barden et al., 1989; Field & Vega-Lahr, 1984; Langlois & Sawin, 1981; Ritter et al., 1991; Speltz et al., 1994). Dado que, nas amostras consideradas nos estudos que descrevemos, não existe razão lógica para a ocorrência de uma relação determinante entre a atractividade física do bebé e o comportamento interactivo do bebé, não somos levados a pensar que a atractividade física interfere no comportamento interactivo do bebé, mas sim que as diferenças que se observam resultam da interferência das percepções da mãe no seu comportamento interactivo, donde também se conclui que existem variáveis cognitivas que interferem na conduta interactiva que as mães têm com os seus bebés (Ritter et al., 1991).

No que se refere à deficiência física do bebé, foram igualmente observadas diferenças na interacção mãe-bebé em consequência desta circunstância específica. Os estudos mostram que as diferenças interactivas observadas na díade se reportam quer a aspectos particulares da conduta interactiva do bebé que está afectada em função da deficiência que o bebé possui, quer às formas adoptadas pela mãe para compensar essas dificuldades do bebé (Barbera & Wella, 1987; Campbell, Leib, Wollman, & Gibson, 1989). Muito embora os padrões interactivos sejam regra geral muito semelhantes, nas díades em que o bebé é fisicamente deficiente, o bebé providencia menos contacto visual à mãe e a mãe tende a interagir de um modo mais verbal do que físico, designadamente tende a expressar um grande número de comandos verbais, compensando assim a deficiência física do bebé (Barbera & Wella, 1987).

Um bebé que possua uma anomalia sensorial ou um qualquer atraso do seu desenvolvimento mental tem também, em consequência desse facto, uma conduta interactiva alterada. Na verdade, tal como veremos nos estudos que apresentamos de seguida, não é apenas a conduta interactiva do bebé que é influenciada por essa circunstância, também a conduta interactiva da mãe se altera na presença de uma deficiência sensorial ou mental do bebé (e.g., Adamson, Als, Tronick, & Brazelton, 1977; Berger & Cunningham, 1981; Collis & Brant, 1981; Fisher, 1987; Fraiberg, 1977; Hanzlik & Stevenson, 1986; Jones, 1977; Sdarimski, 1983; Mundy, Sigman, Kasari, & Yirmiya, 1978; Sorce & Emde, 1982; Walker & Kershman, 1981; Yoder & Farran, 1986).

Selma Fraiberg (1977) foi um dos primeiros autores a evidenciar que a deficiência sensorial do bebé pode representar uma barreira comunicativa considerável na díade, dado que a ausência de resposta do bebé pode ser interpretada pela mãe como um desinteresse do bebé para com ela. Em função disso, torna-se nestas circunstâncias mais difícil para a mãe a tarefa de estabelecer uma interacção com o bebé baseada na reciprocidade.

Efectivamente, nos estudos empíricos posteriores ao da referida autora, observou-se que a deficiência sensorial do bebé, embora geralmente entrave, não impede totalmente a troca de mensagens na díade mãe-bebé, dada a conduta muito particular que a mãe enceta nestas circunstâncias — as mães adaptam-se às limitações do bebé e aprendem a utilizar canais de comunicação alternativos (Adamson, Als, Tronick, & Brazelton, 1977; Collis & Brant, 1981; Walker & Kershman, 1981).

Também se observa que, nas díades em que o bebé apresenta uma deficiência mental, quer a mãe quer o bebé tem, em função dessa circunstância, uma

conduta interactiva diferente: as mães são observadas a ter uma acção mais directiva com o bebé e os bebés são observados a ter uma acção menos determinante na interacção com a mãe. Os bebés, sendo mais passivos e mais obedientes, envolvem-se menos em interacções vocais, muito embora se envolvam mais em contactos físicos com a mãe (Hanzlik & Stevenson, 1986; Yoder & Farran, 1986).

No caso particular dos bebés com Síndroma de Down verifica-se, nos estudos em que são observados na interacção com as respectivas mães durante o primeiro ano de vida, que são pouco competentes do ponto de vista comunicativo: são pouco expressivos do ponto de vista emocional, providenciam poucas oportunidades de contacto ocular à mãe, vocalizam com elevada frequência, não fazem pausas entre as suas emissões vocais, e também não oferecem outras grandes oportunidades para o diálogo vocal com a mãe (Berger & Cunningham, 1981; Fisher, 1987; Jones, 1977; Sdarimski, 1983; Mundy, Sigman, Kasari, e Yirmiya, 1978; Sorce & Emde, 1982). As mães têm, consequentemente, dificuldades acrescidas em estabelecer uma interacção adequada com o bebé. Dadas as limitações comunicativas dos bebés com Síndroma de Down, a maior parte das vezes, as mães são observadas a ter uma acção sobre-estimulante, como se quisessem compensar as limitações interactivas do bebé, e assim garantir que possa usufruir de experiência comunicativa suficiente (Sdarimski, 1983; Sorce & Emde, 1982).

No entanto, mais recentemente, Mundy, Sigman, Kasari, e Yirmiya (1988), não verificaram diferenças na conduta interactiva das mães e apenas observaram uma menor competência para a comunicação não-verbal junto dos bebés com Síndroma de Down.

Nos estudos empíricos que acabamos de apresentar vimos como a interacção mãe-bebé é negativamente afectada por um conjunto de circunstâncias que dizem especificamente respeito à competência física, sensorial e mental do bebé (e.g., Adamson, Als, Tronick, & Brazelton, 1977; Barbera & Wella, 1987; Berger & Cunningham, 1981; Campbell, Leib, Wollman & Gibson, 1989; Collis & Brant, 1981; Fisher, 1987; Fraiberg, 1977; Hanzlik & Stevenson, 1986; Jones, 1977; Sdarimski, 1983; Mundy, Sigman, Kasari, e Yirmiya, 1978; Sorce & Emde, 1982; Walker & Kershman, 1981; Yoder & Farran, 1986). Em particular, vimos como, na interacção com o bebé, as mães dos bebés que têm uma deficiência física, sensorial ou mental confrontam-se com dificuldades acrescidas, resultantes da deficiência do bebé, e actuam no sentido de procurar colmatar os efeitos interactivos adversos associados à incapacidade física, sensorial ou mental do bebé, evidenciando padrões de interacção que representam adaptações apropriadas às necessidades interactivas específicas do bebé (e.g., Goldberg & DiVitto, 1983).

"Um quadro relativamente consistente emerge destes estudos ... os bebés com condições especiais são socialmente menos responsivos e iniciam muito menos a interacção com a mãe do que os seus pares; as suas mães têm que, consequentemente, fazer um esforço muito maior para procurar envolvê-los na interacção" (Darke & Goldberg, 1994, p. 3).

Conclui-se que, contrariamente ao que se verificou com as mães dos bebés prematuros, com as mães dos bebés de baixo peso ou com as mães dos bebés com problemas graves de saúde à nascença, as mães dos bebés com uma deficiência física, as mães dos bebés com uma deficiência sensorial e as mães dos bebés com uma deficiência mental, mostram-se capazes de interagir sensivelmente, tomando em conta as necessidades interactivas específicas do seu par.

4.3. Circunstâncias relativas ao contexto

Aquilo que se verifica nos encontros da mãe com o bebé, depende em larga medida de características que se referem, como vimos, a aspectos individuais definidos em relação quer à mãe quer ao bebé, mas depende ainda, como o veremos, do contexto no qual esses encontros ocorrem.

Assim, muito embora certas dimensões da interacção mãe-bebé se mantenham constantes de contexto para contexto, outras dimensões dependem do contexto no qual a interacção mãe-bebé sucede. Nomeadamente variam caso se trate de uma interacção alimentar, face-a-face ou de jogo livre, observada em casa ou no laboratório, tal como se verifica em alguns estudos (e.g., O´Brien, Johnson, & Anderson-Goetz, 1989).

Também, o contexto cultural no qual a interacção mãe-bebé acontece, interfere nos acontecimentos interactivos que se dão na díade, muito embora, algumas dimensões do que ocorre nos encontros da mãe com o bebé sejam observadas, independentemente do facto de a interacção acontecer num ou noutro sistema cultural, tal como também se verificou em numerosos estudos empíricos (e.g., Brazelton, 1977; Bornstein, Maital, Tal, & Baras, 1995; Bornstein, Miyake, & Tamis-LeMonda, 1985; Bornstein, Tamis-LeMonda, Pecheux, & Rahn, 1991; Caudill & Shooler, 1973; Drivas, Roe, & Roe, 1983; Fogel et al., 1988; Szajnberg et al., 1994; Zeskind, 1983).

Tendo avaliado a interacção mãe-bebé em diferentes contextos — face-a-face e interacção livre, em casa e no laboratório — O´Brien, Johnson, e Anderson-Goetz (1989), por exemplo, verificaram que, muito embora o tipo de conduta interactiva apresentada pela mãe e pelo bebé varie de contexto para contexto, importantes

dimensões se mantêm constantes. Nomeadamente, os autores encontraram uma correlação muito elevada entre o grau de envolvimento da mãe com o bebé — avaliado através de indicadores diversos, como seja o seu tom de voz, as suas expressões faciais e a sua postura — e a estimulação verbal providenciada pela mãe ao bebé, observados nos 3 contextos considerados.

Desde os finais dos anos 60, realizaram-se um grande número de estudos empíricos, destinados a comparar a interacção mãe-bebé em variadíssimos contextos culturais. Tal como desenvolvemos a seguir, junto de amostras oriundas dos mais distintos sistemas culturais, semelhanças e diferenças foram encontradas na interacção mãe-bebé que aí se verifica.

As mães índias Mayas do México foram comparadas com as mães norte-americanas (Brazelton, 1977), as mães japonesas foram comparadas com as mães norte-americanas (Bornstein, Miyake, & Tamis-LeMonda, 1985; Caudill & Shooler, 1973; Fogel et al., 1988), as mães hispano-americanas e as mães áfro-americanas foram comparadas com as mães anglo-americanas (Zeskind, 1983), as mães gregas foram comparadas com as mães norte-americanas (Bornstein, Maital, Tal, & Baras, 1995; Drivas, Roe, & Roe, 1983), as mães francesas foram comparadas com as mães norte-americanas (Bornstein, Tamis-LeMonda, Pecheux, & Rahn, 1991) e as mães croatas foram também comparadas com as mães norte-americanas (Szajnberg et al., 1994), por exemplo.

Estes estudos mostram que, muito embora a grandeza da estimulação que acontece na díade mãe-bebé seja semelhante nas diferentes culturas observadas, consoante a organização cultural a que a díade pertence é preferencialmente utilizado um tipo de estimulação — contacto físico, vocalizações, contacto ocular, expressões sociais, utilização do ambiente exterior, etc. — em relação a outros, tendo em conta as expectativas culturais e a promoção no bebé das características comportamentais e de personalidade socialmente valorizadas. Na generalidade, *"as pessoas desejam promover competências mais ou menos semelhantes nos bebés, mas realizam isso de maneiras mais ou menos diferentes"* (Bornstein et al., 1995, p. 78).

Entretanto, observa-se também que contextos culturais mais distintos — como por exemplo, o Japão e os Estados Unidos — produzem maiores diferenças interactivas do que contextos culturais mais similares — como por exemplo, a França e os Estados Unidos.

Assim, mais recentemente, Bornstein, Miyake, e Tamis-LeMonda (1985) compararam a interacção mãe-bebé junto de 31 mães japonesas e seus bebés de 5

meses de idade e um mesmo número de mães norte-americanas e seus bebés de 5 meses de idade. Verificaram que as mães japonesas e americanas estimulam tanto os seus bebés umas como as outras, mas operam de modo diferente: as mães japonesas centram-se mais no contexto diádico e interpessoal, enquanto que as mães americanas abrem mais a interacção ao mundo exterior.

Bornstein, Tamis-LeMonda, Pecheux, e Rahn (1991) observaram também diferenças e similitudes significativas em importantes dimensões da interacção mãe-bebé — tais como a atenção visual, a exploração táctil e a vocalização dos bebés, a estimulação mediada e não-mediada e o discurso verbal dirigido ao bebé — junto de uma amostra de 48 mães primíparas americanas e 48 mães primíparas francesas e seus respectivos bebés, observados numa situação de interacção livre em casa, na idade de 5 meses do bebé. Estes autores identificaram, entre estas duas culturas, inúmeras actividades que são similares e outras que são diferentes, no interior de padrões interactivos bastante semelhantes e correspondentes.

Mais recentemente, Bornstein, Maital, Tal, e Baras (1995) compararam a interacção e as actividades desenvolvidas em casa por mães e bebés residentes nos EUA e em Israel. As mães primíparas israelitas e americanas (N= 110), assim como os seus bebés de 5 meses de idade, foram durante 45 minutos observadas em casa, em condições o mais possível semelhantes às que se verificam nos seus dia-a-dia. Estes autores constataram que os padrões interactivos observados nos dois contextos culturais são em mais aspectos semelhantes do que são diferentes: em ambos os contextos culturais examinados as mães e os bebés quando se encontram juntos tendem a fazer mais ou menos as mesmas coisas nos mesmos modos.

Não foram observadas diferenças nas actividades desenvolvidas pelos bebés. Nomeadamente, os investigadores observaram que os bebés de ambas as culturas tendem a prestar mais atenção ao meio-ambiente do que prestam à mãe e tendem a vocalizar mais quando estão bem-dispostos do que quando estão mal-dispostos.

Em ambas culturas, as mães estimulam mais a atenção do bebé para o meio-ambiente do que estimulam a atenção do bebé para si-próprias, recorrem a diferentes tipos de estimulação em proporções semelhantes, e alteram de forma particular as características vocais do seu discurso quando se dirigem ao bebé. No entanto, muito embora também não se observem diferenças no que diz respeito à quantidade de estimulação táctil e visual, as mães americanas tendem a desenvolver mais actividades didácticas, assim como tendem a alterar mais as características do seu discurso vocal dirigido ao bebé do que as mães israelitas. Por sua vez, as mães israelitas interagem mais directamente com o bebé do que as mães americanas, as quais medeiam mais a estimulação que oferecem ao bebé.

As mães e os bebés israelitas funcionam de um modo mais independente e autónomo, enquanto que as mães e os bebés americanos funcionam de um modo mais dependente. Em Israel, a família organiza-se em modos mais estáveis, colectivos e alargados — um maior número de pessoas intervém nos cuidados prestados à criança — do que se verifica nos EUA, onde a família é muito mais individualista, restrita e móvel.

Szajnberg, Skrinjaric, Viclovic, e DeZan (1994), compararam a leitura elaborada por 103 mães croatas a partir de uma série de fotografias, apresentadas no 2° ou 3° dia do pós-parto, representando bebés a exibir diferentes expressões faciais, com as respostas dadas na presença dos mesmos estímulos por um mesmo número de mães norte-americanas. Verificaram que as mães croatas inferiam mais vezes prazer e surpresa e menos vezes estranheza do que as mães americanas, pelo que concluíram que o contexto cultural interfere no significado que a mãe dá às expressões faciais do bebé. No entanto, as mães croatas e as mães americanas concordaram também, em 9 das 12 categorias consideradas, o que por sua vez sugere a existência de alguma universalidade na percepção e interpretação que as mães podem fazer das expressões afectivas do bebé. Assim, os autores deste estudo concluem que *"existem, entre as mães croatas e as mães americanas, diferenças e similitudes culturais na interpretação dos afectos"* (Szajnberg et al., 1994, p. 328).

As indicações empíricas apresentadas mostram que o contexto cultural no qual a interacção mãe-bebé se verifica interfere, embora não em tudo, no que acontece, pelo que muitas dimensões da interacção mãe-bebé podem ser consideradas universais, enquanto que outras devem ser consideradas relativas ao contexto cultural ao qual os indivíduos pertencem.

Os estudos expostos até ao momento mostram que os bebés são logo à nascença — isto é, antes mesmo de se verificar a influência do meio-ambiente — muito diferentes na sua disposição interactiva para com a mãe.

Assim, por exemplo, observa-se que a quantidade de vocalizações que o bebé de 3 meses de idade produz para a mãe durante a interacção, varia, consoante as díades, entre 4 e 62% do tempo total da interacção e o sorriso está presente em 0 a 22% do tempo total da interacção com a mãe (Lewis & Painter, 1975)

Para além das evidências empíricas já documentadas, só se consegue explicar que as enfermeiras se comportem de um modo tão significativamente diferente com os diferentes recém-nascidos que têm ao seu cuidado (Sander, 1969; Thomas & Olson, 1979), tendo presente as diferenças individuais na conduta interactiva do bebé. Também só assim se explica que uma mãe interaja de forma tão distinta e varie tanto na

quantidade de contactos oculares, no padrão de início e término, e na duração do evitamento do contacto ocular, na interacção com cada um dos seus dois filhos gémeos (Stern, 1971/1983).

Os estudos mostram igualmente que as mães de certos bebés, porque estes se propõem muito menos a interagir, têm que trabalhar muito mais na interacção (e.g., Bell, 1968; Brazelton, 1979/1981, 1989; Thoman, 1975). A ausência de certos comportamentos interactivos ou a presença de comportamentos que dificultam o estabelecimento da interacção — designadamente, a ausência de contacto ocular, a ausência de sorriso e a presença de aversão ao contacto físico — dificultam a reciprocidade interactiva e enfraquecem o envolvimento afectivo da mãe com o bebé (Als & Brazelton, 1980; Brazelton 1979/1981, 1989; Robson & Moss, 1970).

Em função das características próprias do bebé — como seja, a prematuridade ou a presença de pequenos danos cerebrais, ou ainda a presença de temperamento difícil — a capacidade do bebé para entrar em interacção com a mãe pode estar de tal forma deteriorada que a mutualidade interactiva dificilmente se desenvolve na díade. Com efeito, observa-se, por exemplo, em crianças que desenvolvem autismo, a presença precoce de certas condutas interactivas específicas, nomeadamente uma gama reduzida de iniciativas interactivas, o evitamento do contacto social, a expressão facial neutra e a ausência da atitude antecipatória em ser pegado (e.g., Ajuriaguerra & Marcelli, 1992; Kubicek, 1980).

Tudo isto sugere que o bebé participa e determina o rumo dos acontecimentos que acontecem na interacção com a mãe, pelo que as suas características individuais são elementos a considerar quando se estuda os determinantes da interacção mãe-bebé. Assim o fizemos ao longo desta secção.

É muito difícil detectar quem influencia quem na interacção mãe-bebé, pois tudo o que acontece na díade depende das competências do bebé para indicar o seu estado, sinalizar as suas necessidades e responder às intervenções da mãe, assim como da habilidade da mãe para perceber os sinais providenciados pelo bebé e para lhes responder de forma adequada (Thoman, 1975).

Não é muito possível prever de forma segura quanto as características do bebé condicionam o aparecimento de problemas interactivos na díade, pois muito embora essas características determinem o curso da interacção que acontece mãe-bebé, a grandeza das repercussões adversas depende do comportamento da mãe, nomeadamente da sua sensibilidade às necessidades do bebé. Assim, os mal-entendidos iniciais, que resultam da prematuridade ou das dificuldades temperamentais do bebé, podem ser superados, desde que a mãe realize os reajustes necessários. Mas, caso se verifiquem no contexto de certas condições desfavoráveis,

relativas às circunstâncias da mãe ou do ambiente, podem ser o início de problemas comportamentais mais grave.

Assim, as circunstâncias relativas à mãe são também significativas para o estabelecimento da interacção mãe-bebé, sendo que tais circunstâncias são determinantes quer no caso do bebé apresentar dificuldades quer no caso de não apresentar. Como veremos mais detalhadamente no capítulo seguinte e no trabalho empírico que desenvolvemos, certas características da mãe condicionam o estabelecimento de interacções pouco adequadas na díade, dado que, na sua presença, a conduta interactiva habitual da mãe está muito alterada e em aspectos que são determinantes para a conduta interactiva do bebé.

Por último, vimos ainda, ao longo desta secção, que certas condições do meio interferem igualmente na interacção que se verifica na díade, na medida em que favorecem determinados modos de agir da mãe.

No estudo dos determinantes da qualidade da interacção mãe-bebé, vimos assim que diferenças individuais da mãe, do bebé e do contexto familiar e sócio-cultural influenciam o processo das interacções mãe-bebé.

5. Interacção Pai-Bebé, Interacção Mãe-Pai-Bebé e Interacção Mãe-Bebé-outra Criança

Estudos recentes têm vindo a demonstrar que a interacção que se estabelece entre o bebé e a sua mãe tem características diferentes da interacção que se estabelece entre o bebé e o seu pai. A interacção mãe-bebé adquire também características novas quando à díade mãe-bebé se junta um terceiro elemento, quer seja o pai do bebé, quer seja um irmão seu. São esses os estudos que serão tratados neste ponto.

Muito precocemente o bebé discrimina a face do pai da face da mãe e estabelece uma modalidade interactiva distinta com cada um dos seus pais. Cada um dos pais se comporta de modo diferente com o bebé, o qual, por sua vez, se comporta de modo diferente consoante a conduta do seu parceiro (Field, 1990).

Os pais vocalizam e falam muito menos do que as mães na interacção com o bebé (Clarke-Stewart, 1978; Heerman, Jones, & Wikoff, 1994; Rebelsky & Hanks, 1971), enquanto que brincam mais, ou pelo menos brincam de um modo diferente (Brazelton, 1979/1981; Clarke-Stewart, 1978; Heerman et al., 1994; Lamb, 1977).

Com efeito, numerosos investigadores observaram que os pais tendem a promover jogos em que é maior o envolvimento físico com o bebé, enquanto que as mães tendem a promover jogos em que é maior o envolvimento verbal com o bebé. Os pais providenciam mais estimulação física ao bebé, operando em modalidades mais desafiantes, tendem a sobrestimar as competências do bebé; as mães tendem a promover jogos em que é maior a participação de objectos e a troca verbal, providenciando uma maior estimulação social. As mães estão mais preocupadas com os cuidados físicos e tendem a subestimar as competências do bebé (Brazelton, 1979/1981; Clarke-Stewart, 1978; Lamb, 1977; Lamb, Frodi, Hwang, Frodi, & Steinberg, 1982; Stuckey et al., 1982).

Mais recentemente, enquanto que Zaslow, Pedersen, Swalsky, Cain, e Fievel (1985) verificaram que as referidas diferenças, muito embora se verifiquem nas famílias organizadas de forma tradicional, não se observam nas famílias em que a mãe desenvolve tal como o pai uma actividade profissional fora de casa, Stuckey, Ghee, e Bell (1982), assim como Lamb, Frodi, Hwang, Frodi, e Steinberg (1982), encontraram que essas diferenças se observam mesmo nas famílias não-tradicionais — em que os pais foram, pelo menos durante um mês, o principal prestador de cuidados do bebé. Para estes últimos autores, o factor determinante das diferenças que se observam na interacção entre mães e pais é o sexo do progenitor e não o lugar que ele ocupa nos cuidados providenciados ao bebé — as diferenças interactivas devem-se ao sexo do indivíduo (Frodi & Lamb, 1978).

Field (1978), no entanto, verificou que os pais que são os principais prestadores de cuidados do bebé providenciavam mais cuidados físicos e menos jogo do que as mães, concluindo que o factor que determina a presença das diferenças interactivas mãe-bebé/pai-bebé é não o sexo do progenitor, mas o lugar que ele ocupa nos cuidados que são prestados ao bebé.

Não podemos, no entanto, de nenhum modo concluir que as mães são mais competentes para interagir com o bebé do que os pais o são, dado que características importantes da interacção mãe-bebé — como seja, a sensibilidade às necessidades desenvolvimentais do bebé e a adequação da resposta interactiva a essas mesmas necessidades — se verificam tanto na díade mãe-bebé como na díade pai-bebé (Belsky, Gilstrap, & Rouvine, 1984; Heerman et al., 1994). Aliás as competências de reconhecimento e identificação precoce do bebé, nomeadamente através do toque, também se observam tanto nos pais como nas mães (e.g., Kaitz, Shiri, Danziger, Hershko, & Eidelman, 1994).

Há ainda evidências empíricas de que os bebés precocemente discriminam as diferenças nos padrões interactivos das mães e dos pais — os bebés, por exemplo, sorriem e riem mais na presença dos pais, enquanto que olham mais para as mães (Field, 1981). Os bebé manifestam preferência pela mãe, quando se encontram numa situação de mal-estar, e manifestam preferência pelo pai para brincar, respondendo mais e cooperando mais no jogo com o pai do que com a mãe (Ban & Lewis, 1971; Brazelton 1979/1981; Clarke-Stewart, 1978; Coher & Campos, 1974; Lamb, 1977 a, 1977 b; Yogman et al. 1986). Aliás, no decorrer do segundo episódio de reunião da Situação Estranha de Ainsworth, observa-se que o bebé, ao ano de idade, procura mais a proximidade física com a mãe, sendo mais indiferente ao regresso do pai (Bridge et al., 1988).

Também se verificam mudanças quando a interacção diádica se transforma numa interacção triádica, pela introdução do outro pai ou de uma outra criança.

A importância de se estudar a tríade pai-mãe-bebé tem sido assinalada e esforços nesse sentido têm sido realizados nos anos mais recentes (e.g., Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge, Bettens, & Favez, 1992).

Os estudos empíricos realizados com esse propósito verificam que muito embora se mantenham na situação triádica as diferenças atrás assinaladas para a situação diádica, a propósito das diferenças interactivas consoante o sexo do progenitor, na situação triádica, quer a mãe quer o pai tendem a interagir menos com o bebé (Gollinkoff & Ames, 1979; Stoneman & Brody, 1981).

No entanto, Parke e O'Leary (1976) advertem que muito embora se observe uma diminuição no número de vocalizações e de contactos físicos, mantém-se constante a atenção visual que é prestada ao bebé e aumenta o número de sorrisos que cada um dos pais dirige ao bebé. Pederson, Yarrow, Andersen, e Cain (1978), por sua vez, chamam à atenção para o facto de que a referida diminuição que se observa na conduta interactiva dos pais só se verifica enquanto os pais estão a interagir entre si. Assim, na interacção triádica, alguns comportamentos interactivos podem ser mantidos no mesmo nível que na interacção diádica porque não são incompatíveis com outros comportamentos que simultaneamente tenham lugar entre os pais, enquanto que outros não (Schaffer, 1989).

Quando a interacção se torna triádica pela introdução não do outro pai, mas de uma outra criança, o que se observa é um aumento e não uma diminuição na frequência dos comportamentos interactivos propostos pela mãe, designadamente um

aumento no número de interacções positivas, como seja a atenção mútua e o contacto ocular prestado ao bebé (e.g., Dunn & Kendrick, 1982).

O envolvimento em interacções triádicas exige uma coordenação mais complexa entre a conduta de cada um dos membros do que a coordenação que se verifica nas interacções diádicas, sendo que a experiência deste tipo de situações é muito importante para o desenvolvimento sócio-emocional, e particularmente para a aquisição da autonomia por parte da criança (Corboz-Warnery et al., 1992).

6. Interacção Mãe-bebé e Desenvolvimento do Bebé

No decorrer dos últimos anos foram efectuados numerosos estudos longitudinais no sentido de encontrar quais as características da interacção mãe-bebé que se verifica durante o primeiro ano de vida do bebé que são críticas para o desenvolvimento futuro da criança.

Os autores procuraram avaliar o efeito de certas dimensões da conduta interactiva da mãe sobre o desenvolvimento sócio-emocional da criança, considerando essencialmente dois aspectos: a segurança na vinculação da criança à mãe e a presença/ausência de problemas de comportamento na criança. Outros autores privilegiaram o estudo do efeito de certas circunstâncias relativas à estimulação do bebé durante a interacção precoce com a mãe sobre o posterior desenvolvimento cognitivo da criança.

São esses estudos que passamos a apresentar, a analisar e a discutir. Esses estudos dão-nos uma ideia de quanto e como a qualidade da interacção mãe-bebé, tal como pode ser observada nos primeiros meses de vida do bebé, tem repercussões em aspectos diversos do desenvolvimento da criança que se verifica durante a idade pré-escolar e escolar.

Como o sabemos, a partir dos trabalhos de Bowlby (1958) e Ainsworth (1969, 1973, 1978), durante o primeiro ano de vida o bebé constrói uma ligação afectiva específica com a sua mãe e a formação de tal vínculo é o aspecto primordial do desenvolvimento sócio-emocional da criança durante esse período (e.g., Gelfand e Teti, 1990).

Esta ligação afectiva do bebé à mãe, denominada vinculação (tradução da palavra de língua inglesa *"attachment"*), caracteriza-se por ser elaborada em relação a uma pessoa específica, geralmente a mãe, ter uma duração no tempo e implicar

afeição e amor. Traduz-se num desejo da criança estabelecer e manter a proximidade com a mãe.

A qualidade ou segurança da vinculação do bebé à mãe pode ser observada através da presença/ausência de um conjunto de comportamentos específicos, nomeadamente na resposta a uma situação e procedimento laboratorial particular, construído por Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978) — a Situação Estranha (tradução das palavras de língua inglesa *"Strange Situation"*). A Situação Estranha é mais precisamente um procedimento experimental que se desenvolve ao longo de 8 episódios e que consiste em colocar a criança com um estranho num ambiente não-familiar, sucessivamente na presença e na ausência da mãe.

Este procedimento, aplicável a crianças dos 12 aos 18 meses, tem sido o método mais usado para avaliar a organização comportamental da vinculação na infância, dado que "cria *um contexto de stress moderado, promovendo a activação do sistema instintivo da vinculação, e permite observar as estratégias do bebé para regular a proximidade com a figura materna*" (Soares et al., 1995, p. 376).

Num estudo realizado com crianças de um ano de idade e suas mães americanas de classe média, observou-se que o comportamento da criança se poderia referir a um de 3 padrões (A, B e C), correspondendo a três formas distintas ou padrões de resposta à Situação Estranha (Ainsworth et al., 1978).

A criança pode explorar o meio sem se referir à mãe e não se aproximar da mãe no momento da reunião com ela. Trata-se do padrão A, inseguro-evitante, que é essencialmente caracterizado *"pela presença de comportamentos de evitamento do bebé à mãe nos episódios de reunião, em que ou a ignora ou se afasta dela"* (Soares et al., 1995, p. 380).

A criança pode explorar o meio a partir da mãe, que funciona como uma base segura, e procurar activamente o contacto e a interacção na reunião com ela. Trata-se do padrão B, seguro, que é essencialmente caracterizado por *"uma procura activa de proximidade, contacto ou interacção com a mãe, especialmente nos episódios de reunião"* (Soares et al., 1995, p. 380).

A criança pode ainda realizar uma exploração muito pobre do meio-ambiente e ter um comportamento ambivalente ou resistente aquando da reunião com a mãe. Trata-se do padrão C, inseguro resistente-ambivalente, que se caracteriza essencialmente *"pela coexistência de comportamentos de procura de contacto e de comportamentos de resistência activa ao contacto e à interacção com a mãe, sobretudo na segunda reunião"* (Soares et al., 1995, p. 380).

Alguns estudos mais recentes (e.g., Main & Solomon, 1990; Van Ijzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992), apontam para a possibilidade de se observar

um quarto padrão de resposta à Situação Estranha, que designam de inseguro-desorganizado (D) e identificam pela coexistência das características anteriormente associadas aos padrões de vinculação A e C — ou seja, pela presença simultânea de comportamentos de evitamento e de resistência nos episódios de reunião com a mãe.

Mais precisamente, este padrão corresponderia à ausência de uma estratégia coerente por parte da criança para lidar com o *stress* associado com a situação de separação-reunião com a mãe. Tal circunstância não se verifica em nenhum dos padrões atrás descritos — que são caracterizados pela presença de uma estratégia coerente que a criança utiliza consistentemente para lidar com a situação de ser separada da mãe — e seria explicável no contexto de grande receio ou confusão na relação com a mãe, sendo testemunho de um padrão muito inseguro de vinculação.

Contudo, segundo Main e Solomon (1990), um comportamento de vinculação de tipo desorganizado/desorientado não representa uma quarta estratégia para procurar manter a proximidade com a mãe, pois, contrariamente ao que acontece com os 3 padrões de vinculação originalmente propostos — em que se verifica a presença de um comportamento coerente para lidar com a situação de ser separado da mãe —, o que se observa agora é a presença de tendências comportamentais em conflito, que resultam em acções contraditórias ou incompletas.

A maior parte dos autores, muito embora não negue a importância das diferenças individuais relativas ao bebé — sendo que considera que algumas características do bebé, como seja a prematuridade (e.g., Brown & Bakeman, 1980) ou a presença de problemas físicos à nascença (e.g., Goldberg et al., 1989), podem determinar o devir da qualidade da vinculação do bebé à mãe —, aponta que o comportamento da mãe em relação ao bebé — nomeadamente certas dimensões relativas à qualidade da interacção precoce mãe-bebé e particularmente a resposta positiva da mãe ao bebé — tem um papel primordial no estabelecimento dos comportamentos do bebé em relação à mãe e, em grande parte, determina a qualidade da vinculação da criança à mãe (Van Ijzendoorn et al., 1992).

Os estudos que avaliaram o efeito da qualidade da interacção mãe-bebé especificamente na formação do tipo de padrão de vinculação à mãe por parte da criança, verificaram que algumas dimensões da conduta da mãe na interacção com o bebé, observada durante os primeiros meses de vida da criança, facilitam a constituição de uma ligação segura à mãe por parte da criança, enquanto que outras características propiciam à formação de um padrão inseguro de vinculação à mãe, tal como se observa na Situação Estranha de Ainsworth ao ano de idade e consta dos estudos seguintes (e.g., Ainsworth et al. 1978; Belsky, Rovine, & Taylor, 1984; Blehar,

Lieberman, & Ainsworth, 1977; Del Carmen, Pedersen, Huffman, & Bryan, 1993; Grossman, Grossman, Spangler, Suess, & Unzner, 1985; Goldberg et al., 1987; Goldberg, Mackay-Soroka, & Rochester, 1994; Isabella, 1994; Isabella, Belsky, & von Eye, 1989; Willie, 1991).

Em trabalhos recentes, os investigadores têm vindo a salientar que algumas qualidades do comportamento interactivo da mãe — como seja, a expressão de afecto positivo, a sensibilidade às necessidades do bebé e a competência para agir em harmonia com os sinais e comportamentos do bebé — beneficiam o desenvolvimento, por parte da criança, de uma vinculação segura à mãe (e.g., Ainsworth et al., 1972; Blehar et al., 1977; Rothbaum, 1995; Sroufe, 1978).

As mães que, quando avaliadas na interacção com o bebé durante os primeiros meses após o parto, exibem mais comportamentos de jogo e mais animação no jogo, propõem mais iniciativas interactivas, fornecem mais respostas contingentes, e interagem mais vezes e de forma mais continuada com o bebé, têm uma conduta que facilita a formação de um padrão seguro de vinculação à mãe por parte do bebé, tal como pode ser avaliado, meses mais tarde, na Situação Estranha de Ainsworth (Blehar et al., 1977).

No entanto, tal como é encontrado numa série de estudo empíricos, a característica mais proeminente da conduta interactiva da mãe, que garante o desenvolvimento de uma vinculação segura por parte do bebé, é a sua sensibilidade aos sinais e necessidades específicas do bebé (Ainsworth et al. 1978; Belsky, Rovine, & Taylor, 1984; Del Carmen et al., 1993; Grossman, Grossman, Spangler, Suess, & Unzner, 1985; Isabella, 1993, 1994; Isabella, Belsky, & von Eye, 1989; Van den Boom, 1994).

Já no seu estudo inicial, Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978), tinham averiguado que o aspecto mais crítico para o estabelecimento de um padrão seguro de vinculação à mãe, por parte da criança, é a sensibilidade que a mãe mostra na resposta que dá aos sinais de mal-estar do bebé, durante o primeiro ano de vida. A sensibilidade da mãe nas respostas que oferece ao bebé, resulta da correcta percepção e interpretação dos sinais do bebé, que permite à mãe uma resposta consistente com o comportamento do bebé. As mães dos bebés que desenvolvem um padrão seguro de vinculação foram observadas a responder de um modo mais pronto e mais sensível aos sinais que o bebé emite (e.g., Ainsworth, 1985, 1993).

As mães dos bebés que desenvolvem um padrão seguro de vinculação, estão atentas, são cooperantes e mostram-se disponíveis para a interacção com o bebé; principalmente, as mães são sensíveis às necessidades dos bebés (e.g., Goldberg et al., 1987). São mães que atendem a toda a gama de expressões afectivas do bebé e que oferecem um maior número de respostas às expressões afectivas do bebé, sobretudo às expressões afectivas positivas (e.g., Goldberg, Mackay-Soroka, & Rochester, 1994).

Uma mãe que responde de forma sensível aos sinais e propostas interactivas do bebé, permite, nomeadamente, que se estabeleça na díade uma interacção caracterizada pela sincronia das condutas interactivas de ambos os membros, como se pode observar durante os primeiros meses de vida da criança, o que por sua vez favorece a formação de um padrão seguro de vinculação à mãe, tal como se verifica ao ano de idade na Situação Estranha de Ainsworth (Isabella et al., 1989).

Conclui-se que o estabelecimento de uma vinculação segura com a mãe reflecte uma história em que o bebé usufruiu de respostas apropriadas por parte do meio, ao longo da qual o bebé aprendeu que a mãe responde às suas necessidades, reduzindo o mal-estar que sente e expressa, pelo que confia na sua eficácia enquanto remediadora do seu mal-estar. Assim, quando a mãe reaparece na Situação Estranha, o mal-estar que o bebé possa sentir dissipa-se facilmente porque é assim que geralmente acontece na presença da mãe (e.g., Goldberg et al., 1994).

Entretanto, as características que propiciam à formação de um padrão inseguro de vinculação à mãe, tal como pode ser observado na Situação Estranha de Ainsworth ao ano de idade, são bem distintas daquelas que beneficiam a formação de um padrão seguro de vinculação à mãe, como veremos nos estudos seguintes.

As mães que, na interacção com o bebé, exibem um rosto inexpressivo, que não respondem às solicitações do bebé, que interagem por períodos mais curtos de tempo e que se comportam de um modo abrupto e rotineiro com o bebé, predispõem o bebé a desenvolver uma vinculação insegura à mãe (Blehar et al., 1977). São mães que não respondem às expressões emocionais do bebé e são particularmente não-responsivas quando o bebé produz expressões de afecto negativo e testemunha o seu mal-estar (Goldberg et al., 1994).

Já no seu estudo inicial, Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978) tinham averiguado que a rejeição materna é o aspecto mais crítico para o estabelecimento de um padrão inseguro de vinculação à mãe, o que tem igualmente sido observado mais recentemente (e.g., Isabella, 1993). Rejeição que pode ser comunicada abertamente pela mãe, através, por exemplo, da recusa às iniciativas de contacto corporal do bebé, ou de forma dissimulada, através de uma acção funcional sem envolvimento afectivo com o bebé.

Uma mãe que não é sensível aos sinais e propostas interactivas do bebé não permite que, nomeadamente, se verifiquem interacções sincronizadas, e a presença de interacções não sincronizadas favorece o estabelecimento de uma vinculação insegura à mãe (Isabella et al., 1989).

Mais recentemente, os estudos procuraram diferenciar as características da conduta interactiva das mães que são responsáveis pela formação de um padrão inseguro de tipo evitante (padrão A), das características que são responsáveis pela formação de um padrão inseguro do tipo ambivalente/resistente (padrão C).

As mães das crianças que desenvolvem um padrão de vinculação do tipo A (inseguro-evitante), têm sido descritas como rejeitantes e sentindo desconforto no contacto físico com a criança durante o primeiro ano de vida (e.g., Ainsworth et al., 1978; Isabella, 1983).

As mães dos bebés que estabelecem uma vinculação insegura-evitante, porque não tomam em consideração os sinais e a disponibilidade interactiva do bebé, foram também observadas a interagir de um modo intrusivo e sobre-estimulante com o bebé. Os bebés, em função deste tipo de conduta da mãe, são repetidas vezes colocados em situações em que não são considerados, pelo que desenvolvem estratégias — evitantes — que permitem limitar as situações em que se possam sentir mal (Goldberg et al., 1994).

As crianças que exibem um padrão inseguro-evitante de vinculação à mãe têm maior probabilidade de, mais tarde, desenvolver um padrão de comportamento agressivo, assim como ter um comportamento antisocial, na relação com os outros na escola (e.g., Renken, Egeland, Marvinney, Mangelsdorf, & Sroufe, 1989).

As mães das crianças que desenvolvem um padrão de vinculação do tipo C (inseguro-resistente/ambivalente), têm sido descritas como sendo inconsistentes nas respostas que dão ao bebé, interferindo ou ignorando o comportamento deste (e.g., Ainsworth et al., 1978, Crittenden & Ainsworth, 1989; Isabella, 1983).

As mães dos bebés que estabelecem um padrão de vinculação inseguro-resistente foram também observadas a interagir de um modo pouco coordenado com o comportamento do bebé: elas respondem ao bebé, mas mostram-se afectivamente pouco envolvidas e agem de forma inconsistente na interacção com ele. Embora sejam mais responsivas do que as mães dos bebés evitantes, as mães dos bebés resistentes não são tão responsivas como as mães dos bebés seguros, dado que respondem quase só às expressões de afecto negativo do bebé e muito pouco às expressões de afecto positivo (Goldberg et al., 1994).

Respostas inconsistentes por parte da mãe conduzem ao escalar das expressões de mal-estar do bebé, a um nível de tal modo elevado que a atenção da mãe seja assegurada, pelo que estes bebés irão expressar mal-estar em situações que objectivamente não o justificam, tal como se verifica na Situação Estranha (Goldberg et al., 1994).

As crianças que exibem um padrão inseguro-ambivalente de vinculação à mãe durante a infância têm subsequentemente mais probabilidades de experienciar insatisfação e isolamento social durante a idade pré-escolar e escolar (e.g., Berlin, Cassidy, & Belsky, 1995; Lewis, Feiring, McGuffog, & Jaskir, 1984).

Mais recentemente, a presença do padrão de vinculação desorganizado (tipo D) — geralmente ausente nas amostras retiradas de populações normais, mas fortemente associada à vivência de interacções muito inadequadas e de adversidades familiares graves, como seja a ocorrência de negligência, abuso, maus-tratos ou depressão materna severa (Cicchetti, 1987; Teti et al., 1995) — foi considerada na investigação psicológica.

Encontrou-se uma forte e significativa associação entre o padrão D e o desenvolvimento de problemas de comportamento pela criança em idade pré-escolar e escolar (Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993; Lyons-Ruth, Repacholi, Alpern, & Connell, 1991). Em função disso, a investigação tem vindo ultimamente a mostrar que é *"a desorganização nas estratégias de vinculação, mais do que a insegurança em si, que representa um percursor precoce dos problemas de comportamento que a criança apresenta mais tarde"* (Lyons-Ruth et al., 1993, p. 573).

Muito embora a importância da conduta interactiva materna tenha sido amplamente documentada, alguns estudos salientam sobretudo a importância da conduta social precoce do bebé na determinação directa (e.g., Campos, Barrett, Lamb, Goldsmith, & Stenberg, 1983) ou indirecta — isto é, através da qualidade da interacção que se estabelece entre o bebé e a mãe (Goldsmith et al., 1986) — do tipo de padrão de vinculação que a criança estabelece com a mãe.

Os bebés que, durante os primeiros meses de vida, foram observados a exibir um maior número de respostas interactivas positivas na interacção com a mãe, foram mais tarde avaliados com um padrão seguro de vinculação à mãe, enquanto que os bebés que foram observados a exibir um maior número de respostas interactivas negativas na interacção com a mãe nos primeiros meses de vida, foram mais tarde avaliados com um padrão inseguro de vinculação à mãe (Blehar et al., 1977; Persson-Blenow, Binett, & McNeil, 1988).

Por outro lado, os rapazes, na presença de interacções negativas com a mãe, mostram-se muito mais vulneráveis ao desenvolvimento de um padrão inseguro de vinculação à mãe do que as raparigas (e.g., Bridges et al., 1988); o que alerta igualmente para a importância das diferenças individuais relativas ao bebé no padrão de vinculação que estabelece com a mãe.

No entanto, mais recentemente, Del Carmen, Pedersen, Huffman, e Bryan (1993), verificaram que os bebés que tinham uma vinculação insegura à mãe, tal como foi observada na Situação Estranha na idade de 12-13 meses do bebé, tinham sido observados, numa avaliação do temperamento realizada através de medidas estandardizadas no laboratório aos 3 meses de idade, a exibir menos expressões de afecto negativo do que os bebés que foram mais tarde classificados com o padrão B (seguro) na Situação Estranha.

Mesmo assim, outros autores ainda, verificaram que o padrão de vinculação do bebé, avaliado ao ano de idade na Situação Estranha de Ainsworth, se estabelece de um modo relativamente independente com o tipo de conduta interactiva do bebé presente nos primeiros meses de vida (e.g., Belsky, Fish, & Isabella, 1991).

Que a origem dos padrões de vinculação está no tipo de interacção que se estabelece entre a mãe e o bebé durante o primeiro ano de vida, é, como vimos, a hipótese defendida por diversos autores e mais recentemente documentada por Isabella (1993), Del Carmen, Pedersen, Huffman, e Bryan (1993) e Van den Boom (1994).

Para testar esta hipótese, Isabella (1993) levou a cabo um estudo sobre 32 díades mãe-bebé, que foram objecto de repetidas observações naturalistas, em casa, quando os bebés tinham 1, 4 e 9 meses de idade. Nessas idades, avaliou a qualidade da interacção mãe-bebé, particularmente a sensibilidade, a rejeição e a consistência na acção interactiva da mãe com o bebé. Ao ano de idade do bebé, avaliou igualmente a qualidade da vinculação à mãe, na Situação Estranha de Ainsworth.

Tal como outros autores que apresentamos anteriormente (e.g., Del Carmen et al., 1993; Goldberg et al., 1994), Isabella (1993) encontrou igualmente que diferentes padrões interactivos da mãe conduziam ao estabelecimento de diferentes padrões de vinculação à mãe, por parte da criança. Mais precisamente, verificou que os bebés que exibiam um padrão seguro de vinculação à mãe ao ano de idade, eram os mesmos que tinham sido observados, meses antes, a ser alvo de interacções mais adequadas por parte da mãe. As mães desses bebés foram observadas a interagir de uma forma mais sensível com os sinais do bebé, ao 1 e aos 4 meses de idade do bebé, e, ao 1 e aos 9 meses de idade do bebé, as mães desses bebés foram observadas a ser menos rejeitantes do que as mães dos bebés que desenvolveram padrões inseguros de vinculação à mãe.

Assim, tal como acontece em mais estudos empíricos, os resultados desta investigação indicam uma associação significativa entre a sensibilidade na resposta que o prestador de cuidados dá ao bebé na interacção durante os primeiros meses de

vida e o estabelecimento de um padrão seguro de vinculação por parte da criança no final do primeiro ano de vida. Indicam também uma associação entre a presença de rejeição materna e um padrão inseguro de vinculação à mãe por parte da criança.

Mais, este autor encontrou ainda que os bebés cujas mães eram mais rejeitantes aos 9 meses de idade, tinham tendência a desenvolver, com significativa maior frequência, um padrão de vinculação inseguro-evitante ao ano de idade; enquanto que os bebés cujas mães estabeleciam interacções caracterizadas pela pouca sensibilidade e pela elevada rejeição, sobretudo durante os primeiros meses, e estas características se tornavam menos marcada para o final do ano de vida, tinham tendência a desenvolver com significativa maior frequência um padrão de vinculação inseguro-resistente (o que não é referido nos outros estudos). Assim, as mães dos bebés resistentes foram observadas a tornarem-se menos rejeitantes, enquanto que as mães dos bebés evitantes foram observadas a tornarem-se mais rejeitantes nas observações da interacção mãe-bebé realizadas no final do primeiro ano de vida do bebé.

Também mais recentemente, num estudo que desenvolveram sobre 52 mães primíparas acompanhadas durante o último trimestre de gravidez e no ano que se seguiu ao parto, Del Carmen, Pedersen, Huffman, e Bryan (1993), verificaram igualmente que a qualidade da interacção mãe-bebé — avaliada aos 3 meses de idade do bebé numa situação em casa por um período de 1 hora — especialmente, a resposta que a mãe dá nas situações em que o bebé expressa mal-estar, é o factor mais determinante para o estabelecimento de um padrão seguro de vinculação à mãe por parte da criança.

Com efeito, neste estudo verificou-se que as mães que providenciavam cuidados adequados ao bebé, na interacção com o bebé na idade de 3 meses, tinham bebés que evidenciavam um padrão seguro de vinculação à mãe, na Situação Estranha administrada na idade de 12-13 meses do bebé. Tais cuidados adequados consistiam essencialmente na resposta pronta da mãe às expressões e sinais de mal-estar do bebé: quando o bebé expressava zanga e choro, a mãe procurava acalmá-lo, designadamente através do contacto físico.

A importância da responsividade materna na interacção da mãe com o bebé na génese do padrão de vinculação estabelecido pela criança foi igualmente apontada no estudo também recente de Van den Boom (1994).

Este autor sujeitou um grupo de 50 mães — cujos bebés tinham sido classificados logo à nascença como bebés irritáveis — a uma intervenção, durante 3 meses, no sentido de aumentar a sensibilidade da mãe aos sinais do bebé e a resposta contingente e apropriada ao bebé por parte da mãe. Mais tarde, aos 9 meses de idade

do bebé, o autor comparou o comportamento das mães e dos bebés irritáveis sujeitos à intervenção com o comportamento das mães e dos bebés irritáveis do outro grupo que não tinham sido sujeitos à referida intervenção.

Quando observou a interacção mãe-bebé em casa no contexto das *"routines"* familiares, Van den Boom (1994) verificou que as mães que tinham sido sujeitas à intervenção, entre os 3 e os 6 meses de idade do bebé, eram, aos 9 meses de idade do bebé, mais responsivas, mais estimulantes, mais atentas do ponto de vista visual e mais adequadas no controlo do comportamento do bebé. Verificou ainda que, por sua vez, os bebés irritáveis cujas mães tinham sido sujeitas à intervenção obtinham valores mais elevados de sociabilidade, choravam bastante menos e mostravam-se mais adequados na exploração do meio-ambiente do que os bebés das mães que não tinham sido sujeitas à intervenção.

Aos 12 meses de idade do bebé, isto é 6 meses depois do término da intervenção, estes autores encontraram um número significativamente mais elevado de bebés que eram classificados como seguramente vinculados à mãe no grupo das mães que tinham sido sujeitas à intervenção, contrariamente ao que aconteceu no grupo das mães que não tinham sido sujeitas à intervenção, em que um número significativamente mais elevado de crianças eram classificadas com um padrão inseguro de vinculação à mãe na Situação Estranha.

Os resultados deste estudo indicam que a qualidade da interacção materna, designadamente a sensibilidade da mãe na interacção com o bebé, se relaciona com a segurança na vinculação que o bebé mostra perante a mãe.

Assim sendo, um grande número de investigadores tem vindo a verificar que o comportamento interactivo inicial do bebé tem pouca ou nenhuma relação com o tipo de vinculação à mãe que o bebé estabelece e que se observa meses mais tarde na Situação Estranha (e.g., Belsky et al., 1991; Bridges et al., 1988; Goldberg et al., 1986). Os resultados dos seus estudos permitem concluir que *"a conduta da mãe têm um papel muito mais determinante do que a conduta do bebé, no estabelecimento do padrão de vinculação do bebé em relação à mãe"* (Goldberg et al., 1986, p. 41). Consequentemente, esses investigadores fazem depender a qualidade da vinculação do bebé à mãe da qualidade da conduta interactiva que a mãe tem com o bebé, ou de mudanças na mesma, e não consideram tão determinantes as dimensões respeitantes à conduta ou temperamento do bebé.

Podemos pois concluir que o padrão de vinculação do bebé à mãe se estabelece em continuidade com o tipo de experiência interactiva do bebé durante os primeiros meses de vida. As mães que são sensíveis aos sinais do bebé e respondem de

forma contingente às suas iniciativas e necessidades interactivas, garantem um padrão interactivo com alguma previsibilidade e providenciam um grau de estimulação óptimo e situações de bem-estar; favorecem assim que a mãe se constitua numa base segura para o bebé.

No caso da mãe ser intrusiva, o bebé vai construir estratégias que lhe permitam proteger-se das situações desagradáveis que experiencia na interacção com a mãe, e estabelece uma vinculação insegura-evitante com a mãe.

No caso da mãe ser insensível, o bebé vai estabelecer *"uma estratégia que procura produzir algum envolvimento mais consistente e previsível da mãe"* (Isabella & Belsky, 1991, p. 381) na interacção com o bebé, e forma uma vinculação insegura-resistente com a mãe.

Mais recentemente ainda, algumas investigações empíricas têm vindo a verificar que a representação que a mãe tem, enquanto adulta, da sua vinculação com os pais no passado, interfere na sua relação com o bebé, e pode determinar a qualidade da vinculação que o bebé mantém com a mãe durante a infância (e.g., Carlson, Ward, & Kessler, 1994; Lutz & Hock, 1995; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985), abrindo portas para o estudo da transmissão intergeracional dos padrões de vinculação e para a intervenção que visa quebrar o ciclo dessa mesma transmissão (e.g., Van Ijzendoorn, 1992; Van Ijzendoorn, Juffer, & Duyvesteyn, 1995).

Por outro lado, o padrão de vinculação que a criança evidencia no final do primeiro ano de vida, mostra relações significativas com uma série de dimensões avaliadas nessa idade, como veremos no estudo seguinte, assim como com outras dimensões avaliadas mais tarde, na idade pré-escolar e escolar, como veremos nos estudos subsequentes.

Assim, enquanto que os bebés que têm uma vinculação insegura-resistente à mãe, tal como pode ser avaliada aos 12 meses de idade na Situação Estranha de Ainsworth, exibem, nessa mesma idade, níveis de desenvolvimento inferiores aos níveis de desenvolvimento considerados normais para a idade, os bebés que mostram um padrão seguro exibem níveis de desenvolvimento dentro dos parâmetros normais (Bridges et al., 1988).

No seguimento de um estudo, publicado em 1990, que reportamos mais detalhadamente no capítulo seguinte, sobre 62 famílias de classe social baixa, Lyons-Ruth, Alpern, e Repacholi (1993) verificaram que o padrão de vinculação do bebé, avaliado na Situação Estranha de Ainsworth na idade de 18 meses do bebé, se relacionava com a presença ou não de problemas comportamentais na criança em idade pré-escolar, tal como foram identificados pelos professores aos 5 anos de idade

da criança. Nomeadamente, este estudo mostra que os níveis de comportamento agressivo e de hostilidade da criança para com os pares na sala de aula aos 5 anos de idade podem ser facilmente previstos a partir da qualidade da vinculação estabelecida pelo bebé com a mãe, anos antes, dado que 71% das crianças que exibiam um comportamento hostil aos 5 anos de idade tinham ao ano de idade um padrão de vinculação inseguro do tipo desorganizado.

Assim, a partir das observações realizadas em diversos estudos empíricos, sabemos ainda que as crianças que são classificadas como seguramente vinculadas à mãe ao ano de idade, são posteriormente observadas com um desenvolvimento social e cognitivo mais adequado na idade pré-escolar (e.g., Arend, Gove, & Sroufe, 1979; Bridges et al., 1988; Clarke-Stewart & Hevey, 1981; Londerville & Main, 1981; Lyons-Ruth et al., 1993; Matas, Arend, & Sroufe, 1978; Pastor, 1981; Rosen, Pott, & Beatty, 1995).

Também mais recentemente, tem-se vindo a verificar a importância da qualidade da interacção mãe-bebé sobre o desenvolvimento das competências sociais da criança. As mães que, na interacção com o bebé, providenciam um maior número de respostas contingentes às iniciativas do bebé, têm bebés que se mostram muito mais competentes do ponto de vista social (Crockenberg & Smith, 1983; Flanagan, Coppa, Riggs, & Alario, 1994; Linn & Horowitz, 1983). Com efeito, os bebés das mães que oferecem mais respostas contingentes às suas iniciativas interactivas foram observados a responder mais activamente à estimulação social, quando foram sujeitos à escala NBAS de Brazelton (Linn & Horowitz, 1983), assim como foram observados a gritar e a zangar-se menos na interacção com a mãe durante o primeiro ano de vida (Crockenberg & Smith, 1983).

Flanagan, Coppa, Riggs, e Alario (1994), por exemplo, num estudo conduzido sobre uma amostra composta por 13 díades de mães adolescentes (com idades entre os 14 e os 16 anos) e seus respectivos bebés, avaliaram a qualidade da interacção mãe-bebé, numa situação de interacção livre, na idade de 9-12 meses do bebé. Verificaram que a qualidade da conduta interactiva da mãe se relaciona de um modo muito significativo com a conduta comunicativa pré-verbal do bebé, avaliada com base num conjunto de escalas elaboradas para esse efeito. Estes autores encontraram, em particular, que as mães que são observadas a apresentar uma conduta interactiva menos adequada têm bebés que usam mais pedidos e mais protestos, enquanto que os bebés das mães que têm uma conduta interactiva mais adequada exibem uma maior variedade de comportamentos comunicativos na interacção social com o observador.

No que se refere ao desenvolvimento cognitivo da criança, a importância de aspectos relativos à qualidade da interacção mãe-bebé durante os primeiros meses de vida do bebé — tais como, o contacto físico, a estimulação verbal, o envolvimento emocional ou a ausência de punição e de negativismo por parte da mãe — nos níveis posteriores de desenvolvimento intelectual e de desenvolvimento da linguagem da criança tem sido bastante documentada (e.g., Baker & Nelson, 1984; Beckwith & Cohen, 1989; Bloom, Russell, & Wassenberg, 1987; Bornstein & Tamis-LeMonda, 1994; Bradley, 1989; Bradley & Caldwell, 1984; Goldberg et al., 1989; Puckering, Pickles, Skuses, Heptinstall, Dowdney, & Zur-Szpiro, 1995; Ramey, Farran, & Campbell, 1979; Schaefer, 1989).

Assim, a importância da sensibilidade e resposta adequada da mãe aos sinais do bebé não se verifica apenas no desenvolvimento social e emocional da criança, mas verifica-se também ao nível, quer do seu desenvolvimento cognitivo (tal como é particularmente assinalado nos estudos de Beckwith & Cohen, 1989; Bornstein & Tamis-LeMonda, 1994; Bradley, 1989; Goldberg et al., 1989), quer do seu desenvolvimento da linguagem (tal como é assinalado, por exemplo, no estudo de Bloom, Russell, & Wassenberg, 1987).

Como veremos já de seguida, alguns autores salientam de forma particular a importância da resposta contingente materna (e.g., Bornstein & Tamis-LeMonda, 1994), enquanto que outros autores salientam outras dimensões, tal como a grandeza e a adequação desenvolvimental da estimulação proposta na interacção com o bebé (e.g., Baker & Nelson, 1984; Bradley & Caldwell, 1984; Puckering et al., 1995).

Num estudo que desenvolveu sobre uma extensa amostra de mães e bebés (N= 321 díades mãe-bebé), Schaefer (1989) encontrou que certas dimensões da interacção que se estabelece entre a mãe e o bebé durante o primeiro ano de vida favorecem o desenvolvimento do bebé, tal como pode ser avaliado posteriormente. Com efeito, neste estudo, o autor verificou uma associação significativa e positiva entre a qualidade da interacção proporcionada ao bebé pela mãe — nomeadamente, a presença de interacções positivas observadas em casa nas idades de 4 e 12 meses do bebé durante as situações específicas de cuidado do bebé, como seja o dar banho, o vestir ou o brincar — e aspectos importantes do desenvolvimento da criança avaliados mais tarde, tal como a competência académica da criança em idade escolar.

No entanto, mais recentemente ainda, Bornstein e Tamis-LeMonda (1994) encontraram que a qualidade do comportamento interactivo da mãe com o bebé tinha uma contribuição apenas moderada sobre a maturidade do bebé, designadamente sobre três importantes competências do bebé que se sabe estarem

relacionadas com a inteligência da criança avaliada em idade escolar — a habituação, a resposta à novidade e a coordenação entre modalidades sensoriais.

Estes investigadores observaram a qualidade da interacção mãe-bebé, em casa e no laboratório, pelo que 30 díades de mães primíparas e seus respectivos bebés foram repetidas vezes observadas na idade de 2 e de 5 meses do bebé. Na idade de 5 meses do bebé, avaliaram ainda 3 competências do bebé — habituação, resposta à novidade e coordenação entre modalidades sensoriais. Verificaram que a capacidade de resposta contingente da mãe, avaliada na interacção mãe-bebé aos 5 meses de idade do bebé, se relacionava significativa e positivamente com as referidas competências do bebé, avaliadas na mesma idade (i.e., na idade de 5 meses do bebé). Verificaram igualmente que a competência perceptivo-cognitiva do bebé, avaliada aos 2 meses de idade, contribuía significativamente para o desenvolvimento das referidas competências avaliadas aos 5 meses de idade do bebé.

Ainda muito recentemente, Puckering, Pickles, Skuses, Heptinstall, Dowdney, e Zur-Szpiro (1995) seguiram prospectivamente uma amostra de 23 bebés com baixa progressão de peso (inferior ao percentil 10), identificados antes dos 6 meses de idade (bebés em que o pobre crescimento físico não estava a ser afectado por prematuridade, defeitos congénitos ou qualquer outro factor orgânico detectável) e os seus respectivos controles, com crescimento físico dentro dos parâmetros normais.

Ao longo de 4 anos de estudo, estes autores observaram, por um período de 4 horas, a qualidade da interacção mãe-bebé, verbal e não-verbal, observada em casa nas situações de interacção livre. Avaliaram também o desenvolvimento intelectual das crianças da amostra, através das escalas de McCarthy (*McCarthy Scales of Children's Abilities*, 1972), assim como a existência ou não de problemas de comportamento, tal como pode ser detectada através de um questionário administrado às mães (*"Behaviour Screening Questionnaire"*, BSQ, de Richman e Graham, 1971).

No grupo dos bebés que não tinham uma progressão normal de peso, estes investigadores observaram interacções inadequadas, quer durante quer fora das situações alimentares. Com efeito, constataram que grande parte do tempo das mães com o bebé era gasto em acções de controle sobre o comportamento do bebé e que as mães apresentavam um maior número de respostas negativas aos pedidos do bebé do que as mães dos bebés que tinham uma progressão do peso dentro dos parâmetros normais.

Ao negativismo das mães, observado durante a interacção mãe-bebé, associava-se a presença posterior de problemas de comportamento na criança. À pouca estimulação materna, observada durante a interacção mãe-bebé, associava-se, por sua vez, o fraco desenvolvimento cognitivo da criança.

Contudo, não é tanto a quantidade de estimulação que é determinante para o desenvolvimento da criança, mas mais a sua adequação em termos do nível de desenvolvimento em que a criança se encontra (Baker & Nelson, 1984; Bradley & Caldwell, 1984). A apresentação por parte da mãe de um discurso verbal que se constitua das competências que a criança está quase a revelar, por exemplo, promove o desenvolvimento da linguagem (Baker & Nelson, 1984).

Foram sucessivamente apresentadas, ao longo desta secção, as evidências empíricas de que dispomos e que nos permitem concluir que é determinante para o futuro desenvolvimento e bem-estar da criança a qualidade dos cuidados de que é alvo o bebé durante os primeiros meses de vida, tal como esses cuidados podem ser avaliados através da observação da interacção mãe-bebé.

À medida que assistimos ao aumento do números de factores de risco, observamos a diminuição da qualidade da interacção mãe-bebé durante os primeiros meses de vida da criança (Fish et al., 1993); consecutivamente, diminuem também as prestações dos bebés nas provas intelectuais e sociais administradas (e.g., Sameroff, Seifer, Barocas, Zax. & Greenspan, 1987). Neste contexto, os estudos que tomarem em consideração variáveis relativas à mãe e ao bebé verificaram que as primeiras tinham um peso maior na determinação da qualidade da interacção mãe-bebé e no nível de desenvolvimento posterior da criança do que as segundas (e.g., Goldberg,1994; Fish et al., 1993).

7. Interacção Mãe-Bebé: Interesse do estudo

O interesse no estudo da interacção mãe-bebé pode justificar-se a diversos níveis, sendo particularmente relevante pelos dois motivos seguintes. Primeiro, o facto de a qualidade da interacção mãe-bebé ser um factor muito determinante para o desenvolvimento e bem-estar da criança, como assinalamos no ponto anterior. Segundo, o facto de a observação e avaliação da interacção mãe-bebé servir para identificação e intervenção precoce junto das díades em risco. Assim sendo, o estudo da interacção mãe-bebé facilita em larga medida o estabelecimento de grelhas para o diagnóstico de situações em que o fracasso interactivo se associa a circunstâncias de alto-risco desenvolvimental, assim como facilita o estabelecimento de medidas preventivas e remediativas que podem operar no seio da interacção mãe-bebé.

Determinadas dificuldades interactivas têm sido associadas a problemas comportamentais do bebé, o que parece indicar que certo tipo de conduta interactiva materna condiciona o desenvolvimento de problemas comportamentais por parte do bebé, constituindo-se em circunstâncias de risco para o mesmo (Allen & Wasserman, 1985; Bohlin & Hagekull, 1987; Chatoor, Egan, Getson, & Menvielle, 1988; Ferreira, 1977).

Assim, nas díades em que o bebé desenvolve problemas alimentares, observam-se situações interactivas de elevada conflitualidade e um menor número de respostas interactivas recíprocas na díade. As mães, por exemplo, evidenciam menos respostas contingentes ao bebé, assim como uma conduta intrusiva e o bebé sinaliza mal a sua intenção interactiva à mãe (e.g., Brown & Saqui, 1988; Chatoor, Egan, Getson, & Menvielle, 1988; Ferreira, 1977).

Nas díades em que as mães infringem maus-tratos ao bebé, observa-se que as mães têm dificuldade em identificar os estados emocionais do bebé e tendem a ignorar as necessidades do bebé (Allen & Wasserman, 1985; Kropp & Haynes, 1987).

Deste modo, nas disposições interactivas precoces que se observam na díade mãe-bebé, encontram-se os indicadores precoces do risco — indicadores facilmente identificáveis e que dão pistas importantes a respeito das necessidades terapêuticas da mãe e do bebé.

Para além disso, defendemos uma abordagem desenvolvimental da intervenção junto da interacção mãe-bebé, a qual possibilita não só uma melhor compreensão do que de facto acontece entre a mãe e o bebé, facilitando o reconhecimento e a avaliação das situações de fracasso interactivo, como ainda possibilita a intervenção junto das díades mãe-bebé.

Cabe muitas vezes aos técnicos de saúde mental a responsabilidade de dar conta aos pais das competências interactivas do bebé, dado que, como se sabe hoje, os interlocutores que se apercebem e valorizam as inúmeras competências do bebé, estabelecem com eles diálogos mais ricos, favorecendo deste modo o envolvimento afectivo mútuo (Brazelton & Cramer, 1993) e, consequentemente, o desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo da criança. O efeito benéfico da demonstração das competências do bebé à mãe sobre a qualidade da interacção mãe-bebé tem sido observado junto das díades mãe-bebé (e.g., Field et al., 1996; Missio et al., 1995).

Numa altura em que a aproximação ao bebé pode ser violentamente impedida por interferências de ordem cognitivo-emocional, a confirmação aos pais da normalidade do bebé, principalmente nos momentos que se seguem ao nascimento em que a ansiedade destes é maior, pode ser extremamente securizante, e melhorar

significativamente a qualidade da interacção, sobretudo nos casos em que os bebés apresentam pequenas dificuldades à nascença.

Noutras circunstâncias — por exemplo, quando o bebé não reage a certos estímulos por incapacidade sensorial ou quando possui uma estreita margem para os absorver, que é o que acontece associado à prematuridade — pode ainda ser muito difícil para os pais oferecer as respostas adequadas, pelo que não se estabelece, em função das dificuldades ligadas ao comportamento do bebé, uma interacção compensadora. Nestas circunstâncias — em que a conduta da criança é invulgar ou anormal — as expectativas dos pais podem ser goradas, o que compromete o vínculo afectivo e o relacionamento futuro dos pais com a criança.

No entanto, os pais podem ser ajudados a encontrar as respostas mais adequadas às dificuldades interactivas específicas do bebé e a estabelecer comportamentos que possibilitam uma interacção mais harmoniosa entre ambos.

Convém, por último, assinalar que quando se observa a interacção mãe-bebé sucessivamente durante todo o primeiro ano de vida do bebé verifica-se que existe uma certa estabilidade na maior parte, embora não em todas, das características qualitativas da interacção mãe-bebé — como seja, na prontidão da resposta da mãe às vocalizações do bebé — o que parece indicar que as disposições interactivas precoces determinam o modo como se estabelece o relacionamento na díade mãe-bebé (Belsky, Taylor, & Rovine, 1984; Dunn, 1975; Petit & Bates, 1984; Russell, 1983). Assim tais circunstâncias interactivas não são esporádicas, mas antes se mantém com o tempo, donde se compreende o valor determinante que têm para o futuro do bebé.

Esforçamo-nos por demonstrar, ao longo deste capítulo, a importância que a qualidade da interacção mãe-bebé tem para a experiência do indivíduo e, assim sendo, o seu valor na determinação do desenvolvimento da criança.

Tivemos também por objectivo mostrar que a interacção mãe-bebé sofre influências de circunstâncias diversas que interferem na qualidade da conduta interactiva da mãe e do bebé que se observa na díade.

Sendo, como vimos, permeável a numerosas influências, a interacção mãe-bebé será certamente permeável à depressão pós-parto, como analisamos detalhadamente no próximo capítulo.

CAPÍTULO IV

DEPRESSÃO PÓS-PARTO, INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Este capítulo trata das repercussões do estado de saúde mental da mãe sobre a qualidade da interacção mãe-bebé e sobre o bem-estar e desenvolvimento do bebé, durante os primeiros anos de vida.

Aborda as implicações que se verificam em consequência da presença de uma perturbação psicopatológica da mãe durante o puerpério, sobre em aspectos particulares. Num primeiro ponto, serão apresentados os efeitos adversos sobre a conduta da mãe e do bebé durante a interacção mãe-bebé e, num segundo ponto, serão apresentados os efeitos adversos sobre o comportamento adaptado, a qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento psicomotor e cognitivo da criança.

IV. DEPRESSÃO PÓS-PARTO, INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

1. Saúde Mental da Mãe e Interacção Mãe-Bebé

Para finalizar o enquadramento teórico-experimental do estudo empírico que reportamos na parte II do presente trabalho, iremos analisar, ao longo deste ponto, as relações susceptíveis de se estabelecerem entre a depressão pós-parto da mãe e a interacção que acontece entre a mãe e o bebé, para, no ponto seguinte, desenvolver a questão das repercussões da depressão pós-parto da mãe no desenvolvimento e bem-estar da criança.

Nesse sentido, serão apresentados e discutidos, em primeiro lugar e sucessivamente, os estudos que analisam as circunstâncias e efeitos associados ao distúrbio psicopatológico da mãe, durante o puerpério, na qualidade da interacção mãe-bebé. Esta primeira questão, que iremos agora tratar, diz respeito às consequências da depressão pós-parto da mãe e refere-se mais propriamente à questão de saber se a mãe altera o seu modo de estar com o bebé, pelo facto de se encontrar deprimida após o parto. E, caso isso aconteça, à questão de saber em que é que os seus sentimentos e comportamentos em relação ao bebé são significativamente diferentes daqueles que são característicos das mães em geral.

Como assinalámos no terceiro capítulo, quando interagem com os bebés, as mães alteram de forma involuntária e pouco consciente o seu repertório interactivo habitual, adequando-o às características e necessidades específicas do seu par. Os bebés, por sua vez, e dado que possuem, como também assinalámos, um vasto reportório de condutas interactivas, ajudam as mães na tarefa de estabelecer a interacção.

São inúmeras as coisas que as mães fazem para chamar sobre si a atenção do bebé e para poder comunicar melhor com ele — elas, por exemplo, seguem

permanentemente os bebés com o olhar, exageram as suas expressões faciais e introduzem grandes modulações no seu tom de voz.

A extrema atenção ao bebé e capacidade empática permite que a mãe, a todo o momento, adeque a sua conduta ao estado de momento e às necessidades do bebé, a fim de levar a bom termo a interacção com ele — isto é, a fim de possibilitar uma interacção pautada pela reciprocidade de comportamentos e pela partilha de emocionalidade positiva. Como assinalámos também, o estado em que se encontra após o parto — um estado de hipersensibilidade ao bebé — facilita que a mãe se identifique com as necessidades do bebé e lhes responda de forma pronta e adequada.

Mas será que isso acontece quando a mãe se encontra deprimida após o parto?

Desde os anos 70, o estudo da interacção mãe-bebé tem recebido a atenção muito particular dos autores da psicologia do desenvolvimento e não só, sendo considerada uma experiência determinante no desenvolvimento do indivíduo, crucial para o seu bem-estar físico e psicológico (e.g., Figueiredo, 1996). Nesse sentido, muitos investigadores têm procurado avaliar a qualidade da relação mãe-bebé, a partir das sequências interactivas que se estabelecem entre a mãe e o bebé e aceitando a participação de ambos no estabelecimento de tais sequências (e.g., Bell, 1968; Rosenblum, 1974).

Especificamente, os estudiosos desta matéria têm-se debruçado de modo muito particular sobre a variabilidade das características da interacção mãe-bebé que de algum modo a investigação tem mostrado serem cruciais em termos do desenvolvimento da criança.

Como vimos também no capítulo anterior, inúmeras características da mãe influem no modo como ela interage com o bebé, tanto quanto inúmeras características do bebé influem no modo como ele interage com a mãe, pelo que os investigadores têm procurado encontrar quais as características da mãe e quais as características do bebé que interferem e determinam a qualidade dos aspectos da interacção mãe-bebé que têm implicações para o desenvolvimento subsequente do indivíduo.

A importância que adquire o estudo da interacção mãe-bebé deve-se sobretudo à circunstância de que — *"as perturbações da interacção mãe-bebé representam, na maior parte dos casos, o único e primeiro indício das dificuldades e perturbações em via de se constituirem no bebé"* (Mazet, 1993, p. 127) — pelo que tal

estudo possibilita o detectar de situações de risco necessário ao estabelecimento de medidas preventivas.

Por outro lado, é durante as interacções precoces que os distúrbios psicopatológicos se transmitem de pais para filhos (Cohn, Matias, Tronick, Connell, & Lyons-Ruth, 1986), sendo que as mães que desenvolvem depressão a seguir ao parto estabelecem relações com os bebés que, como veremos seguidamente, propiciam ao desenvolvimento de depressão por parte da criança, tanto quanto as mães que experenciam desordens de alimentação durante o puerpério fazem com que a situação de alimentação do bebé seja particularmente tensa e conflituosa, propiciando ao desenvolvimento de desordens de alimentação (e.g, Stein, Wolley, Cooper, & Fairburn, 1994), e assim consecutivamente.

O estudo da interacção mãe-bebé permite assim a compreensão dos mecanismos através dos quais a transmissão dos distúrbios psicopatológicos se estabelece, sendo também necessário ao delineamento de medidas terapêuticas que visam a reconstituição de interacções adequadas e, através desta mesma, a prevenção do risco na criança. Estudos muito recentes evidenciam o efeito positivo sobre o comportamento e o desenvolvimento do bebé de intervenções que visam favorecer a interacção mãe-bebé, como por exemplo no caso de mães com depressão pós-parto (e.g., Field, Grizzle, Scafidi, Abrams, & Richardson, 1996).

Os efeitos adversos das circunstâncias psicopatológicas da mãe sobre o desenvolvimento e bem-estar da criança, por sua vez, são largamente mediados pela qualidade da interacção que se estabelece na díade. A variabilidade que se encontra nos efeitos sobre o desenvolvimento do bebé, nomeadamente nos efeitos da depressão pós-parto materna, depende do facto de a mãe estar ou não capaz de manter um acção adequada com a criança (Campbell, Cohn, & Meyers, 1995), o que mais uma vez confere a importância de se ter em conta as características precoces da interacção mãe-bebé.

Mais, a importância de se ter em conta a qualidade da conduta interactiva da mãe nos contactos com o bebé deve-se ao facto de, na nossa cultura, a mãe ser o principal prestador dos cuidados e de a *maternage* ser essencialmente um processo singular (e.g., Lovenstein & Field, 1992; Murray, 1995). Assim como se deve ao facto de a interacção mãe-bebé ocorrer no momento de formação dos processos de vinculação da criança, contribuindo significativamente para a qualidade dos mesmos (e.g., Cramer, 1993), os quais, por sua vez, interferem largamente em inúmeros aspectos do desenvolvimento posterior da criança.

Ao longo desta secção apresentaremos os principais estudos empíricos levados a cabo no sentido de avaliar e caracterizar as condutas da mãe e do bebé na

interacção entre ambos, nos casos em que a mãe apresenta um distúrbio psicopatológico durante o puerpério.

Começaremos pelos estudos que observaram as condutas da mãe esquizofrénica ou com outro distúrbio psicótico e do bebé, para nos determos mais prolongadamente nos estudos que incidiram sobre as condutas da mãe deprimida e do bebé na interacção mãe-bebé durante o pós-parto.

1.1. Esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico da mãe e interacção mãe-bebé

Alguns estudos empíricos procuraram caracterizar a interacção mãe-bebé no caso da mãe ter uma esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico e são esses os estudos que reportamos seguidamente.

Sobel (1961), por exemplo, num estudo já clássico, salientou que a conduta da mãe esquizofrénica na interacção com o bebé se distinguia da conduta habitual das mães pela presença de poucas expressões de afecto positivo e pela fraca ocorrência de actividades de brincadeira e de jogo dirigidas ao bebé. Cohler, Weiss, e Grunebaum (1970), por sua vez, retiveram sobretudo o facto de, na interacção com o bebé, a mãe esquizofrénica não lhe atribuir tanta intencionalidade, não dotando o bebé de vontade própria, o que testemunharia, por parte da mãe, dificuldades ao nível da sua individuação psíquica.

Subsequentemente, Schachter, Elmer, Ragins, Wimberly, e Lachin (1977) realizaram um estudo numa situação laboratorial, verificando que, contrariamente ao que pressupunham, as mães esquizofrénicas eram mais afectuosas e respondentes para com os bebés, do que as mães de um grupo de controlo sem perturbação psiquiátrica assinalável.

No estudo longitudinal de Rochester, levado a cabo nos Estados Unidos por Sameroff, Seifer, e Zax (1982), estes autores encontraram diferenças significativas na interacção da mãe psicótica com o bebé, avaliada ao 4º mês do pós-parto, nomeadamente um menor número de actividades de jogo espontâneo e menos iniciativas de contacto corporal.

Observando a interacção mãe-bebé ao longo do primeiro ano do pós-parto, também uma equipa de investigadores suecos evidenciou que a mãe psicótica,

sobretudo quando observada na situação de interacção livre, tinha uma acção interactiva menos adequada para com o bebé, dado que, nomeadamente, lhe providenciava poucas oportunidades de contacto social.

Estes autores observaram que, ao terceiro dia do pós-parto, as mães do grupo experimental, constituído por mães com psicose não-orgânica, estabeleciam um clima emocional negativo com os seus bebés, providenciavam menos contacto interpessoal ao bebé, evidenciavam uma conduta pouco harmoniosa, assim como elevada tensão e incerteza na interacção com o bebé (Persson-Blennow, Naslund, McNeil, Kaij, & Malmquist-Larsson, 1984). Observaram igualmente um número significativamente menor de contactos visuais recíprocos, entre a mãe e o bebé (Persson-Blennow et al., 1984).

Aos 3 meses e meio e aos 6 meses do pós-parto, a mesma equipa de investigadores observou que, na interacção com o bebé, as mães do grupo experimental exibiam menos iniciativas de contacto interpessoal, bem como pouca sensibilidade para com as necessidades do bebé; observou ainda que os bebés das mães do grupo experimental se mostravam, tal como as suas mães, pouco interessados em propor ou manter o contacto interpessoal com o seu parceiro interactivo (Mc Neil, Naslund, Persson-Blennow, & Kaij, 1985).

Algumas destas mães foram novamente observadas no 12º mês do pós-parto e os autores deste estudo prospectivo puderam verificar que, muito embora elas fossem já capazes de providenciar mais contacto físico enquanto davam de comer ao bebé, ainda mantinham com ele uma acção interactiva pouco adequada. Esta inadequação verificava-se particularmente nos aspectos seguintes: elevada tensão, pouca sensibilidade para com as necessidades do bebé e grande discrepância entre a entoação e o conteúdo do discurso verbal dirigido ao bebé (Persson-Blennow, Naslund, McNeil, & Kaij, 1986).

Mais recentemente, Lamour e Barroco (1990) observaram, na interacção da mãe esquizofrénica com o bebé, um *holding* caótico — com brusca alternância entre momentos de fusão intensa e momentos em que o bebé é colocado à distância — consequente à ambivalência afectiva da mãe para com o bebé.

Também para David, Castex, Léger, e Merlet (1981) a relação da mãe psicótica com o bebé poderia ser caracterizada pela presença simultânea de um intenso desejo de fusão e de um exagerado receio de aniquilamento, o que conduziria a comportamentos desadaptados, em que a realidade do bebé não é considerada.

Estes autores relatam as observações encetadas junto de 3 casos clínicos, aos 2 meses de idade do bebé, comentando que a mãe com um distúrbio psicótico se relaciona de um modo brusco com o bebé, mantendo-o num estado inanimado, como

se ele fosse um objecto que ela manipula ao inteiro sabor do seu desejo. Relatam ainda que o bebé, por sua vez, evidencia oscilações súbitas entre estados de grande inquietação — caracterizados por uma vigília activa da mãe — e estados de alheamento — caracterizados pelo evitamento do contacto ocular com a mãe. Verificaram que os momentos de contacto ocular mútuo são praticamente inexistentes, dado que o bebé só olha para a mãe quando ela não olha para ele.

Lalive e Manzano (1986) realizaram diversas observações clínicas que confirmam os dados que já mencionamos, frisando em particular a falta de modelos maternais adequados que leva as mães esquizofrénicas a não serem capazes de definir barreiras entre elas e o bebé e a terem dificuldades em diferenciar e limitar as suas próprias necessidades das do bebé.

Fivaz, Cornut-Zimmer, e Martin (1986), por sua vez, observaram a partilha de atenção mútua na situação de interacção face-a-face, entre 8 mães com psicose puerperal, referidas a uma instituição psiquiátrica de internamento na Suiça, e os seus bebés com 3 a 14 semanas de vida. Verificaram o estabelecimento de uma modalidade interactiva que designaram de paradoxal, dado que observaram a ocorrência de permanentes confusões entre as intenções das propostas interactivas veiculadas pela mãe através dos diferentes canais de comunicação analisados — ao nível da postura, do posicionamento face-a-face e do diálogo.

Isto é, estes autores encontraram que, na interacção com o bebé, a proposta interactiva da mãe veiculada a um dos níveis era impossibilitada pela interposição de uma mensagem contraditória veiculada a outro nível. O resultado traduz-se na impossibilidade interactiva na díade, nomeadamente na impossibilidade de contacto ocular mútuo — o qual não se verificou e era activamente evitado pelo bebé, através da aversão da cabeça e do olhar. Observaram ainda que esta modalidade interactiva se associava a um *holding* inadequado que impossibilitava também o estabelecimento de diálogos na díade mãe-bebé.

Davenport, Zahn-Waxler, Adland, e Mayfield (1984) avaliaram as atitudes e condutas maternas, através da entrevista às práticas educativas que Block apresentou em 1965 *(Child Rearing Pratiques Block Q Sorte)*. Observaram, em casa, a interacção mãe-bebé numa amostra composta por 7 díades mãe-bebé em que as mães sofriam de doença maníaco depressiva — estas mães, avaliadas através da entrevista psiquiátrica SADS, preenchiam os critérios DM-III para a desordem depressiva *major* de tipo bipolar — e 13 díades mãe-bebé em que as mães não sofriam de nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável.

Neste estudo, as mães com doença maníaco-depressiva reportaram sobreprotecção, excessiva preocupação com a realização do bebé, mas pareciam menos atentas às necessidades dos seus filhos e transmitiam um elevado número de sentimentos negativos ao bebé. Também na interacção com o bebé, as mães com doença maníaco-depressiva mostravam-se menos activas, mais desorganizadas, mais inconsistentes, menos alegres, mais tensas e menos efectivas do que as mães sem perturbação psiquiátrica assinalável.

Como comentam Melhuish, Gambles, e Kumar (1988) a aparente contradição entre os resultados dos estudos que agora apresentamos pode ficar a dever-se ao facto do melhor desempenho da mãe esquizofrénica, tal como é encontrado na investigação de Schachter, Elmer, Ragins, e Wimberly (1977), reflectir tão somente uma maior reactividade da puérpera psicótica à situação de observação e a sua capacidade para dar resposta ao que é exigido numa sessão de observação breve em laboratório. Em função disso se explica que os resultados obtidos por Schachter, Elmer, Ragins, e Wimberly (1977) não sejam confirmados nem pelas observações naturalistas — nomeadamente, por aquelas que foram realizadas em casa e por mais longos períodos de tempo, tal como acontece, por exemplo, no trabalho da equipa de investigadores suecos — nem pelas observações realizadas em contextos de intervenção clínica.

Tendo em conta os estudos empíricos até agora apresentados, a forma como a mãe psicótica interage com o bebé pode ser caracterizada pela presença de uma fraca expressão emocional e pela ocorrência de poucas iniciativas de contacto pessoal dirigidas ao bebé (McNeil et al., 1985; Persson-Blennow et al., 1984; Sameroff et al., 1982; Sobel, 1961). Para além disso, os dados empíricos indicam que a mãe psicótica tem muita dificuldade em considerar o bebé na sua realidade própria e em considerar as intenções deste de uma forma independente das suas (Bursztejn & Sitbon, 1991; Cohler et al., 1970; David et al., 1981; Lalive & Manzano, 1986; Persson-Blennow et al., 1986).

Sujeitando o bebé à própria ambivalência afectiva (Lamour & Barroco, 1990), a mãe alterna entre momentos em que procura intensivamente o contacto com o bebé e momentos em que fica alheada do bebé (David et al., 1981; Lamour & Barroco, 1990).

Em certos casos, pode mesmo acontecer a estimulação paradoxal, dado que a mãe fornece ao bebé, em simultâneo, mensagens duplas, com um valor comunicativo contraditório (Fivaz et al., 1986; Persson-Blennow et al., 1986).

Expressando-se mal do ponto de vista emocional e em contradição com o conteúdo verbal do seu discurso, por exemplo, a mãe esquizofrénica ou com outro

distúrbio psicótico oferece uma conduta que é extremamente desorganizante para o bebé que interage com ela, tal como se conclui pela observação do frequente evitamento activo do contacto ocular que o bebé opera na interacção com a mãe (David et al., 1981; Fivaz et al., 1986; McNeil et al., 1985; Persson-Blennow et al., 1986).

Assim, não se estabelece entre a mãe e o bebé uma verdadeira interacção, caracterizada pela reciprocidade de comportamentos e pelo envolvimento emocional mútuo. O bebé experiencia, pelo contrário, a imprevisibilidade interactiva, pelo que dificilmente adquire a noção da constância das coisas e dos acontecimentos que se sucedem à sua conduta no meio. Dificilmente também o bebé construirá uma noção consistente do próprio, a qual primeiramente se define na constância que o indivíduo verifica na interacção com o outro. A constituição de um núcleo significativo ou *self* está aqui significativamente comprometida.

1.2. Depressão pós-parto da mãe e interacção mãe-bebé

Não obstante o comportamento maternal das mães esquizofrénicas desde há muito tenha sido, tal como assinalam Weissman, Paykel, e Klerman (1972), o alvo privilegiado dos investigadores interessados no estudo dos efeitos do estado de saúde mental da mãe na qualidade da interacção mãe-bebé, mais recentemente, nas décadas de 80 e 90, o comportamento maternal das mães deprimidas tem vindo a suscitar o vivo interesse dos mesmos. Com efeito, se, nos anos 70, existiam ainda poucas investigações que se referissem à observação da interacção mãe-bebé no caso da mãe deprimida, assistimos, nos últimos anos, a um grande recrudescimento desta área de estudo com a publicação de numerosas investigações que passamos a descrever e comentar.

Quando, já em 1970, avaliaram um grupo de mães deprimidas internadas durante os primeiros meses do pós-parto, Cohler, Weiss, e Grunebaum (1970) foram talvez os primeiros investigadores a verificar que as suas atitudes em relação ao bebé — dado que não atribuíam tanta importância à necessidade de estabelecer uma relação baseada na reciprocidade e tendiam a negar tudo o que pudesse dizer respeito aos cuidados a prestar à criança — eram substancialmente diferentes das atitudes tomadas pelas mães que não apresentavam qualquer distúrbio psicopatológico e que encontraram junto de um grupo de mães que nunca tinham sido sujeito a internamento psiquiátrico.

Weissman, Paykel, e Klerman (1972), por sua vez, estudaram um conjunto de 40 mães gravemente deprimidas, utentes de uma instituição psiquiátrica onde recebiam ajuda psicoterapêutica. As suas respostas a um questionário de ajustamento social no desempenho do papel maternal foram comparadas com as respostas de um grupo de mães sem perturbação psiquiátrica assinalável, emparelhadas com as primeiras no respeitante a um conjunto de variáveis sócio-demográficas significativas.

A análise das respostas dadas pelas mães permitiu verificar que a relação da mãe deprimida com a criança podia ser caracterizada pelo fraco envolvimento emocional, pela elevada culpabilidade, hostilidade, indiferença e pelo ressentimento, bem como pela comunicação de afectos negativos. Estes autores concluiram que a perturbação essencial no comportamento maternal da mãe deprimida variava consoante a idade da criança, sendo que, no caso da depressão pós-parto, o mais característico era *"a incapacidade da mãe para tomar conta do bebé e a sua excessiva preocupação ou mesmo hostilidade dirigida sobre ele"* (Weissman et al., 1972, p. 98). Por outro lado, as mulheres que padeciam de depressão pós-parto sentiam que não estavam em condições de desempenhar o seu papel materno, assim como estavam muito ansiosas a respeito de poderem causar danos ao bebé e acerca dos cuidados que tinham de lhe prestar.

Também Uddenberg e Eglesson (1978) assinalaram importantes dificuldades de adaptação ao papel maternal, numa amostra de 16 mães que apresentavam problemas emocionais sérios durante o puerpério, nomeadamente a presença de atitudes de rejeição para com a criança.

De igual modo, Kumar e Robson (1984) identificaram que as mães com depressão pós-parto tendem a descrever os seus bebés em termos mais críticos e mais negativos do que o fazem as mães que não se apresentam deprimidas durante o puerpério.

Tendo por base o estudo de casos, Anthony (1983) assinalou que a mãe que está deprimida após o parto tem uma conduta menos adequada para com o bebé, em dimensões importantes do comportamento materno — particularmente no estabelecimento de uma relação baseada na mutualidade, na coordenação das actividades próprias com as da criança, na imitação do comportamento do bebé e na expressão de afecto positivo.

Na sequência destas e de outras evidências empíricas, a partir de meados dos anos 80, alguns investigadores começaram a estudar a interacção mãe-bebé no caso da mãe estar deprimida após o parto, junto de amostras com um maior número de mães e recorrendo a uma metodologia de observação mais detalhada e rigorosa.

Assim, Sameroff, Seifer, e Zax (1982), num estudo a que já nos referimos no ponto anterior, compararam a conduta interactiva numa amostra de 59 mães com depressão pós-parto — que preenchiam os critérios DSM-II para a depressão, após administração da entrevista psiquiátrica (*Current and Past Psychopathology Scales)* de Spitzer e Endicott (1969) — com a conduta interactiva de outras tantas mães sem perturbação psiquiátrica pós-parto assinalável — avaliadas com recurso aos mesmos instrumentos e critérios.

Estes autores verificaram que, numa situação de interacção livre que teve lugar em casa por um período de 2 horas, em dois dias consecutivos, na idade de 4 meses do bebé, a mãe deprimida se mostrava menos brincalhona, exibia com menos frequência expressões emocionais positivas, verbalizava menos e pegava menos no bebé ao colo do que as mães sem perturbação psiquiátrica assinalável.

No entanto, estas diferenças não se mantiveram na avaliação realizada pelos mesmos autores aos 12 meses de idade do bebé.

Numa análise posterior que fizeram dos resultados deste estudo empírico, Seifer, Sameroff, Anagnostopolou, e Elias (1992) verificaram que, independentemente do sexo do bebé, o estado de saúde mental da mãe afectava negativamente dimensões significativas da qualidade da interacção mãe-bebé.

Verificaram ainda que esses efeitos negativos eram particularmente notórios nos casos em que o bebé não era um primeiro filho, bem como nos casos em que o nível sócio-económico da família era baixo e sobretudo quando a observação da interacção mãe-bebé acontecia num contexto muito estruturado e de duração limitada.

Lier (1983), por sua vez, comparou 15 mães com distúrbio de humor com igual número de mães sem perturbação psiquiátrica assinalável e seus respectivos bebés. Este autor fez a gravação em *vídeo* da interacção mãe-bebé em situação de face-a-face e observou que os bebés das mães com depressão pós-parto tinham dificuldade em equilibrar as suas fases de atenção-desatenção, oscilando entre a aversão do olhar e um estado de grande excitação.

Livingood, Daen, e Smith (1983) observaram que as mães com depressão pós-parto, muito embora mudassem de posição e embalassem com mais frequência os seus bebés, o que poderia ser resultante de alguma tensão corporal, contemplavam-nos menos e exibiam com menos frequência expressões emocionais positivas, particularmente sorrir. Este estudo foi levado a cabo sobre 25 mães com depressão pós-parto — que obtiveram um resultado superior a 10 na escala BDI — e respectivos

bebés e o mesmo número de mães sem perturbação psiquiátrica assinalável — que obtiveram um resultado inferior a 3 na escala BDI — e seus bebés. Realizaram-se as gravações em *vídeo* da interacção mãe-bebé durante 15 minutos numa situação de aleitamento no primeiro mês do pós-parto.

Tifanny Field (1983, 1984) foi talvez um dos primeiros autores a comparar experimentalmente a interacção da mãe deprimida com a interacção da mãe não-deprimida, realizando um estudo empírico junto de uma amostra de 12 mães deprimidas — que obtiveram um resultado igual ou superior a 16 na escala BDI — e 12 mães não-deprimidas — que obtiveram um resultado inferior a 4 na escala BDI — emparelhadas com as primeiras no respeitante à idade, paridade, NSE e nível educacional.

Na idade de 3 meses do bebé, mães e bebés foram observados, por períodos de 3 minutos, numa situação de interacção face-a-face, numa situação de interacção livre e numa situação em que se pediu à mãe que se mostrasse deprimida, fornecendo-lhe para o efeito um conjunto de indicações.

Esta autora verificou que, na situação de interacção livre, as mães deprimidas tinham uma conduta interactiva diferente da conduta das mães que não estavam deprimidas. Nomeadamente, observou que, em relação às não-deprimidas, as mães deprimidas exibiam 4 vezes mais expressões faciais negativas e muito menos expressões faciais positivas, vocalizavam menos, passavam menos tempo a olhar para os seus bebés e a providenciar-lhes estimulação táctil e quinestésica. Verificou ainda que, nessa mesma situação, os bebés das mães deprimidas tinham uma conduta interactiva diferente da conduta dos bebés das não-deprimidas; nomeadamente, observou que os bebés da mães deprimidas exibiam mais expressões faciais negativas, menos expressões faciais positivas, vocalizavam menos para as mães, focalizam menos o seu olhar no da mãe e apresentavam níveis inferiores de batimentos cardíacos e de actividade.

Quando, nesse mesmo estudo, Field pediu às mães para que parecessem deprimidas, pôde verificar outras tantas diferenças significativas, quer na conduta das mães, quer na conduta dos bebés da sua amostra. Com efeito, esta autora observou que, contrariamente ao que acontecia com as não-deprimidas, as mães deprimidas não modificavam o seu comportamento — nomeadamente não modificavam a sua expressão facial que continuava sempre a mesma — e não se mostravam angustiadas na realização da tarefa proposta. Observou ainda que, nessa mesma situação e contrariamente ao que acontecia com os bebés das mães que não se encontravam deprimidas, os bebés das mães com depressão pós-parto não ficavam surpresos, não olhavam estupefactos, não protestavam, nem se comportavam de modo a reinstaurar a comunicação com as mães.

Os resultados obtidos neste estudo testemunhariam, no sentido em que foram interpretados pela sua autora, que os bebés das mães deprimidas moldam o seu comportamento, através de um processo de imitação passiva em espelho, ao comportamento de suas mães. Testemunhariam ainda que os bebés das mães deprimidas estão como que acostumados ao comportamento pouco interactivo de suas mães.

Assim sendo, Field (1984) inferiu que a experiência precoce de interagir com uma mãe deprimida poderia determinar, por parte do bebé, o desenvolvimento de um estilo comportamental depressivo na interacção com os outros, o qual seria o resultado de uma boa adaptação ao tipo de interacção que é providenciado pela mãe, pelo que a autora supôs que os bebés das mães deprimidas reagiriam de forma defensiva a situações em que houvesse um aumento de estimulação. No entanto, esta hipótese não vai ser totalmente confirmada num estudo posterior (Pickens & Field, 1993).

Mais tarde, esta mesma autora e alguns colaboradores seus verificaram também que, para os bebés das mães deprimidas — contrariamente ao que acontecia com os bebés não-deprimidas — a situação de rosto inexpressivo era, aos 4 meses de idade, muito mais perturbadora do que a situação em que eram separados das respectivas mães (Field, Vega-Lahr, Scafidi, & Goldstein, 1986).

Com efeito, verificaram que o mal-estar dos bebés das mães deprimidas — contrariamente ao que acontecia com os bebés das não-deprimidas — era mais evidente na situação de rosto inexpressivo do que na situação em que os bebés eram separados das mães, dado que observaram uma mais marcada ausência de sorriso e a presença de um número mais elevado de protestos e de aversão do olhar naquela situação do que na situação em que era pedido às mães que saíssem da sala onde se encontravam com o bebé.

Estes resultados empíricos levaram Field a concluir que a indisponibilidade emocional da mãe deprimida é mais desorganizadora para o bebé do que a sua indisponibilidade física, pelo que *"ser deixado só por uma mãe deprimida pode ser menos ansiógeno do que ficar a interagir com ela"* (Field et al., 1986, p. 477). Os padrões encefalográficos dos bebés das mães deprimidas na situação em que são separados da mãe, assim o testemunham, tal como são encontrados em estudos recentes (e.g., Dawson, Klinger, Panagiotides, Hill, & Spieker, 1992)

Num estudo levado a cabo sobre a gravidez e o puerpério, esta mesma autora e seus colaboradores observaram ainda que os bebés das 24 mães que se apresentavam deprimidas durante a gravidez — as quais foram avaliadas através da escala BDI no terceiro trimestre de gravidez — evidenciavam, logo à nascença, na

Escala Neo-natal de Brazelton (BNAS), *"níveis inferiores de actividade e de resposta à estimulação social"* (Field, Sandberg, Quetel, Garcia, & Rosario, 1985b, p. 56). Tal constatação empírica — a presença à nascença de diferenças nos bebés — pode ser determinada geneticamente ou corresponder à influência da depressão das mães durante a gestação, a reflectir-se numa conduta interactiva menos adequado do bebé, logo à nascença.

Estes mesmos autores constataram igualmente que os bebés das mães deprimidas (N=36), quando avaliados entre os 3 e os 6 meses de idade, exibiam o mesmo padrão de conduta interactiva já descrito, numa situação de interacção face-a-face, quando interagiam com as mães ou com um adulto estranho do sexo feminino que não se encontrava deprimido (Field, Healy, Goldstein, Perry, Bendell, Sandberg, Zimmerman, & Kuhn, 1988).

Face a estes resultados, e tendo em conta que se sabe que o bebé muito pequeno está capaz de modificar o seu comportamento interactivo em função da qualidade das propostas e respostas emitidas pelo seu par, Field e colaboradores concluíram que o estilo "deprimido" de interacção dos bebés das mães deprimidas, caracterizado particularmente pela presença de níveis inferiores de actividade e de expressão afectiva positiva, não é específico da sua interacção com as mães, mas generaliza-se às suas interacções com outros adultos, mesmo que estes não estejam deprimidos, e isso numa idade tão precoce como os 3 meses de idade (Field et al., 1988).

Neste mesmo estudo, os autores verificaram ainda que o adulto estranho não deprimido, sem que fosse informado a respeito do estado psicopatológico das mães, tinha uma conduta interactiva menos adequada na interacção com os bebés das mães deprimidas do que na interacção com os bebés das mães sem depressão pós-parto.

Dado que, *a priori*, não existem quaisquer razões para se supor que algo mais, para além da influência do próprio comportamento interactivo do bebé, possa justificar que o adulto estranho esteja em modos diferentes com os bebés das mães deprimidas e com os bebés das mães não-deprimidas, conclui-se que o estilo de interacção do bebé da mãe deprimida tem um efeito negativo no desempenho interactivo do seu par, o que suporta a ideia de uma forte influência negativa recíproca entre o comportamento da mãe e do bebé, nas díades em que a mãe está deprimida após o parto (Field et al., 1988).

Assim sendo, e tendo em conta as próprias palavras dos seus autores, as principais conclusões deste estudo podem ser enumeradas do seguinte modo: *"O estilo interactivo "depressivo" do bebé ... não é específico das interacções com a sua mãe*

deprimida, mas generaliza-se às interacções com outros adultos não deprimidos, e isso numa idade tão precoce como os 3 meses de idade .... para além do mais, esse estilo não só se generaliza às suas interacções com adultos não deprimidos, como ainda parece eliciar comportamentos do tipo depressivo em adultos não deprimidos" (Field et al., 1988, pp. 1569 e 1577).

No entanto, mais recentemente, estes mesmos investigadores observaram a interacção nas díades mãe-bebé e pai-bebé (N=26), numa situação de face-a-face, aos 3-6 meses de idade do bebé, numa amostra de indivíduos socialmente desfavorecidos. Verificaram que os pais que não estavam deprimidos interagiam melhor com os bebés do que as mães que apresentavam depressão pós-parto — ao passo que nos casais em que a mãe não evidenciava depressão pós-parto a qualidade da conduta interactiva providenciada ao bebé pela mãe e pelo pai era similar — e que, por sua vez, os bebés das mães com depressão pós-parto, interagiam melhor com os pais não-deprimidos do que com as mães deprimidas (Hossain, Field, Gonzalez, Malphurs, del Valle, & Pickens, 1994).

Em função dos dados agora obtidos, os investigadores concluem que os efeitos da depressão da mãe na conduta interactiva do bebé observada na interacção com a mãe não se estendem à interacção do bebé com o pai.

Contrariando a consideração empírica anterior — de que o bebé da mãe com depressão pós-parto teria um estilo de interacção deprimido que transportaria para todas as suas interacções com as pessoas e que faria que quer o bebé quer o seu parceiro tivessem uma actuação interactiva de menor qualidade — os autores referem agora que *"os bebés podem não generalizar os seus comportamentos depressivos às interacções com os seus pais não-deprimidos"* (Hossain et al., 1994, p. 355).

Esta equipa de investigadores observou ainda que, na interacção com uma ama que lhes era familiar, os 18 bebés de 3 meses da amostra cujas mães apresentavam depressão pós-parto não exibiam o mesmo padrão interactivo observado na interacção com a mãe e caracterizado pelo baixo nível de actividade e reduzido número de expressões de afecto positivo. Assim, os dados indicam que o padrão interactivo observado com a mãe deprimida não se generaliza à interacção do bebé com pessoas suas conhecidas, dado se observa que o seu nível de actividade e de expressão emocional é mais adequado, sugerindo que *"o bebé responde de modo diferente a um adulto deprimido e a um adulto não-deprimido, desde que ambos lhe sejam familiares"* (Pelaez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzalez, & Clasky, 1994, p. 358). Donde também se infere que — o facto de o pai se encontrar ou não deprimido e o facto de o bebé ser ou não sujeito a cuidados alternativos — pode maximizar ou minimizar os efeitos adversos da depressão da mãe na conduta interactiva do bebé.

Num estudo publicado em 1989, Field, Healy, e LeBlanc relatam a avaliação que fizeram, aos 3 meses de idade do bebé, das dimensões de partilha e de sincronia de estados afectivos na díade, quando 16 mães deprimidas e seus bebés foram comparadas com o mesmo número de mães não-deprimidas e seus bebés, numa situação de interacção face-a-face. Nas díades em que a mãe estava deprimida, estes autores observaram uma menor coerência entre os estados afectivos da mãe e os estados afectivos do bebé, bem como uma menor coerência entre o comportamento do bebé e os valores dos batimentos cardíacos da mãe.

Os autores referem então ter encontrado dados empíricos que confirmam a hipótese de que, na interacção com o bebé, as mães deprimidas estão menos sensíveis e menos responsivas aos seus bebés do que as mães não-deprimidas.

Contrariamente ao que observaram na interacção da mãe não-deprimida com o seu bebé, verificaram ainda que, na interacção da mãe deprimida com o seu bebé, é mais frequente a partilha de estados afectivos negativos — por exemplo, de zanga, protesto, ou alheamento — e é menos frequente a partilha de estados afectivos positivos — por exemplo, de sorriso mútuo —, o que, por sua vez, sugere o *"efeito de contágio do humor negativo nas díades de mães deprimidas"* (Field, Healy, & LeBlanc, 1989, p. 670).

Num estudo posterior, Field, Healy, Goldstein, e Gutherz (1990) voltaram a comparar o emparelhamento dos estados afectivos e a coerência e sincronia dos comportamentos na interacção mãe-bebé, avaliados durante 3 minutos aos 3 meses de idade do bebé, considerando, desta vez, um número mais elevado de díades, em que a mãe estava ou não deprimida após o parto (N=48).

Tal como havia já encontrado anteriormente, esta equipa de investigadores obteve de novo, neste estudo, resultados indicadores de que, contrariamente ao que acontece nas díades em que a mãe não está deprimida, nas díades em que a mãe se encontra deprimida quer a mãe, quer o bebé, tendem a juntar-se mais vezes na partilha de comportamentos com expressão emocional negativa — como seja, nas expressões de protesto, de zanga, e de irritação, no desvio do olhar, na interferência e no distanciamento — e tendem a juntar-se menos vezes na partilha de comportamentos com expressão emocional positiva — como seja, nas expressões de sorriso e contentamento, na atenção mútua, nas propostas interactivas e no jogo. Isto é, estes autores observaram novamente que, nas díades em que a mãe não apresenta depressão pós-parto, mãe e bebé juntam-se com mais frequência na partilha de comportamentos de envolvimento emocional positivo, enquanto que, nas díades em

que a mãe apresenta depressão pós-parto, mãe e bebé sintonizam com mais frequência os seus comportamentos de envolvimento negativo.

Também, tal como haviam já encontrado anteriormente, os autores obtiveram de novo neste estudo indicações empíricas de que a proporção de tempo em que se dá a sintonia de estados afectivos ou de atenção mútua — isto é, a proporção de tempo em que a mãe e o bebé exibem o mesmo tipo de comportamento afectivo ou de atenção — é significativamente menor nas díades em que a mãe se encontra deprimida do que nas díades em que a mãe não se encontra deprimida.

Assim, na opinião destes autores, no caso de a mãe se encontrar deprimida, as interacções mãe-bebé são menos sincrónicas, porque, sendo a capacidade de resposta contingente da mãe deprimida limitada, os períodos de atenção mútua, coerência e sincronia comportamental são consequentemente menores. Por outro lado, como a mãe deprimida e o seu bebé parecem preferir juntar-se na partilha de estados emocionais negativos e não sintonizam tanto os estados emocionais positivos, rapidamente se estabelece um ciclo de reforço mútuo, sendo a interacção pautada pela presença de um grande número de comportamentos de expressão emocional negativa.

Mais recentemente ainda, Field e seus colaboradores interessaram-se de modo muito particular pela interacção mãe-bebé nas díades em que as mães não relatam quaisquer sintomas depressivos, quando avaliadas através do inventário para a depressão de Beck, BDI (Field, Morrow, Healy, Foster, Adlestein, & Goldstein, 1991).

Para esse efeito, apreciaram a interacção face-a-face mãe-bebé, na idade de 3-6 meses do bebé, em 3 grupos distintos de mães: 98 mães que não se apresentavam deprimidas (obtinham um resultado inferior a 9 na escala BDI), 39 mães que se apresentavam moderada a gravemente deprimidas (obtinham um resultado superior a 12 na escala BDI) e 25 mães que não se apresentavam nada deprimidas (obtinham um resultado igual a 0 na escala BDI).

Da avaliação que os autores fizeram da interacção mãe-bebé nestes 3 grupos de mães, o resultado mais interessante, a nosso ver, refere-se ao facto de as mães que não se apresentavam nada deprimidas terem sido observadas a interagir com os seus bebés de forma muito semelhante à forma de interagir das mães deprimidas. Como foram observadas a exibir ainda menos actividade interactiva, ainda menos expressividade emocional e a vocalizar com ainda menos frequência para os seus bebés, as mães nada deprimidas foram, por isso, cotadas ainda mais negativamente do que as mães deprimidas.

Tal como as mães deprimidas, as mães que não se apresentavam nada deprimidas foram menos vezes observadas a responder de forma contingente e a

exibir comportamentos infantilizados, na interacção com o bebé, e gastaram mais tempo em estados de emocionalidade negativa (e.g., zanga ou distanciamento) do que em estados de emocionalidade positiva (e.g., jogo). Tal como os bebés das mães deprimidas, os bebés das mães que não se apresentavam nada deprimidas expressaram mais vezes estados de mal-estar, mostraram-se menos responsivos e foram menos vezes observados a olhar, a vocalizar e a apresentar comportamentos interactivos às suas mães, do que os bebés das mães não-deprimidas.

Na opinião dos autores deste estudo, os resultados sugerem que *"as mães que reportam nenhuns sintomas depressivos podem constituir-se num risco tão grande para os seus bebés, senão maior, quanto as mães que reportam um elevado número de sintomas depressivos"* (Field et al., 1991, p. 253).

O efeito da depressão materna sobre a percepção que a mãe tem da qualidade do seu comportamento interactivo e da qualidade do comportamento interactivo do bebé foi igualmente estudado por Field, Morrow, e Adlestein (1993). Numa investigação, pediram a 28 mães com moderada a elevada sintomatologia depressiva (i.e., com um resultado superior a 12 na escala BDI) e a 32 mães sem sintomatologia depressiva significativa (i.e., com um resultado inferior a 9 na escala BDI), para codificar os *vídeos* das suas próprias interacções com os respectivos bebés, na idade de 3-4 meses do bebé.

Quando comparam as avaliações da interacção mãe-bebé realizadas pelas mães com as avaliações realizadas por um observador treinado, estes autores verificaram que as mães deprimidas tendiam a fazer uma avaliação mais negativa do comportamento interactivo dos seus bebés e uma avaliação mais positiva do seu próprio comportamento interactivo.

Verificaram ainda que as avaliações das mães deprimidas, quando comparadas com as avaliações das não-deprimidas, tendiam a ser menos congruentes com as do observador, concluindo que a percepção que a mãe deprimida tem da conduta interactiva do bebé é negativamente deformada pelo seu estado de humor. Muito embora os bebés das mães com depressão pós-parto exibissem, de facto, na interacção com as respectivas mães, uma conduta mais negativa, as suas mães tendiam, por sua vez, a perceber ainda mais negativamente essa circunstância, do que o faria um observador neutro ou uma mãe que não estivesse deprimida, o que provavelmente reforça a circularidade negativa que se observa nas interacções das mães deprimidas com os seus bebés.

Este dado empírico sugere ainda, em termos da intervenção, a importância de se alterar a percepção negativa que a mãe com depressão pós-parto elabora da conduta do bebé.

Também recentemente, Pickens e Field (1993) examinaram no laboratório a qualidade da interacção mãe-bebé, numa situação de face-a-face, aos 3-6 meses de idade do bebé. Dezoito díades mãe-bebé em que as mães reportavam um moderado a elevado número de sintomas depressivos — e obtinham um resultado superior a 12 na escala BDI — foram comparadas com 22 díades em que as mães não reportavam um número significativo de sintomas depressivos — e obtinham um resultado inferior a 10 na escala BDI.

Observaram o comportamento interactivo das mães e dos bebés em duas situações definidas, para as quais foram dadas instruções específicas às mães, relativamente ao seu modo de estar com o bebé. Na situação de manutenção da atenção foi dito às mães para que procurassem manter a atenção do bebé e na situação de imitação foi dito às mães para que procurassem imitar o bebé naquilo que ele fazia.

Os autores deste estudo verificaram que — na situação em que procuravam manter a atenção do bebé — as mães deprimidas exibiam um elevado e ainda maior número de expressões faciais positivas e de comportamento de jogo do que as mães que não se encontravam deprimidas, ao que os seus bebés respondiam com um elevado número de expressões faciais positivas e de manifestações de prazer e com um reduzido número de expressões de zanga. Face a estes resultados, concluíram que a situação em que a mãe deprimida apresenta mais expressões faciais positivas e se envolve mais no jogo com o bebé, elicita mais a atenção positiva do bebé e parece ser mais do seu agrado.

Verificaram ainda que — na situação em que procuravam imitar o bebé — as mães deprimidas, pelo contrário, restringiam ainda mais a diversidade do seu comportamento interactivo do que o faziam as mães não-deprimidas, ao que os seus bebés respondiam com manifestações de desagrado e expressões de fúria, zanga e arqueamento do corpo, enquanto que os bebés das mães não-deprimidas respondiam com manifestações de desinteresse e reconforto.

Este resultado — isto é, a evidência de que, contrariamente ao que aconteceu nos estudos apresentados anteriormente, os bebés das mães deprimidas exibem um menor número de aversão do olhar e um maior número de comportamentos de interesse do que os bebés das mães não-deprimidas — foram interpretados pelos autores em função do facto de que o tipo de situação que é aqui especificamente proposta, por ser diferente daquelas às quais os bebés das mães com depressão pós-parto estão habituados, resulta em *"experiências de maior novidade para os bebés das mães deprimidas, elicitando por isso mais comportamentos de atenção"* (Pickens & Field, 1993, p. 180).

Tal como comentam os autores da investigação citada, *"é encorajador observar que as mães deprimidas, quando lhe são dadas instruções específicas acerca do modo de estar com os bebés, são capazes de produzir comportamentos que elicitam respostas positivas por parte dos bebés"* (Pickens & Field, 1993, p. 180). Esta é, a nosso ver, uma importante indicação em termos das possibilidades de intervenção na interacção mãe-bebé a fazer junto das díades em que as mães se encontram deprimidas após o parto.

O estudo dos correlatos psicofisiológicos que acompanham a actividade interactiva da mãe e do bebé no caso da depressão pós-parto tem sido uma das preocupações mais recentes desta equipa de investigadores. Durante a interacção mãe-bebé aos 3 e 6 meses do puerpério, estes autores avaliaram a actividade do sistema nervoso autónomo e do sistema nervoso central das mães com depressão pós-parto e dos seus bebés, que compararam com a actividade das mães sem depressão pós-parto e dos seus bebés. Observaram, aos 6 meses de idade do bebé, uma menor actividade do sistema nervoso autónomo nas díades em que a mãe apresentava depressão pós-parto, o que testemunharia a menor resposta emocional e expressiva observada, dado que estas duas componentes costumam andar a par (Field, Pickens, Fox, Nawrocki, & Gonzalez, 1995); assim como observaram uma menor assimetria frontal direita nos padrões EEG das mães com depressão pós-parto e dos seus bebés, o que testemunharia a presença de um padrão que é igualmente encontrado em indivíduos deprimidos (Field, Fox, Pickens, & Nawrocki, 1995).

Estas indicações relativas à actividade psicofisiológica nas díades em que a mãe apresenta depressão pós-parto permitem garantir — pelo recurso a outras medidas, supostamente de interpretação mais objectiva — os dados recolhidos pela observação directa da interacção mãe-bebé.

Lyons-Ruth, Zoll, Connell, e Grunebaum (1986) observaram a interacção mãe-bebé durante 14 minutos, numa situação de interacção livre em casa, ao ano de idade do bebé, junto de uma amostra de 56 mães oriundas de uma comunidade de baixo NSE, comparando a conduta das mães referidas a uma instituição de apoio psicológico com a conduta das mães que nunca tinham sido sujeitas a nenhuma intervenção psicoterapêutica.

Estes autores encontraram que muitas dimensões da conduta interactiva materna se relacionavam com o *score* de depressão obtido pela mãe na escala CES-D de Radloff (1977). Mais concretamente, verificaram que, à excepção das mães que não assinalavam quaisquer sintomas depressivos, quanto mais as mães se encontravam deprimidas, menos expressavam abertamente a sua emocionalidade positiva, mais

exibiam uma manipulação que interferia com a conduta espontânea do bebé e menos estimulantes eram na interacção com o bebé, pelo que concluíram que *"altos valores de depressão materna se relacionam com menor afectividade, mais hostilidade encoberta, e mais interferência com a actividade do bebé dirigida a um fim"* (Lyons-Ruth et al., 1986, p. 70).

Verificaram ainda que as mães que apresentavam um *score* de depressão muito baixo — o que, na interpretação dos autores, seria resultado de uma negação da sintomatologia depressiva — comportavam-se de modo muito semelhante ao modo de se comportar das mães muito deprimidas, evidenciando níveis elevados de hostilidade encoberta e de manipulação interferente, na interacção com o bebé. Estes resultados foram mais tarde replicados no estudo de Field, Morrow, Healy, Foster, Adlestein, e Goldstein (1991) que já descrevemos.

Cohn, Matias, Tronick, Connell, e Lyon-Ruth (1986) estudaram a interacção face-a-face numa amostra constituída por 13 mães deprimidas — de classe baixa ou média e residentes em Massachussets, avaliadas através da escala CES-D de Radloff (1977) — e respectivos bebés de 6-7 meses de idade, comparando-a com os resultados de um outro estudo, levado a cabo com mães sem perturbação psiquiátrica assinalável e seus bebés, emparelhadas com as primeiras tendo em conta diversas características sócio-demográficas.

A análise da interacção face-a-face, observada em casa das mães por um período de 6 minutos, mostrou a coexistência de 4 padrões interactivos algo distintos, entre as mães com depressão pós-parto, os quais passamos a descrever.

Num primeiro grupo, as mães não se encontravam envolvidas na interacção com o bebé em pelo menos 75% do tempo total de observação — estas mães viravam costas e afastavam-se dos seus bebés, falavam-lhes com uma voz monocórdica e exibiam poucas expressões faciais de afecto positivo para com eles.

Num segundo grupo, as mães, muito embora, tal como acontecia no grupo anterior, exibissem um reduzido número de expressões faciais de afecto positivo, procuraram, no entanto, envolver o bebé na interacção com elas. Estas mães mostraram uma elevada percentagem de comportamento de incitação à interacção, mas eram pouco hábeis em conseguir a atenção do bebé dado que, por exemplo, não propunham uma grande variedade de expressões de afecto e não utilizavam actividades de jogo que fossem interessantes para ele.

Num terceiro grupo as mães eram afectuosas e hábeis em incitar o bebé à interacção e, em pelo menos 1/3 do tempo total de observação, mostraram-se capazes de uma interacção positiva com ele. Estas mães propuseram uma grande variedade de expressões de afectos — que iam desde as expressões neutras às

expressões de afecto positivo — e utilizaram actividades de jogo que eram interessantes para o bebé.

Um quarto grupo, que correspondia a cerca de metade dos casos observados, era constituído por mães que evidenciavam níveis elevados de incitação à interacção, mas tratava-se de uma incitação intrusiva e negativa, dado que, em pelo menos 1/4 do tempo total de observação, interferiam com a actividade do bebé. Estas mães exibiram um reduzido número de expressões faciais de afecto positivo e exibiram um elevado número de expressões faciais de afecto negativo, nomeadamente expressões de zanga e irritação. Este padrão interactivo essencialmente caracterizado pela presença de irritação acompanhada de um comportamento intrusivo, que no estudo foi encontrado num significativo número de mães deprimidas, é extremamente raro em amostras de mães normais.

Por outro lado, estes investigadores verificaram que, na globalidade, os bebés das mães deprimidas raramente exibiam expressões de afecto positivo, brincavam menos e estavam mais vezes retirados da interacção com as suas mães do que os bebés das mães sem perturbação psiquiátrica assinalável.

Para além disso, os bebés das mães deprimidas exibiam uma conduta interactiva diferente consoante as características da conduta das mães. Assim, observaram que os bebés das mães intrusivas (grupo 4) estavam cerca de 70% do tempo com o olhar desviado do olhar da mãe, enquanto que os bebés das mães não envolvidas (grupo 1) exibiam um elevado número de expressões de protesto. Observaram também que os bebés das mães pouco hábeis para a interacção (grupo 2) estavam retraídos, raramente exibiam expressões de afecto positivo e brincavam muito pouco, enquanto que os bebés das mães hábeis para a interacção (grupo 3) participavam no jogo e exibiam um elevado número de expressões de afecto positivo.

Deste modo, estes investigadores verificaram que quanto mais elevado é o número de expressões faciais positivas propostas pelas mães da amostra estudada, maior é o número de expressões faciais positivas exibidas pelo bebé.

Estes autores ressaltaram ainda que existe uma muito maior variabilidade na conduta interactiva das mães deprimidas do que os estudos anteriores o faziam supor. Concluíram que a maior parte das mães com depressão pós-parto está pouco envolvida e mostra-se retraída, distante e pouco sensível na interacção com o bebé. Sendo que algumas dessas mães estão sobretudo retraídas enquanto que outras são sobretudo intrusivas e expressam com elevada frequência irritação na interacção com o bebé. Por sua vez, os bebés destas mães estão muito retraídos, raramente exibem expressões faciais de afecto positivo e brincam muito pouco na interacção com as mães, enquanto que os bebés das mães intrusivas evitam a interacção com as mães, por exemplo desviando o olhar.

Verificaram ainda que a variação observada no comportamento dos bebés da sua amostra era muito menor do que a variação observada no comportamento das mães.

Concluíram que a interacção mãe-bebé nos casos em que a mãe apresenta depressão pós-parto pode ser caracterizada pela presença das seguintes características: a) um reduzido número de respostas contingentes — dado que foram poucas as situações observadas nas quais o comportamento da mãe era contingente com o do bebé e o comportamento do bebé contingente com o da mãe — e b) um reduzido número de esforços, quer por parte da mãe quer por parte do bebé, no sentido da regulação da interacção. Numa investigação posterior que veremos já a seguir, os autores deste estudo irão confirmar apenas parcialmente os resultados agora obtidos.

Face a estes resultados, confirmados pela observação naturalista que também foi encetada em casa das mães por um período de 30 minutos, os autores concluíram por último que, à excepção das mães do grupo 3 da sua amostra, grande parte das mães com depressão pós-parto exibe uma conduta interactiva inadequada, que não é encontrada junto das mães sem perturbação psiquiátrica assinalável.

Cohn, Campbell, Matias, e Hopkins (1990) estudaram a interacção mãe-bebé junto de uma amostra de 24 mães com depressão pós-parto e 22 mães sem perturbação psiquiátrica assinalável — avaliadas com base na entrevista psiquiátrica SADS e classificadas com referência aos critérios RDC. Aos 2 meses de idade do bebé, realizaram a gravação em *video* da interacção mãe-bebé em casa das mães numa situação estruturada de face-a-face (durante 3 minutos) e numa situação livre não-estruturada (durante 30 minutos).

Tal como no estudo anterior, estes investigadores verificaram novamente que, no que se refere às expressões de afecto, nas díades em que a mãe está deprimida após o parto, mãe e bebé estão de forma mais negativa um com o outro. Nomeadamente, estes autores observaram que, na interacção com o bebé, as mães com depressão pós-parto mostram pouco interesse para com o bebé; exibem ao bebé um elevado número de expressões faciais de tristeza, de irritação ou de zanga, assim como um elevado número de expressões vocais de tristeza; tendem a manipular o bebé de modo intrusivo. Observaram ainda que, na interacção com a mãe, os bebés das mães com depressão pós-parto exibem um menor número de expressões faciais positivas, de riso ou sorriso, não manifestando grande agrado em interagir com a mãe.

No entanto, no que se refere especificamente à resposta contingente, estes autores encontraram agora — contrariamente aos resultados recolhidos, quer nos estudos já documentados de Tiffany de Field, quer em estudos anteriores da mesma

equipa de investigadores (e.g., Cohn et al., 1986) — um igual número de respostas contingentes durante a interacção mãe-bebé, nas díades em que a mãe apresentava depressão pós-parto e nas díades em que a mãe não apresentava perturbação psiquiátrica assinalável.

Assim sendo, neste estudo, os autores observaram que os dois grupos de mães e bebés diferiam no tipo de expressão emocional, mas não na relação de contingência entre as condutas interactivas da mãe e do bebé, pelo que concluíram que *"a reduzida positividade encontrada na interacção da mãe-deprimida-bebé é conseguida à custa da resposta contingente ao comportamento do outro membro da díade, mais do que através de uma diminuição da capacidade de resposta às suas mudanças comportamentais"* (Cohn et al., 1990, p. 22).

Estes mesmos autores verificaram ainda que a qualidade da interacção mãe-deprimida-bebé era tanto pior quanto à depressão da mãe se associavam outras variáveis, como seja sexo masculino do bebé e desemprego da mãe (Cohn et al., 1990).

Mais recentemente, num estudo que já reportámos anteriormente, desenvolvido sobre 70 mulheres primíparas com depressão pós-parto e 59 sem perturbação psiquiátrica assinalável, Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, e Meyers (1992) verificaram novamente que as mães que se encontram deprimidas na idade de 2 meses do bebé são menos positivas nas iniciativas de contacto e expressam mais afecto negativo na interacção com o bebé, do que as mães que não se encontram deprimidas. Mais do que as mães não-deprimidas, as mães deprimidas deste estudo referiram também que os seus bebés eram difíceis de cuidar.

Verificaram ainda os referidos autores — e este é um dado novo relativamente aos resultados obtidos nos estudos que apresentamos anteriormente — que as mães deprimidas que mantêm uma interacção menos positiva com o bebé permanecem por mais tempo deprimidas após o parto do que as mães deprimidas que não mantêm uma interacção tão negativa com o bebé. Com efeito, as mulheres em que se observou a remissão dos sintomas 6 meses após o parto e em que a depressão não durou mais do que 4 meses, diferenciavam-se das restantes, não em termos da sua história familiar e pessoal de depressão, mas em termos da qualidade da interacção que mantinham com os bebés, tal como foi observada alguns meses antes. Assim, as mães que permaneceram deprimidas nos primeiros 6 meses ou mais do puerpério foram aquelas que estavam envolvidas em interacções menos positivas com os seus bebés, quando foram avaliadas no 2º mês do pós-parto.

Zekoski, O'Hara, e Wills (1987) procuraram estudar os efeitos da qualidade do humor da mãe em diferentes dimensões da interacção mãe-bebé, na idade de 5

meses do bebé. Nesse sentido, avaliaram 30 díades mãe-bebé que sujeitaram ao procedimento de indução de humor de Velten (1968) — o qual consiste em induzir nos sujeitos a neutralidade, a ilação e a depressão do humor — verificando o efeito desses estados de humor da mãe sobre o comportamento interactivo do bebé.

Os resultados deste estudo indicam que os bebés respondem negativamente à indução de humor negativo nas mães. Indicam também que não é a variação no humor, mas especificamente a presença de humor depressivo, que determina a menor qualidade da interacção mãe-bebé. A interacção nas díades em que a mãe está deprimida pôde, neste estudo, ser caracterizada por um menor número de respostas contingentes e um menor sucesso da mãe em eliciar posteriormente respostas positivas no bebé.

Assim, para os referidos investigadores existem evidências empíricas que os bebés são sensíveis ao estado de humor das suas mães e que, durante as interacções precoces com as mães, os bebés das mães deprimidas aprendem que o seu comportamento tem um efeito mínimo no comportamento da sua mãe. Consequentemente, o número de respostas contingentes que o bebé dá à mãe decresce, o que por sua vez, irá influenciar a contingência das respostas da mãe, dado os efeitos bidireccionais que habitualmente se observam na interacção mãe-bebé. Pelo que consideram que a mãe deprimida sendo não responsiva contribui para a aprendizagem da incontrolabilidade, fazendo diminuir as respostas de iniciativa interactiva do bebé.

Estes autores salientam também os efeitos bidireccionais que verificam na díade mãe-bebé, dado que *"a depressão materna pode provocar mal-estar no bebé, mas subsequentemente o mal-estar do bebé pode, por sua vez, manter ou mesmo implementar a severidade da depressão materna"* (Zekoski et al., 1987, p. 376).

O estudo de Bettes (1988) procurou examinar o efeito do estado depressivo da mãe sobre duas dimensões interactivas específicas com um importante papel no desenvolvimento do bebé, relativas à interacção vocal mãe-bebé: os parâmetros temporais de intervenção e de pausa e a frequência no uso de cinco tipos de entoações habituais à interacção vocal da mãe com o bebé. Para o efeito, realizou a gravação audio da interacção mãe-bebé numa situação de face-a-face, durante 3 a 15 minutos, aos 3-4 meses do bebé. Dezoito díades em que as mães estavam deprimidas, dado que obtinham um resultado superior a 10 na escala BDI, foram comparadas com os seus controles, em que o resultado da mãe na escala BDI era inferior a 10.

A autora observou que as mães deprimidas não eram capazes de sintonizar o seu comportamento vocal com o comportamento do bebé — isto é, de fazer os

ajustamentos necessários na sua conduta vocal em resposta à conduta do bebé. Observou igualmente que as mães deprimidas eram mais vagarosas na interacção vocal com o bebé — sendo mais elevado o tempo de latência na resposta dada ao bebé — e também que eram menos hábeis em usar os exageros de entoação que caracterizam a comunicação vocal habitual das mães com os bebés. Ou seja, em relação às mães que não estavam deprimidas, as mães deprimidas *"não só levavam mais tempo a responder ao bebé, como embuíam menos a sua intervenção dos sinais afectivos usuais, cujo papel na modulação do afecto e estado do bebé tem sido assinalado"* (Bettes, 1988, p. 1095).

Em consequência disso, e tal como assinala Bettes (1988), os bebés das mães deprimidas ficam privados da experiência de situações em que possam fazer a aprendizagem da leitura dos sinais que geralmente pontuam as interacções interpessoais e os diálogos verbais.

Fleming, Flett, Ruble, e Shaul (1988), por sua vez, seguiram prospectivamente, durante a gravidez e os primeiros 16 meses do puerpério, uma amostra de 68 mulheres primíparas de classe média-alta. Ao 9° mês de gravidez, bem como nos dias que se seguiram ao parto e no final do 1°, do 3° e do 16° mês do pós-parto, convidaram as mães a preencher um conjunto de questionários, nomeadamente a escala BDI, destinados a avaliar, entre outros aspectos, a qualidade do humor das mães, os seus sentimentos perante a gravidez e o bebé e as suas atitudes maternas. Ao 3° dia, ao 1° e ao 3° mês do puerpério, estes autores realizaram no laboratório a gravação em *vídeo* da interacção mãe-bebé, numa situação de prestação de cuidados ou de aleitamento, durante 10 minutos. Aos 16 meses de idade do bebé, realizaram também a gravação em *vídeo* da interacção mãe-bebé, em casa, numa situação não-estruturada em que convidavam a mãe a brincar com o bebé, durante 20 minutos.

Quando compararam a conduta interactiva das mães deprimidas com a conduta interactiva das mães não-deprimidas, ao 1° e 3° mês de idade do bebé, estes autores verificaram respectivamente que umas exibiam menos comportamentos de contacto afectivo do que as outras e respondiam menos com as suas próprias vocalizações às vocalizações do bebé.

Assim como comentam os autores deste estudo, os resultados agora obtidos testemunhariam que, tal como acontece em investigações de outros autores, a depressão pós-parto da mãe, muito embora possa não interferir com os aspectos instrumentais, interfere grandemente nos aspectos emocionais da relação da mãe com o bebé. Isto porque a depressão pós-parto da mãe se associa quer a uma diminuição significativa dos sentimentos e comportamentos afectivos da mãe para com o bebé, quer a uma diminuição significativa das respostas contingentes da mãe ao bebé,

nomeadamente da resposta da mãe às vocalizações do bebé. Consequentemente, nas díades em que a mãe está deprimida, não se observam os habituais diálogos que resultam das trocas vocais que geralmente se observam entre a mãe e o bebé.

No entanto, aos 16 meses de idade do bebé, quando as mães foram observadas a brincar em casa com os seus bebés, já não foram encontradas diferenças no comportamento interactivo das mães e dos bebés, entre as díades em que a mãe tinha ou não experienciado uma depressão após o parto, pelo que os autores deste estudo concluíram que a vivência de depressão após o parto não interfere na qualidade da interacção que a mãe providencia ao bebé ano e meio depois de se encontrar deprimida.

Estes autores também não conseguiram encontrar nenhuma relação significativa entre a presença de depressão durante a gravidez e/ou ao 3º dia do pós-parto e os aspectos considerados da interacção mãe-bebé, no momento ou mais tarde no puerpério. Concluíram então igualmente que os níveis de depressão na gravidez e/ou ao 3º dia do pós-parto não interferem na qualidade da interacção mãe-bebé observada, quer nesse momento quer mais tarde no puerpério.

Para além dos aspectos já assinalados, são ainda dados relevantes deste estudo o facto de terem observado que as mães deprimidas iniciam mais cedo a introdução do biberão na dieta alimentar do bebé.

Os dados sugerem ainda que a associação que foi encontrada — entre a presença de depressão pós-parto na mãe, uma interacção mãe-bebé menos adequada e um diminuído número de atitudes e sentimentos positivos da mãe para com o bebé — é mais forte e tem mais probabilidades de acontecer, nos casos em que o contexto de vida da mãe é caracterizado pela presença de conflitos conjugais e pela percepção de baixos níveis de suporte social e nos casos em que o bebé apresenta dificuldades temperamentais.

Para os autores deste estudo, a percepção de suporte social e os conflitos conjugais interfeririam na qualidade da interacção mãe-bebé através da sua influência na autoconfiança da mãe para o desempenho do seu papel maternal; enquanto que as dificuldades temperamentais do bebé interfeririam na qualidade da interacção mãe-bebé, através da diminuição do prazer que a mãe tem em cuidar e interagir com o bebé.

Ambos os aspectos acima mencionados se relacionaram, no estudo que descrevemos, com a reconversão ou não da sintomatologia depressiva da mãe, aos 16 meses de idade do bebé.

Goodman e Brumely (1990) compararam a qualidade da interacção providenciada à criança por mães com diferentes distúrbios psicopatológicos, numa

amostra composta por 53 mães esquizofrénicas, 25 mães deprimidas e 23 mães sem perturbação psiquiátrica assinalável. As crianças do estudo tinham idades compreendidas entre os 3 meses e os 5 anos (com uma média de idade de 24 meses).

Quando avaliaram a interacção mãe-bebé numa situação laboratorial, estes autores verificaram que as mães deprimidas manifestavam pouco envolvimento afectivo com o bebé e exibiam uma reduzida capacidade de resposta ao bebé. Observaram particularmente, por parte destas mães, uma menor variedade de expressões emocionais e verbais, uma menor proximidade e um menor envolvimento afectivo com a criança. As mães deprimidas evidenciavam menos expressões de afecto positivo, menos entusiasmo, menos prazer e menos interesse na interacção com a criança do que as mães sem qualquer perturbação do foro psicológico.

Verificaram ainda que tanto as mães esquizofrénicas como as mães deprimidas estão emocionalmente desligadas, são passivas e pouco sensíveis ao comportamento do bebé na interacção com ele. No entanto, as mães esquizofrénicas expõem os bebés à incongruência afectiva, à alucinação e ao delírio — o que não se verifica no caso das mães deprimidas. Tais constatações conduziram Goodman e Brumely (1990) a concluir que a qualidade da relação mãe-bebé é ainda pior no caso das mães esquizofrénicas do que no caso das mães deprimidas.

Mais tarde, estes mesmos autores deram conta de um maior número de complicações médicas, durante a gravidez e parto, junto das mães que se encontraram deprimidas a seguir ao parto do que junto daquelas que não desenvolveram qualquer perturbação psiquiátrica; no entanto, esse número não era tão elevado junto das mães deprimidas como era junto das mães esquizofrénicas, o que mais uma vez garantiria o efeito mais adverso, sobre o bebé e na relação da mãe com o bebé, da esquizofrenia, relativamente ao que se verifica com a depressão materna (Goodman & Emory, 1992).

Também Murray e Stein (1991), ainda recentemente, procuraram caracterizar a interacção mãe-bebé no caso da mãe se encontrar deprimida após o parto, num estudo prospectivo que desenvolveram sobre uma extensa amostra de mulheres primíparas (N=700) residentes em Cambridge e seguidas ao longo dos primeiros anos do puerpério. Estes autores realizaram a avaliação da interacção mãe-bebé e da interacção estranho-bebé, numa situação de face-a-face, no laboratório, de 3 em 3 meses, entre as idades de 2 e 18 meses do bebé.

O questionário para a depressão pós-parto EPDS (Cox et al., 1987) foi enviado pelo correio às mães, na 6a. semana do puerpério. O diagnóstico psiquiátrico das mães foi elaborado tendo em conta os critérios RDC, após a administração da entrevista psiquiátrica SPI, para despistar episódios de depressão *major* e de depressão *minor*. Foi

ainda administrada a entrevista psiquiátrica SADS-L, para avaliar a possível presença de episódios de depressão *major* antes da ocorrência do parto. Constituíram-se, deste modo, 4 grupos de mães e bebés com 2 meses de idade: mães sem história prévia de depressão nem experiência de depressão pós-parto; mães sem história prévia de depressão que desenvolveram depressão após o parto; mães com história prévia de depressão, mas que não desenvolveram depressão pós-parto e mães com história prévia de depressão e que desenvolveram depressão pós-parto. A avaliação da sintomatologia depressiva das mães foi realizada com recurso aos instrumentos já referidos no 2°-3°, 6°, 12° e 18° mês do puerpério.

Estes autores observaram que as mães que se encontravam deprimidas no 2°-3° mês do pós-parto interagiam de modo diferente com os seus bebés do que o faziam as mães que nessa mesma altura não se encontravam deprimidas nem apresentavam nenhuma perturbação do foro psiquiátrico assinalável — mantinham-se distantes e estabeleciam pouco contacto afectivo com os seus bebés, para além de que eram pouco expressivas do ponto de vista afectivo na interacção com os bebés.

Quando analisaram as características do discurso que as mães dirigiam ao bebé, os autores deste estudo verificaram que as mães deprimidas não alteravam tanto a forma e conteúdo do seu discurso em função do bebé, como fazem normalmente as mães sem perturbação psiquiátrica.

Com efeito, os dois referidos investigadores verificaram que as mães com depressão pós-parto utilizavam mais as formas declarativas — enquanto que as mães geralmente usam mais as formas interrogativas e imperativas. Verificaram também que o conteúdo do discurso dirigido ao bebé pelas mães com depressão pós-parto era mais centrado sobre as suas próprias preocupações e necessidades — enquanto que as mães geralmente centram o conteúdo do seu discurso sobre o bebé. Verificaram ainda que as mães com depressão pós-parto consideravam menos o bebé como um agente de acção independente e que eram mais hostis em relação a ele. Resumidamente, as mães com depressão pós-parto eram caracteristicamente mais auto-orientadas, mais críticas e mais controladoras. O tom de voz das mães deprimidas era também mais monótono, não se observando tanto as modulações e entoações de voz que se observam habitualmente no discurso das mães não-deprimidas.

Verificaram ainda que as características do discurso verbal das mães com depressão pós-parto acima mencionadas não variavam em função da gravidade dos sintomas ou da duração do episódio depressivo da mãe, mas tendiam a verificar-se mais quando a depressão surgia pela primeira vez na vida das mães e quando a sintomatologia depressiva estava mais centrada nas dificuldades de adaptação da mãe à maternidade do que com factores de *stress* não relacionados com o bebé.

Tal como se verifica em outros estudos (e.g., Stein et al., 1991), as evidências empíricas recolhidas por estes autores mostram que as características da interacção mãe-deprimida-bebé — nomeadamente a menor harmonia comportamental e a menor mutualidade afectiva observadas durante os primeiros meses do após o parto — se mantêm mesmo após a reconversão dos sintomas depressivos, 19 meses após o parto, e que a presença de dificuldades matrimoniais e de adversidades sociais, contribuem de igual modo para a sua presença.

Stein, Gath, Bucher, Bond, Day, e Cooper (1991) procuraram avaliar o efeito da depressão materna na interacção da mãe com o bebé, ao longo de 19 meses de estudo. Comparam a qualidade da interacção mãe-bebé, providenciada em casa, numa sessão de jogo estruturado — em que foram utilizados brinquedos diferentes durante 10 minutos — e numa outra situação — em que se pedia à mãe para que se ausentasse e regressasse à sala onde decorria a observação. A amostra foi constituída por 49 mães deprimidas (grupo experimental) e um igual número de mães não-deprimidas (grupo de controle).

Observaram que, na interacção com o bebé, as mães do grupo experimental partilhavam significativamente menos afecto positivo e facilitavam significativamente menos a actividade de jogo do bebé do que as mães do grupo de controlo. Na interacção com as suas mães, os bebés do grupo experimental, por sua vez, exibiam níveis inferiores de concentração e mais respostas negativas do que os bebés do grupo de controle. Observaram também que os comportamentos interactivos eram significativamente em menor número na interacção mãe-bebé que ocorria no grupo experimental do que na interacção mãe-bebé que ocorria no grupo de controle.

Os autores deste estudo puderam observar ainda que, na situação experimental acima descrita em que as mães deixavam a sala, os bebés do grupo experimental expressavam um maior desconforto do que os bebés do grupo de controle.

Aos 19 meses de idade do bebé, estes autores compararam a qualidade da interacção mãe-bebé providenciada pelas 9 mães que se encontravam deprimidas nessa altura, mas não no período pós-parto, com a interacção providenciada pelas 25 mães que não se encontravam deprimidas nessa altura, mas que o tinham estado durante os primeiros 3 meses do pós-parto.

Encontraram evidências empíricas para a hipótese de que a depressão pós-parto interfere mais negativamente sobre a qualidade da interacção providenciada pela mãe um ano e meio depois da sua ocorrência, do que a depressão da mãe que ocorre nesse mesmo momento, dado que, por exemplo, a ausência de facilitação materna para com a conduta de jogo do bebé, avaliada na interacção mãe-bebé na

idade de 19 meses do bebé, era mais facilmente previsível a partir da presença de depressão após o parto do que a partir da presença de depressão materna aos 19 meses de idade do bebé.

Encontraram igualmente evidências empíricas para a hipótese de que os efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre a conduta interactiva do bebé persistem, mesmo após a reconversão dos sintomas depressivos da mãe. Com efeito, verificaram que as mães que tinham desenvolvido depressão após o parto, muito embora já não se encontrassem deprimidas aos 19 meses de idade do bebé, quando nessa altura foram avaliadas na interacção com o bebé, mantinham uma interacção menos adequada com ele. Observou-se que as mães interagiam menos com o bebé, facilitavam menos a actividade e tinham uma contribuição menos positiva para a interacção, e que os bebés, por sua vez, evidenciavam uma menor participação afectiva na interacção, por exemplo sorriam menos e vocalizavam menos durante o jogo com a mãe.

Por último, saliente-se que os dados recolhidos nesta investigação mostram que os efeitos adversos da depressão materna sobre a qualidade da interacção mãe-bebé são tanto maiores quanto à depressão da mãe se associam outras variáveis — como seja, a ocorrência de conflitos matrimoniais e a presença de adversidades sociais.

Assim, dois dos resultados mais relevantes deste estudo são o facto dos seus autores verificarem que: a) as características da interacção mãe-deprimida-bebé observadas durante os primeiros meses do pós-parto, nomeadamente a menor harmonia comportamental e a menor mutualidade afectiva, se mantêm, mesmo ano e meio após a reconversão dos sintomas depressivos da mãe; b) a presença de dificuldades matrimoniais e de adversidades sociais contribui de igual modo para a presença de uma interacção mãe-bebé menos adequada na díade mãe-deprimida-bebé.

Mais tarde, ao reavaliar os resultados relativos à conduta vocal das mães com depressão pós-parto, Murray, Kempton, Woolgar, e Hooper (1993) consideram novamente que não são tanto as propriedades estruturais do discurso que a mãe dirige ao bebé (a complexidade, a repetição e a sintaxe), mas mais o conteúdo e a tonalidade emocional do discurso da mãe que é alterado — por exemplo, as mães com depressão pós-parto focam menos o discurso na experiência do bebé, expressam mais afecto negativo e são mais criticas e mais hostis para com o bebé— em função da depressão materna.

Quando consideraram o grupo dos bebés como um todo — i.e., os bebés do sexo masculino e os bebés do sexo feminino — não encontraram diferenças na conduta

interactiva das mães; no entanto, quando consideraram apenas os bebés do sexo masculino, os investigadores verificaram que as mães com depressão pós-parto tinham uma conduta vocal menos adequada do que as mães que não estavam deprimidas, sobretudo no que se refere ao foco do discurso, diferenças essas que não se verificaram no caso dos bebés de sexo feminino. Assim, os autores concluem que o tipo de discurso das mães deprimidas varia significativamente de acordo com o género do bebé e aqui estaria a explicação para o facto de que os efeitos adversos sobre o desenvolvimento do bebé se verifiquem apenas no caso dos bebés do sexo masculino, como referiremos na secção seguinte.

Ao estudar a interacção mãe-bebé numa situação de jogo e numa situação de separação mãe-bebé, na idade de 11-17 meses do bebé, Dawson, Klinger, Panagiotides, Hill, e Spieker (1992) observaram a presença de padrões electroencefalográficos (EEG) distintos nos 13 bebés das mães que se encontravam deprimidas — que tinham obtido na escala CES-D de Radloff (1977) um resultado superior a 16 pontos — e nos 14 bebés das mães que não apresentavam qualquer perturbação psiquiátrica assinalável quando avaliadas pela mesma escala.

Verificaram que, na situação de jogo, os bebés das mães que apresentavam sintomatologia depressiva, quando comparados com os bebés do grupo de controlo, exibiam uma reduzida actividade cerebral no lobo frontal esquerdo, o que testemunharia uma reduzida experiência de emoções positivas — como seja, de prazer e interesse.

Verificaram ainda que, na situação em que eram separados das mães, os bebés das mães que apresentavam sintomatologia depressiva falhavam em exibir o padrão EEG típico que observaram junto dos bebés das mães que não apresentam sintomatologia psiquiátrica assinalável. Isto é, estes autores encontraram que os bebés das mães deprimidas, na situação em que eram separados das mães, não evidenciavam uma maior actividade frontal direita, região especializada no tratamento das emoções negativas, como seja aquelas que se associam a situações de mal-estar e desagrado.

Os autores deste estudo concluíram que, para os bebés das mães deprimidas, a situação de interagir no jogo com a mãe não é uma situação tão elicitadora de agrado, como é para os bebés das mães que não se encontram deprimidas após o parto. Concluíram igualmente que, para os bebés das mães deprimidas, a situação de ser separado da mãe não é uma situação tão suscitadora de desagrado, como é para os bebés das mães que não se encontram deprimidas após o parto.

Field, Fox, Pickens, e Nawrocki (1994) também observaram os padrões EEG durante a interacção mãe-bebé em díades em que as mães experienciavam

depressão pós-parto, que comparam com os padrões EEG nas díades em que as mães não experienciavam depressão pós-parto, verificando que os bebés do primeiro grupo exibiam um padrão EEG frontal direito assimétrico, concluindo que *"a expressão afectiva desses bebé associa-se a um padrão de actividade cerebral que é similar ao que encontramos em bebés inibidos e em crianças e alguns adultos deprimidos"* (Field, 1995, p. 5). Uma menor activação do sistema nervoso autónomo durante a interacção entre a mãe e o bebé foi igualmente observada junto dos bebés das mães com depressão pós-parto quando comparados com os bebés das mães sem depressão pós-parto, o que acompanha um menor interesse e prazer na interacção com a mãe (Field, Pickens, Fox, Nawrocki, & Gonzalez, 1994).

Quando foram especificamente observadas a alimentar o bebé, 3 meses depois do parto, as mães deprimidas mostraram-se menos sensíveis ao bebé, nomeadamente menos sensíveis para responder às necessidades expressas pelo bebé. Mostraram-se também mais activas, embora mais lentas do que as não-deprimidas, resultando uma amamentação menos adequada do bebé — tal como testemunha a presença de um maior número de gritos por parte do bebé.

As mães com depressão pós-parto têm dificuldade em amamentar o bebé dado que falham em estabelecer uma relação recíproca com o ele. Consequentemente, não se verifica a adaptação mútua que geralmente se observa entre a mãe e o seu bebé. Para além disso, as mães deprimidas têm uma correcta percepção acerca do seu fraco sucesso no desempenho da tarefa, responsabilizando-se por isso, e exprimem baixa satisfação na realização da mesma. Estas são as principais evidências empíricas do estudo que Tammimen e Salmelin (1991) conduziram sobre 16 mães primíparas com depressão pós-parto e 23 mães primíparas sem perturbação psiquiátrica assinalável.

Depois de algumas décadas consagradas exclusivamente ao estudo das interacções diádicas, mãe-bebé ou pai-bebé, só mais recentemente a situação triádica tem sido considerada nas investigações.

É assim que, na revisão bibliográfica que efectuamos e no que se refere especificamente à depressão pós-parto, só conseguimos recolher um único estudo que considerasse as interacções triádicas.

Trata-se de um estudo exploratório, levado a cabo por Bettens, Favez, Corboz-Warnery, e Fivaz-Depeursinge (1992), sobre uma amostra constituída por 5 famílias em que um dos pais apresentava sintomatologia depressiva pós-parto e tinha recorrido a ajuda psicológica por dificuldades de adaptação durante o puerpério e 5 famílias em

que nenhum dos pais apresentava sintomatologia psiquiátrica assinalável e em que a adaptação ao puerpério se fez sem problemas. Os bebés da amostra, emparelhados quanto à variável idade, tinham entre 9 e 18 semanas de vida.

Estes autores atenderam de forma particular às trocas visuais pai-mãe-bebé, observadas numa situação de interacção durante o jogo, estruturada em 3 momentos consecutivos: interacção mãe-bebé, interacção pai-bebé e interacção pai-mãe-bebé.

Verificaram que nas famílias com boa adaptação ao puerpério as trocas visuais são mais intensas e tendem a implicar os três elementos da família, o que parece indicar a existência de um maior envolvimento visual triádico entre os seus membros. A presença desta aliança triádica, estabelecida conjuntamente entre os três elementos da família, teria um papel determinante no desenvolvimento do bebé e no estabelecimento da sua autonomia progressiva.

Nas famílias em que um dos pais desenvolveu depressão pós-parto, esse elemento está geralmente retirado e não se envolve na interacção familiar, pelo que os investigadores observaram a ausência deste tipo de aliança visual triádica. Estas famílias parecem ter mais dificuldade em manter as trocas visuais conjuntas por períodos longos de tempo.

Constatamos pois que, tal como acontece nas interacções diádicas, o comportamento das mães que se encontram deprimidas após o parto se caracteriza, também nas interacções triádicas, pela *"raridade dos contactos visuais recíprocos, ligada ao retiro visual de um ou mais membros da família"* (Bettens et al., 1992, p. 342).

Todos os estudos que acabamos de descrever mostram inequivocamente que o comportamento da mãe com depressão pós-parto é, também na interacção com o bebé, tal como acontece em outras áreas da sua vida, significativamente afectado pelo seu estado de humor. O comportamento da mãe deprimida, por sua vez, determina a relação que é estabelecida entre o bebé e a mãe, dado que tais estudos mostram igualmente que, também o comportamento do bebé na interacção com a mãe com depressão pós-parto é significativamente diferente do comportamento habitual dos bebés para com as suas mães.

Tal como são assinalados na investigação empírica, os aspectos mais relevantes, são que, na interacção com o bebé, a mãe com depressão pós-parto mostra um menor envolvimento emocional e está pouco sensível ao bebé, exibe uma expressão afectiva menos positiva e providencia-lhe uma estimulação insuficiente. Para além do mais, a mãe apresenta um comportamento que é pouco contingente com o do bebé. Estando ausente da interacção, a mãe não consegue o

estabelecimento de uma interacção adequada com o bebé, nomeadamente não consegue uma interacção que favoreça o desenvolvimento do bebé, dado que aspectos muito importantes, como sejam a reciprocidade, a contingência, a mutualidade e a sensibilidade ao ponto de vista do bebé, não acontecem durante a experiência interactiva na díade.

No que se refere à conduta interactiva do bebé, os aspectos mais relevantes evidenciados pela investigação empírica dizem respeito ao facto de os bebés das mães com depressão pós-parto exibirem um elevado número de expressões de afecto negativo e um reduzido número de expressões de afecto positivo, bem como ao facto de estes bebés estarem retraídos na interacção com a mãe, apresentarem poucas iniciativas e poucas respostas interactivas, assim como um comportamento que é igualmente pouco contingente com o da sua mãe.

Torna-se evidente, portanto, a grande semelhança entre o comportamento e modo de estar da mãe com depressão pós-parto e o do seu bebé, quando interagem um com o outro.

Deste modo algumas conclusões se impõem com relação à caracterização da interacção mãe-bebé, no caso da mãe desenvolver uma depressão após o parto. Vejamos primeiro o que acontece com a conduta interactiva da mãe, para depois atendermos à conduta interactiva do bebé.

1. Em primeiro lugar, as observações realizadas sobre a interacção mãe-deprimida-bebé, que descrevemos ao longo deste ponto, permitem-nos concluir que a mãe com depressão pós-parto está durante a interacção emocionalmente pouco envolvida com o bebé.

É isso que se pode concluir, por exemplo, da verificação do facto de a mãe deprimida descrever o bebé em termos negativos, ser crítica e hostil em relação a ele, chegando mesmo a expressar rejeição para com ele (e.g., Campbell et al., 1992; Field et al., 1993; Fleming et al., 1988; Goodman & Emory, 1992; Kumar & Robson, 1984; Murray & Stein, 1991; Uddenberg & Eglesson, 1978; Weissman et al., 1972). Designadamente, quando lhe é pedido que faça uma avaliação da conduta do bebé, a mãe com depressão pós-parto faz uma avaliação do bebé em termos negativos (e.g., Campbell et al., 1992; Field et al. 1993; Goodman & Emory, 1992; Murray et al., 1993), exibe pouco afecto e chega mesmo a expressar abertamente hostilidade e rejeição para com o bebé (e.g., Field et al., 1985a; Fleming et al., 1988).

Para além do mais, a mãe com depressão pós-parto introduz mais cedo a alimentação ao biberão (e.g., Murray & Stein, 1991; Fleming et al., 1988) e mantém um reduzido contacto corporal afectivo com o bebé (e.g., Field et al., 1996; Fleming et al.,

1988; Goodman & Brumely, 1990; Murray & Stein, 1991; Murray et al., 1993; Sameroff et al., 1982).

O envolvimento materno pode estar de tal modo comprometido que, nos casos mais graves, pode ocorrer o infanticídio (D'Orban, 1979; Scott, 1992). Com efeito, um elevado número de estudos, cuja revisão bibliográfica foi encetada por Margison (1982), encontrou a presença de depressão associada a ideação suicida num grande número de mães que intentaram ou cometeram infanticídio. D'Orban (1979) que, num período de 6 anos, observou 89 mulheres que intentaram matar ou mataram um ou mais filhos, verificou, por sua vez, que em 21% dessas mães o diagnóstico psiquiátrico de depressão reactiva podia ser feito. Deste modo, a identificação precoce da depressão pós-parto da mãe é uma exigência em termos da prevenção dos maus-tratos infantis e do infanticídio (Scott, 1992).

2) Em segundo lugar, tendo igualmente em conta os estudos empíricos que descrevemos ao longo deste ponto, é possível concluir que a mãe com depressão pós-parto está pouco sensível ao bebé na interacção com ele.

A mãe com depressão pós-parto está pouco sensível ao bebé na interacção com ele, tal como se verifica no facto de ela atribuir pouca importância às necessidades e à realidade própria do bebé, assim como no facto de sintonizar e coordenar menos o seu comportamento com o comportamento e as necessidades de momento do bebé (e.g., Anthony, 1983; Bettes, 1988; Cohler et al., 1970; Field et al., 1989; Murray & Stein, 1991; Tammimen & Salmelin, 1991).

A mãe com depressão pós-parto está pouco sensível ao bebé na interacção com ele, é isso que se conclui também do facto de ela operar poucos esforços no sentido de regular a interacção com o bebé — consequentemente, a proporção de tempo em que se dá a sintonia de estados afectivos e de atenção mútua é muito menor nas díades em que a mãe se encontra deprimida (e.g., Cohn et al., 1986; Field et al., 1989, 1990) — e do facto de ela focar menos o seu discurso verbal na experiência do bebé (e.g., Bettes, 1998; Murray et al., 1993).

A interacção mãe-bebé é muito menos sintonizada e sincronizada porque a mãe deprimida está menos atenta e olha menos para o bebé (e.g., Field, 1983, 1984; Livingood et al., 1983), não coordenando tanto as suas actividades com as dele. Porque atribui pouca importância e está pouco atenta às necessidades e estados de momento do bebé, a mãe deprimida não coordena as suas actividades próprias com as do bebé — tal como se verifica, nomeadamente, no facto de se observarem, por parte da mãe, um reduzido número de respostas contingentes (e.g., Cohn et al., 1986; Field et al., 1985), um reduzido número de propostas de atenção mútua (e.g., Field et al., 1990) e um reduzido número de actividades que se destinem a facilitar o jogo do bebé

(e.g., Stein et al., 1991). A mãe deprimida é menos responsiva na interacção com o bebé, mas é sobretudo incapaz de lhe responder de modo contingente (e.g., Anthony, 1983; Bettes, 1988; Cohn et al., 1986; Field et al., 1985, 1989, 1990; Fleming et al., 1988; Goodman & Emory, 1992).

Algumas mães com depressão pós-parto chegam mesmo a ter uma manipulação que é interferente com a actividade do bebé, agindo de modo intrusivo, o que corresponde a uma situação de máxima insensibilidade pela pessoa do bebé (e.g., Cohn et al., 1990; Lyons-Ruth et al., 1986).

Como está pouco sensível ao bebé, a resposta da mãe não pode ser contingente com a conduta interactiva do bebé (tal como verificam, entre outros, Cohn et al. 1986; Field et al., 1989, 1991; Zekoski et al., 1987). No entanto, Cohn, Campbell, Matias, e Hopkins (1990) advertem que, embora esse dado não seja mencionado nos estudos que acabamos de referir, nas díades em que a mãe se encontra deprimida após o parto, mãe e bebé respondem de igual modo um ao outro, só que escolhem a partilha de momentos negativos e não a partilha de momentos positivos. Haveria sobretudo uma sintonia de estados de atenção negativa — interferência, alheamento e desvio do olhar, por exemplo — e não tanto a sintonia de estados de atenção positiva — jogo, atenção mútua, por exemplo — que geralmente se observa na interacção mãe-bebé.

Deste modo, dificilmente uma interacção mãe-bebé é bem sucedida, pois tal interacção pressupõe alguma sensibilidade ao bebé que permita à mãe sincronizar a sua conduta afectiva e atenção com a disponibilidade interactiva e o estado de momento do bebé (e.g., Tammimen & Salmelin, 1991). Concluí-se igualmente que, dado que se observa que há uma menor duração dos estados de sintonia afectiva e de atenção mútua na díade (e.g., Field et al., 1989, 1990), a interacção é uma interacção pouco partilhada emocionalmente e pouco sincronizada comportamentalmente. Na interacção mãe-bebé, a experiência que resulta para a mãe deprimida e para o bebé, quando acontece a falta de sensibilidade materna, não é a mutualidade de estados afectivos e a reciprocidade de condutas, que habitualmente acontece nos encontros do bebé com a mãe.

Por sua vez, numa situação em que especificamente se pediu à mãe para manter a atenção do bebé, verificou-se um maior número de expressões faciais positivas e um menor número de expressões faciais negativas na díade — ou seja, a atenção positiva e o agrado do bebé na interacção aumenta significativamente quando a mãe deprimida exibe maior envolvimento no jogo — donde se conclui que a pouca sensibilidade da mãe à conduta do bebé não é uma situação que seja do agrado do bebé (Pickens & Field, 1993).

Como já assinalámos, durante o período após o parto, a generalidade das mães encontra-se num estado de hipersensibilidade afectiva para com o bebé (e.g., Brazelton, 1987; Klauss & Kennel, 1976; Schaffer, 1979; Winicott, 1975), o que lhes permite estar atentas e observar continuamente as actividades do bebé, *"de modo a poder acertar as suas intervenções numa sincronia perfeita com as do bebé"* (Schaffer, 1979, p. 105).

Tal como descreve de modo bem sugestivo Schaffer (1979), não é isso que se passa entre o bebé e a mãe com depressão pós-parto, pois, pelo contrário a mãe deprimida *"senta-se apaticamente com o seu bebé nos joelhos, olhando vagamente em volta e dificilmente dando-se conta do comportamento do bebé. Ele, mexe-se desconfortavelmente, mas ela não faz nada para moldar o seu corpo ao dele; ele choraminga, mas ela não investiga a causa da sua indisposição. Não existe sentimento no que quer que faça, ela está vazia de emoções e completamente incapaz de qualquer envolvimento com o seu filho. O fluxo constante do seu comportamento não significa nada para ela: as suas respostas não têm qualquer valor de sinal porque ela está demasiado encarcerada nos seus próprios sentimentos para poder ter consciência dos da criança"* (Schaffer, 1979, p. 122).

Para que se verifique uma interacção adequada entre a mãe e o bebé, a mãe precisa de dar provas de grande flexibilidade e necessita esforçar-se por ajustar o seu comportamento às peculiaridades do bebé, tanto mais que, tal como já assinalámos e em função das grandes diferenças individuais que se observam entre os bebés, o que é adequado para um bebé pode não o ser para o outro. Deste modo, para conseguir que o seu bebé tenha uma conduta interactiva óptima, a mãe tem que se deixar envolver numa relação de disponibilidade recíproca, olhando, estando atenta e aprendendo a conhecer o seu bebé para se adaptar às necessidades mais específicas deste (e.g., Brazelton, 1987).

Compreende-se assim que, no estado de indisponibilidade emocional em que se encontra, mais centrada sobre as suas próprias preocupações e necessidades do que com o bebé, a mãe com depressão pós-parto esteja impedida de agir do modo como acabamos de descrever, de onde decorre uma interacção menos adequada, que pode interferir negativamente no desenvolvimento da criança (e.g., Murray & Stein, 1991).

Os pais insensíveis são talvez o maior obstáculo ao desenvolvimento do bebé *"porque eles parecem estar mais sintonizados com os seus próprios desejos e apatias do que com a criança"* (Schaffer, 1979, p. 131). No caso da depressão pós-parto, essa insensibilidade não tem tanto a ver com uma interpretação errónea das deixas do

bebé como acontece com a mãe psicótica, mas sim com a indisponibilidade emocional da mãe, dado que todos os seus recursos estão a ser usados na resolução das suas próprias dificuldades.

Existem hoje em dia inúmeros dados empíricos que relatam que, quando a interacção da mãe com o bebé se dá de uma forma harmoniosa, quer a mãe quer o bebé procuram activamente emparelhar os seus estados comportamentais e afectivos, o que se verifica exemplarmente nas situações de atenção mútua, de contacto ocular mútuo e de sorriso mútuo. Os estudos apontam ainda a importância destas dimensões, quer no que se refere ao sentimento subjectivo de satisfação interactiva (Moss & Robson, 1968), quer no que se refere ao desenvolvimento de importantes competências para o desenvolvimento da criança, como seja na aptidão para a linguagem (e.g., Bettes, 1988; Schaffer, 1977).

O que acontece nas díades em que a mãe está deprimida é que estes aspectos estão largamente comprometidos dado que a mãe, estando emocionalmente desligada, está indisponível e sem capacidade de resposta afectiva para o bebé. A mãe com depressão pós-parto não está atenta ao comportamento e estado de momento do bebé e, consequentemente, não está capaz de responder contingentemente e de favorecer a mutualidade de comportamentos durante a interacção com o bebé (e.g., Field et al., 1990).

No que se refere, por exemplo, à possibilidade de contacto ocular mútuo — a qual indica abertura, interesse e proximidade na interacção com outrem, alguns autores verificaram que essa é muito reduzida no caso da interacção da mãe deprimida com o bebé (e.g., Livingood et al., 1983). A mãe deprimida está mais sintonizada com as suas necessidades internas do que com os sinais emitidos pelo bebé, pelo que, desconhecendo os sinais relativos à disposição do olhar do bebé a mãe não permitirá que aconteça o contacto ocular mútuo. Uma mãe vigilante do seu bebé pode responder de forma mais apropriada aos seus pedidos interactivos e estará mais capaz de responder com o seu olhar ao olhar do bebé.

Consequentemente, os comportamentos da mãe não se vão sincronizar com os do bebé e a criança vai experienciar alguma desorganização comportamental que resolve retirando-se da interacção com a mãe, como veremos já de seguida (e.g., Cohn et al., 1986, 1990; Field et al., 1990, 1991). A mãe deprimida falha também em responder ao sinais do bebé que visam a regulação da interacção e, deste modo, falha em providenciar ao bebé uma ajuda apropriada à regulação dos seus estados internos (modelo da regulação mútua) (Field et al., 1990).

Um dado interessante a este propósito resulta da constatação de que as mães deprimidas sujeitas a psicoterapia, quando ensinadas a comunicar correctamente

acerca das suas emoções, estão capazes de uma interacção mais adequada com a criança do que as mães com depressão não sujeitas a tratamento, porque estão mais sensíveis aos sinais do bebé e são consequentemente mais capazes de discriminar e interpretar correctamente as expressões emocionais da criança, particularmente as expressões emocionais negativas (Free, Alechina, & Zahn-Waxler, 1996).

Se a mãe está emocionalmente ou afectivamente não responsiva, a sincronia dos comportamentos interactivos ocorre menos provavelmente na díade e a mãe que não tem em atenção as iniciativas e os sinais do bebé, falha em responder-lhe adequadamente, pelo que não obtém o seu *feedback* positivo (Beck, 1995), tornando-se progressivamente menos envolvida emocional e comportamentalmente na interacção com o seu bebé.

3. Em terceiro lugar, tendo também em conta os estudos empíricos que descrevemos ao longo deste ponto, é possível concluir que a mãe com depressão pós-parto é muito pouco estimulante com o bebé na interacção.

A mãe com depressão pós-parto é muito pouco estimulante para com o bebé, dado que exibe níveis muito baixos de actividade (e.g., Field et al., 1985; Goodman & Brumely, 1990; Lyons-Ruth et al., 1986). A mãe com depressão pós-parto oferece-se pouco e oferece pouca estimulação na interacção com o bebé, tal como se verifica no facto de emitir poucas vocalizações (e.g., Bettes, 1988; Field et al., 1983, 1984; Field et al., 1991; Fleming et al., 1988; Sameroff et al., 1992) e de dar pouca entoação nas vocalizações que dirige ao bebé (e.g., Bettes, 1988; Goodman & Emory, 1992; Murray & Stein, 1991; Stein et al., 1991); no facto de procurar pouca proximidade afectiva, pouco contacto corporal e de providenciar reduzida estimulação táctil ao bebé (e.g., Field et al., 1983, 1984; Field et al., 1991; Fleming et al., 1988; Goodman & Emory, 1992; Lyons-Ruth et al., 1986; Sameroff et al., 1992); no facto de exibir poucas expressões emocionais, de dar pouca variedade às suas expressões emocionais, assim como no facto de dirigir poucos sinais afectivos ao bebé (e.g, Bettes, 1988; Field et al., 1991; Murray & Stein, 1991; Stein et al., 1991); no facto de imitar muito pouco a actividade do bebé e de oferecer poucas actividades de jogo ou outras que sejam do seu interesse (e.g., Anthony, 1983; Sameroff et al., 1992; Stein et al., 1991).

Numa situação em que a mãe deprimida reduz ainda mais a grandeza e a variedade da sua conduta interactiva, como é a situação em que se lhe pede para imitar a conduta do bebé, enquanto que o bebé da mãe não-deprimida responde activamente — através de protestos, do arqueamento do corpo — o bebé da mães deprimidas responde passivamente — através de alheamento e de desinteresse — o

que testemunha que o bebé está resignado à falta de estimulação a que é sujeito (Pickens & Field, 1993).

O papel da mãe durante a interacção com o bebé consiste também em providenciar estimulação cuja grandeza e variedade sejam suficientemente adequadas às necessidades interactivas e desenvolvimentais do bebé. Se a mãe está emocionalmente indisponível, a criança desorganiza-se porque perdeu uma importante fonte de estimulação, a mãe. Ao comparar o comportamento de 44 bebés de 4 meses de idade em duas situações experimentais específicas, a situação de separação e a situação de rosto imóvel, Field, Vega-Lahr, Scafidi, e Goldstein (1986) verificaram que ambas as situações eram susceptíveis de provocar mal-estar no bebé, no entanto, tendo em conta as dimensões consideradas — nomeadamente, a aversão do olhar, o franzir da testa e os gritos — o mal-estar evidenciado pelo bebé era muito maior no caso da indisponibilidade emocional do que no caso da indisponibilidade física por parte da mãe, o que levou os autores a concluir que "*ser deixado sozinho por uma mãe deprimida pode ser menos stressante para o bebé do que a experiência de estar perante uma mãe que não responde e está indisponível para a interacção com ele*" (Field et al., 1986, p. 477).

4. Em quarto lugar, tendo ainda em conta os estudos empíricos que descrevemos ao longo deste ponto, é possível concluir que a mãe com depressão pós-parto comunica, na interacção com o bebé, um elevado número de expressões de afecto negativo e um reduzido número de expressões de afecto positivo.

Na interacção com o bebé, a mãe deprimida tende a expressar afecto negativo, quer através do tipo de verbalizações quer através de tipo de expressões faciais que emite.

Com efeito, a maior parte dos estudos já descritos a respeito da interacção mãe-bebé observa que, por exemplo, a mãe deprimida exibe um reduzido número de expressões de afecto positivo, como seja expressões faciais de riso ou de sorriso, e um elevado número de expressões de afecto negativo, como seja expressões faciais de tristeza e zanga (e.g., Anthony, 1983; Campbell et al. 1992, 1995; Cohn et al., 1986, 1990; Field, 1983, 1984; Field et al., 1990; Goodman & Brumely, 1990; Goodman & Emory, 1992; Livingood et al., 1983; Sameroff et al., 1982; Murray et al., 1994; Stein et al., 1991; Weissman et al., 1972).

Esta conduta da mãe interfere muito negativamente na disponibilidade e envolvimento interactivo do bebé, dado que se observa, por parte deste uma expressão emocional semelhante à da sua mãe, como veremos de seguida.

Para além do mais, estudos recentes mostram que a mãe deprimida e o seu bebé tendem a partilhar os seus estados afectivos negativos — irritação, zanga, protesto — e não os seus estados afectivos positivos — sorriso, contentamento, bem-estar, por exemplo. Assim, quando partilham os seus estados emocionais, essa partilha verifica-se a respeito da emocionalidade negativa e não a respeito da emocionalidade positiva, como acontece na interacção da mãe sem perturbação psicológica assinalável com o seu bebé (e.g., Cohn et al., 1990; Field et al., 1989, 1990).

Esses estudos observam ainda que, também ao nível da expressão vocal, as mães deprimidas tendem a ser mais negativas do que positivas e comunicam a mesma emocionalidade negativa que encontramos ao nível das suas expressões faciais durante os encontros com o bebé. Nomeadamente, porque não produzem os exageros de entoação vocal e porque apresentam um tom de voz monótono na interacção com o bebé, as mães com depressão pós-parto são mais negativas do que positivas também ao nível vocal (e.g., Bettes, 1988; Cohn et al., 1990; Murray & Stein, 1991; Murray et al., 1993).

Para além do mais, os pais que se encontram deprimidos durante os primeiros meses de vida do bebé apresentam um comportamento semelhante, por exemplo, exibem pouca proximidade física, pouco contacto afectivo com o bebé e um número diminuído de vocalizações (Zaslow, 1985).

A propósito da manutenção das características da interacção mãe-deprimida-bebé após a reconversão da sintomatologia materna, refira-se que, enquanto que alguns autores encontram que, após a reconversão da sintomatologia depressiva materna, não se verificam, na interacção da mãe com o bebé, as circunstâncias adversas observadas enquanto as mães estiveram deprimidas (e.g., Fleming et al., 1988; Sameroff et al., 1982), outros autores assinalam que, mesmo após a reconversão da sintomatologia materna, as mães deprimidas continuam a relacionar-se de um modo pouco adequado com o bebé (e.g., Murray & Stein, 1991; Stein et al., 1991).

No entanto, assinale-se também que no caso da depressão da mãe se manter durante todo o primeiro ano de vida do bebé, a interacção mãe-bebé, ao ano de idade do bebé, está significativamente mais deteriorada do que no caso de a reconversão da sintomatologia materna se ter dado depois do 6º mês do pós-parto (e.g., Field, 1995). Assinale-se ainda que a qualidade da interacção que se verifica na díade, durante o 2º ano de vida do bebé, é mais determinada pelo facto de ter ou não ocorrido depressão a seguir ao parto do que pelo facto de a mãe estar ou não deprimida nesse preciso momento (e.g., Stein et al., 1991).

Por último, é igualmente importante referir que a depressão pós-parto afecta não apenas a interacção da mãe com o bebé, mas também afecta negativamente a relação da mãe com as outras crianças mais velhas, se ela as tiver (Tarullo, DeMulder, Ronsaville, Brown, & Radke-Yarrow, 1995).

A propósito dos efeitos da qualidade da interacção mãe-bebé sobre a reconversão depressão pós-parto materna, os dados da investigação actual mostram que as mães que são observadas a interagir de modo menos positivo aos 2 meses de idade do bebé se mantêm por mais tempo deprimidas do que as mães que muito embora estivessem deprimidas aos 2 meses de idade do bebé foram observadas a interagir de um modo mais positivo (e.g., Campbell et al., 1992; Zekoski et al., 1987). A depressão materna dificulta a interacção mãe-bebé, mas a qualidade da interacção que se estabelece entre o bebé e a mãe, por sua vez, também interfere no curso da depressão materna (e.g., Campbell et al., 1992; Fleming et al., 1988; Zekoski et al., 1987).

Vejamos agora o que acontece com a conduta interactiva do bebé, na interacção com a mãe deprimida após o parto.

Tendo em conta os mesmos estudos empíricos que descrevemos ao longo deste ponto, é possível concluir que, no que se refere especificamente ao bebé da mãe deprimida, os resultados apresentados mostram que ele está habituado à conduta interactiva da sua mãe e que ele desenvolveu um padrão interactivo próprio (e.g., Field, 1984; Field et al., 1986).

Sabemos, por um lado, que o bebé adaptou o seu comportamento ao da mãe, dado que se observa que o bebé, tal como a sua mãe, exibe um reduzido número de expressões de afecto positivo e um elevado número de expressões de afecto negativo e dado que se observa que o bebé, tal como a sua mãe, tende a sintonizar os seus estados emocionais de expressão negativa, mais do que os seus estados emocionais de expressão positiva (e.g., Cohn et al., 1986, 1990; Field, 1984; Field et al., 1990). Deste modo, podemos dizer que existe, por parte do bebé da mãe deprimida, uma adaptação ao comportamento da mãe, dado que, também sabemos que, aos 3-4 meses, o bebé é já capaz de se aperceber das alterações na expressão emocional da mãe e de encetar um conjunto de esforços no sentido de reinstalar a interacção normal, o que não acontece no caso da interacção do bebé com a sua mãe deprimida, pelo que se torna evidente que *"o bebé se encontra resignado à falta de estimulação materna"* (Field, 1984, p. 520).

Existem ainda dados empíricos que apontam que os bebés das mães deprimidas estão fisiologicamente adaptados ao tipo de interacção que lhes é proposto pelas mães, tal como pode ser avaliado pela ausência de elevação nos níveis de cortisol e de batimentos cardíacos, aquando da interacção em circunstâncias em que se pede à mãe para que pareça deprimida (Field et al., 1988).

Sabemos, por outro lado, que existe um padrão típico de comportamento interactivo do bebé da mãe deprimida, dado que, quando se compara o comportamento do bebé na interacção com a mãe-deprimida e com um adulto não-deprimido, se verifica que a conduta interactiva do bebé para com a sua mãe não é apenas uma forma do bebé se relacionar com ela, mas já um estilo interactivo próprio do indivíduo, pois que se generaliza às suas interacções com outras pessoas com as quais ele interage (Field et al., 1988). Este resultado empírico sugere que, aos 4 meses de idade, o bebé possa já ter desenvolvido um estilo interactivo de tipo depressivo, caracterizado pela presença de reduzida expressão afectiva, aborrecimento e desagrado e baixos níveis de actividade na interacção (e.g., Field et al., 1985a).

Mais, dado que se observa que o adulto não-deprimido quando interage com o bebé da mãe deprimida é levado a sintonizar o seu estilo interactivo e a ter uma actuação interactiva menos adequada com ele, podemos ainda concluir que tal estilo interactivo de tipo depressivo que se encontra no bebé da mãe deprimida tem elevadas probabilidades de se perpetuar, já que parece ser reforçado em diferentes contextos interpessoais (e.g., Field et al., 1988).

No entanto, mais recentemente, não se observou que a interacção dos bebés das mães com depressão pós-parto com adultos não-deprimidos que eles conheçam — o pai (Hossain et al., 1994) ou uma ama (Palaez-Nogueras et al., 1994) — seja adversamente influenciada por essa circunstância, o que parece garantir a possibilidade de a criança desenvolver padrões alternativos de interacção, desde que tenha a possibilidade de desenvolver relações adequadas com outras pessoas da sua família.

Na interacção com a mãe, verificou-se que os bebés das mães deprimidas tinham uma conduta que sinalizava mal-estar, nomeadamente observou-se que olhavam muito pouco para as mães, alheavam-se e estavam menos atentos e menos concentrados na interacção com a mãe (e.g., Cohn et al., 1986,1990; Field 1983, 1984; Field et al., 1990, 1991; Stein et al., 1991). Para além disso, observou-se ainda que os bebés das mães deprimidas tinham dificuldade em equilibrar as suas fases de atenção-desatenção e era muito frequente a aversão do olhar (e.g., Lier, 1983). Observou-se também que estes bebés exibiam um maior número de expressões faciais negativas e de respostas negativas (e.g., Campbell et al., 1995; Cohn et al., 1990; Field, 1983; 1984;

Field et al., 1990; Stein et al., 1991), por exemplo, choravam e gritavam mais do que os bebés das mães que não se encontravam deprimidas (e.g., Tammimen & Salmelin, 1991). Tal comportamento muito presumivelmente resulta da conduta intrusiva que as mães com depressão pós-parto encetam com o bebé (e.g., Cohn et al., 1986) e/ou da modelagem em espelho que o bebé faz da conduta materna (e.g., Cummings & Cicchetti, 1990; Field, 1995).

Interagir com uma mãe que não está emocionalmente envolvida, e cujo nível de actividade é muito reduzido, não é uma tarefa nem muito agradável nem muito estimulante para o bebé, o qual, consequentemente, vocaliza menos para a mãe (e.g., Field 1983, 1984; Field et al., 1991; Stein et al., 1991), exibe menos expressões faciais positivas e mais expressões faciais negativas (e.g., Cohn et al., 1986; Field 1983, 1984) e brinca menos com a mãe, do que acontece com o bebé cuja mãe não apresenta perturbação psicopatológica (e.g., Cohn et al.,1986).

Os bebés, tal como as suas mães, estão ainda frequentemente retirados da interacção, pelo que se observa um reduzido número — quer de respostas quer de propostas interactivas — do bebé em direcção à mãe (e.g., Cohn et al., 1986, 1990; Field et al., 1990, 1991; Stein et al., 1991).

Assim, os bebés das mães com depressão pós-parto exibem também maior ressonância ao comportamento negativo de suas mães, o que, por um lado, sugere que os bebés possam moldar em espelho o humor predominante deprimido de suas mães, mas o que, sobretudo, faz com que *"os comportamentos "deprimidos" dos bebés deprimidos possam por sua vez aliciar ou reforçar o comportamento depressivo materno"* (Field, 1995, p. 4), ocorrendo um sistema de retroacção negativo na díade.

Existem testemunhos relativos à actividade psicofisiológica do bebé, avaliada durante a interacção mãe-bebé, que dão suporte ao facto de acontecer pouca actividade interactiva e poucas ocasiões de transmissão emocional positiva e muitas ocasiões de transmissão emocional negativa nas díades mãe-deprimida-bebé, quando comparada com as díades mãe-não-deprimida-bebé. A reduzida experiência de emoções positivas — tais como prazer e interesse — e a vasta experiência de emoções negativas — tais como mal-estar e desagrado — durante a interacção mãe-bebé nas díades em que a mãe está deprimida, foi verificada pela observação dos padrões EEG (Dawson et al., 1992; Field, Fox, et al., 1995), mostrando que *"o afecto expresso pelos bebés das mães deprimidas se associa a um padrão de actividade similar ao encontrado em bebés inibidos e em crianças e adultos cronicamente deprimidos"* (Field, Fox, et al., 1995, p. 358). A reduzida actividade na díade foi verificada

pela observação dos padrões de baixa actividade do sistema nervoso autónomo (Field, Pickens, et al., 1995).

Dadas as características da conduta interactiva da mãe deprimida e do bebé, extensivamente detalhadas ao longo deste capítulo, assinale-se a forte influência recíproca negativa que mãe e bebé exercem um sobre o outro.

Não sabemos, no entanto, se estas características interactivas que se observam na conduta do bebé com a mãe deprimida resultam das condições existentes à nascença — já que os bebés das mães deprimidas são descritos como menos activos e menos responsivos à interacção social (e.g., Field et al., 1985) — ou das condições providenciadas pelas mães após a nascença.

Também permanece por esclarecer se o bebé desenvolve um estilo ou padrão de interacção deprimido que se generaliza à interacção com outras pessoas que não a mãe e que interfere negativamente com a conduta destas mesmas pessoas (tal como verificam Field et al., 1988); ou se — dado que não se verificam na interacção com o pai não-deprimido (Hossain et al., 1994), e também não com uma ama (Palaez-Nogueras et al., 1994) — esse estilo se limita à interacção com pessoas desconhecidas para o bebé.

No que se refere aos bebés das mães que não reportam sintomas depressivos, assinale-se ainda que estes evidenciam na interacção com a mãe, tal como acontece com os bebés das mães com depressão pós-parto, mais expressões de tristeza e de zanga e menos expressões de interesse do que os bebés das mães não-deprimidas (Field et al., 1991), o que é também uma questão cuja explicação fica por dar.

Assim, estando alterada a conduta interactiva da mãe e a conduta interactiva do bebé pelo facto da mãe se apresentar deprimida após o parto, não é de estranhar que seja significativamente diferente a conduta interactiva na díade: particularmente, menos partilha de estados emocionais e de atenção positiva (e.g., Field et al., 1989, 1990), mais partilha de estados emocionais e de atenção negativa (e.g., Field et al., 1989, 1990), menos atenção mútua (e.g., Field, 1990) e menos contingência entre a conduta da mãe e do bebé (e.g., Cohn et al., 1986).

Uma outra questão sobre a qual importa concluir é a respeito dos mecanismos de transmissão de efeitos adversos na interacção mãe-bebé.

Tendo igualmente em conta os estudos empíricos que descrevemos ao longo deste ponto, é possível explicar as implicações adversas da depressão materna na interacção mãe-deprimida-bebé e no desenvolvimento do bebé. Tal como vamos referir no ponto seguinte, um elevado número de investigadores verificou uma maior

tendência para a depressão nas crianças filhas de mães que estiveram deprimidas após o parto (e.g., Weissman et al., 1984, 1987), assim como verificaram, junto dessas mesmas crianças, um desenvolvimento cognitivo mais pobre (e.g., Cogill et al., 1986) e um desenvolvimento sócio-emocional menos adequado (e.g., Caplan et al., 1989; Lyons-Ruth et al., 1986).

Para explicar tais resultados empíricos, os autores socorreram-se essencialmente de duas hipóteses muito distintas. A primeira hipótese valoriza a influência de agentes do meio, enquanto que a segunda hipótese privilegia os agentes genéticos e orgânicos. Os modelos que, segundo a primeira hipótese, valorizam os agentes do meio, consideram ambos que a interacção da mãe com o bebé é uma via de transmissão de características psicopatológicas de pais para filhos.

Sabe-se muito pouco a propósito da transmissão genética da depressão de pais para filhos, pelo que a maior parte dos autores sugere que o comportamento e afecto depressivo podem desenvolver-se na criança pequena em função das suas interacções precoces com uma mãe deprimida (e.g., Field et al., 1988).

Lembramos que, na interacção com o bebé, a mãe com depressão pós-parto exibe um elevado número de expressões de afecto negativo e um reduzido número de expressões de afecto positivo (e.g., Cohn et al., 1986, 1990; Field, 1984; Field et al., 1990). Tal como assinalam, entre outros Field, Healy, Goldstein, e Gutherz (1990) e Cohn, Campbell, Matias, e Hopkins (1990), e contrariamente ao que geralmente acontece na interacção da mãe com o bebé, nas díades em que a mãe está deprimida, quer a mãe quer o bebé sintonizam mais as suas expressões de afecto negativo do que as suas expressões de afecto positivo, tal como se observa, por exemplo, no facto de a mãe e de o bebé se juntarem mais vezes para expressarem afectos negativos do que para expressarem afectos positivos.

A hipótese defendida, entre outros por Cohn, Matias, Tronick, Connell, e Lyon-Ruth (1986) e por Tronick e Gianino (1986), refere-se à comunicação de afectos entre a mãe e o bebé. Como se sabe, as expressões faciais emocionais são inatas no bebé humano e, sendo actividades reflexas à nascença, tornam-se progressivamente determinadas por estímulos exteriores e são progressivamente utilizadas com uma função instrumental (Stern, 1980). Por outro lado, a reacção emocional aos estímulos parece preceder, no bebé humano, a reacção cognitiva (Zajonc, 1980) e sabemos hoje que o bebé muito pequeno é sensível à mensagem afectiva transmitida pela mãe, dado que, nomeadamente, na presença de uma mãe que simula estar deprimida o bebé responde de forma específica a esse afecto (Cohn & Tronick, 1983). Deste modo, *"durante as suas primeiras interacções com a mãe, os bebés estão a aprender ... a fazer*

comparticipar o seu afecto" (Maccoby & Martin, 1983, p. 81), e, mais tarde, as suas reacções emocionais vão ser interiorizadas, servindo de guia para situações futuras.

É assim que, os bebés que tenham experimentado predominantemente situações de mal-estar durante as suas interacções precoces se tornam menos positivos e mais negativos nas suas interacções futuras. Como salienta Brazelton (1987), as interacções precoces são precursoras das interacções futuras, pois que, quando na primeira infância determinados modelos psicomotores têm bom resultado, é muito provável que esses modelos *"venham a ser repetidos e aprendidos, tornando-se, finalmente, os modelos preferidos da criança mais velha"* (Brazelton, 1987, p. 10).

O modelo de Tronick e Gianino (1986), conhecido pelo modelo da regulação mútua, assenta no facto de a mãe deprimida falhar em responder adequadamente aos sinais emocionais do bebé, o que resulta no estabelecimento de uma interacção mãe-bebé mais pobremente coordenada que propicia à vivência de estados de afecto negativo pelo bebé. Muito embora, no início, o bebé possa ter realizado esforços no sentido de reparar a interacção com a mãe, os seus sucessivos fracassos nesta tarefa vão conduzí-lo ao abandono das estratégias activas e à vivência repetida de estados de afecto negativo, voltando-se sobre si mesmo e adoptando um estilo auto-dirigido na regulação emocional. Assim, a falta de contingência que observa nas respostas da mãe às suas iniciativas interactivas, conduziria o bebé à aprendizagem da incontrolabilidade (Zekoski et al., 1987). Principalmente porque essa experiência ocorre num momento crítico no desenvolvimento das competências interactivas (e.g., Stern, 1980).

Um outro modelo explicativo — designado por *"psychobiological attunement model"* (Field, 1995) — refere mais simplesmente que os bebés das mães com depressão pós-parto estão sujeitos a uma menor estimulação e podem desenvolver um estilo interactivo passivo, resignando-se à falta de estimulação de que são alvos, quando são colocados repetidas vezes face a uma mãe nada responsiva (e.g., Bettes, 1988; Field, 1984, Field et al., 1988).

Observa-se com efeito que, numa situação em que a mãe deprimida exibe um maior número de expressões faciais positivas e está mais envolvida na interacção com o bebé, o bebé, por sua vez, exibe um maior envolvimento e um maior número de expressões faciais positivas; enquanto que, numa situação em que a mãe deprimida reduz ainda mais o leque e variedade de estímulos que apresenta ao bebé na interacção, o bebé não responde, contrariamente ao que se observa na mesma situação com os bebés das mães não-deprimidas que protestam activamente e procuram envolver a mãe na interacção (Pickens & Field, 1993).

A hipótese defendida por estes e outros autores, nomeadamente também por Sameroff, Seifer, e Zax (1982), confere, assim, mais importância à indisponibilidade emocional da mãe e à insuficiente estimulação de que é alvo o bebé da mãe deprimida. Associam o papel principal da mãe na interacção com o bebé ao providenciar estimulação com intensidade adequada e com variedade suficiente à experiência de emoções e situações interactivas diversificadas (Bettes, 1988; Field et al., 1986).

Com efeito, a maior parte das mães são mestras em recriar intuitivamente, em cada um dos momentos do desenvolvimento do bebé, a estimulação que ele necessita e está constitucionalmente preparado para receber. Contrariamente a isso, a mãe deprimida sujeita o seu bebé a uma menor estimulação geral, dado que, como vimos nos estudos empíricos apresentados — brinca menos com ele, vocaliza e verbaliza menos na sua direcção, imita-o menos, contempla-o menos, providencia-lhe menos estimulação táctil e quinestésica, é mais vagarosa na interacção com ele, é menos hábil em usar com ele os exageros de entoação vocal que as mães habitualmente dirigem ao bebé, etc.

Assim sendo, tendo em conta as necessidades desenvolvimentais do bebé, os estímulos interactivos que a mãe com depressão pós-parto proporciona ao bebé podem ser considerados como — demasiado fracos, demasiado simples e demasiado repetitivos, para esse efeito (e.g., Bettes, 1988). Consequentemente, a mãe não estimula o bebé à participação interactiva nem proporciona as experiências necessárias ao desenvolvimento da sua capacidade de leitura dos sinais e das expressões interpessoais que correntemente acontecem nos encontros humanos.

Deste modo também, as diferenças encontradas na interacção da mãe deprimida com o seu bebé interferem naquilo que Bakeman e Brown (1987) consideraram o trabalho de uma *"boa"* mãe, o qual consiste em continuar a responder ao bebé, continuando a interagir com ele até que ele esteja completamente satisfeito.

Alguns dados empíricos suportam esta hipótese. Com efeito, Field, Grizzle, Scafidi, Abrams e Richardson (1996), numa intervenção terapêutica sobre 20 díades mãe-bebé, desenvolvida 2 vezes por semana ao longo de 6 semanas, conseguiram, através do aumento da estimulação táctil da mãe na interacção com o bebé, proporcionar a melhoria da conduta interactiva do bebé — os bebés-alvo choravam menos, estavam menos tensos, apresentavam-se mais sociáveis e passavam mais tempo acordados e disponíveis para a interacção com a mãe do que os bebés das mães deprimidas que não foram sujeitos à referida intervenção.

Durante as interacções precoces que estabelece com a mãe deprimida, e através de um processo de aprendizagem social, o bebé tem também a oportunidade

de moldar o seu comportamento e afecto depressivo, pela observação que faz da conduta interactiva da mãe — isto é, pela observação e modelagem comportamental. O comportamento depressivo da mãe pode então ser imitado pelo bebé, o que conduziria à formação de um repertório de competências sociais limitado, sendo que o bebé adopta a não responsividade e o afecto negativo que observa na mãe, o qual se vai tornar num padrão de expressão que a criança utiliza consistentemente nos seus encontros interpessoais futuros (Cummings & Cicchetti, 1990; Field, 1995).

No entanto, é ainda possível que os bebés se encontrem deprimidos mesmo antes que se iniciem as suas interacções com a mãe, ou seja, que eles possam estar deprimidos desde o nascimento, o que sugeriria uma base genética ou temperamental para o comportamento deprimido dos bebés (e.g., Sameroff & Seifer, 1983). Esta segunda hipótese considera os efeitos do ambiente pré-natal e do temperamento neo-natal do bebé, consequente à influência genética e pré-natal da depressão materna, no estabelecimento da interacção mãe-bebé. *"O estado depressivo do bebé surge antes da experiência da interacção com a mãe"*, caracteriza-se principalmente por — fraca resposta, menor orientação para os estímulos sociais e outros, expressão negativa, desregulação psicofisiológica — e faz com que *"mais dificilmente o bebé tenha uma contribuição positiva nas interacções inadequadas providenciadas pela sua mãe"* (Field, 1995, p. 11).

Refira-se ainda a esse propósito que sabemos que os bebés das mães que estiveram deprimidas durante a gravidez, quando são avaliados logo à nascença através da escala BNAS, exibem níveis menos elevados de actividade e respondem menos à estimulação social (Abrams, Field, Scafidi, & Prodomidis, 1994; Field et al., 1985a), assim como mostram um temperamento mais difícil à nascença — zangam-se facilmente e são dificilmente consoláveis (Whiffen & Gottlieb, 1989; Zuckerman, Als, Bauchner, Parker, & Cabral, 1991), sendo que estas dificuldades podem contribuir para o desregular das interacções precoces com a mãe (Field, 1995).

O temperamento ou estilo comportamental do bebé é, no entanto, um elemento que, tal como sugere ainda recentemente Murray (1996), não foi suficientemente estudado no que se refere aos factores que podem originar o estabelecimento da interacção mãe-deprimida-bebé na forma como a caracterizamos. No entanto, Trad (1987) salientou que esse é sobretudo um elemento moderador do impacto da depressão pós-parto da mãe na interacção mãe-bebé, dado que observou que, por exemplo, os bebés que reagem com fraca intensidade e fraca actividade aos estímulos recebem mais expressões da afecto positivo por parte das suas mães.

Por último, uma abordagem integrativa — o modelo da acumulação de situações de risco — que incorpora as diversas explicações até agora apresentadas, foi mais recentemente proposta, a qual simultaneamente considera: (a) a presença de uma predisposição biológica em função da exposição pré-natal (influências fisiológicas e hormonais e potencial genético); (b) a presença de uma influência ambiental, devido à exposição ao comportamento deprimido materno; (c) a possibilidade de factores de risco adicionais, tais como má nutrição, pré-termo, ausência de um prestador de cuidados alternativos, como o pai ou a avó, por exemplo (Field, 1995).

Podemos então esperar que se encontrem, tal como demonstram os estudos que apresentamos no ponto seguinte, efeitos adversos no desenvolvimento da criança, quer no que se refere ao seu desenvolvimento cognitivo, pela falta de estimulação a que está sujeito o bebé da mãe deprimida, quer no que se refere ao seu desenvolvimento sócio-emocional, pelos padrões afectivos e relacionais desadaptados a que está exposto na interacção com a mãe. Podemos ainda concluir que existem razões teóricas muito fortes que sustentam a hipótese de que a depressão da mãe é por si só e pelas circunstâncias que se lhe associam um importante factor de risco para o desenvolvimento da criança.

Desde há alguns anos a esta data que a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao bebé tem sido entendida para além do que se refere exclusivamente às necessidades físicas deste. Assim, como vimos no capítulo anterior, são hoje em dia consideradas as necessidades psicológicas do bebé, acentuando-se, para esse efeito, as dimensões sócio-emocionais e comunicativas da interacção da mãe com o bebé, dimensões nas quais a mãe se revela uma pessoa no contacto específico com uma outra pessoa, o bebé. Nesse sentido, tal como reportámos ao longo deste capítulo, procurou-se avaliar a qualidade da interacção mãe-bebé providenciada por mães com diferentes perturbações psicopatológicas, tendo-se verificado que o estado de saúde mental da mãe afecta de forma muito adversa a interacção que a mãe estabelece com o bebé, particularmente nas dimensões que parecem ser mais importantes para o desenvolvimento harmonioso da criança.

A maior parte das mães são hábeis em recriar intuitivamente a estimulação que o bebé está constitucionalmente preparado para receber. No entanto, uma das três situações seguintes pode acontecer: a) excesso de estimulação, que conduz ao fracasso da reciprocidade interactiva, caso a mãe não tome em conta as tentativas de regulação do bebé; b) estimulação paradoxal, que conduz a uma desorganização interactiva, dado a contradição que se inscreve entre as diversas mensagens interactivas enviadas pela mãe; c) sub-estimulação, no caso em que a mãe não é

capaz de exibir os comportamentos sociais que lhe são solicitados pelo bebé, não se estabelecendo de igual modo uma interacção adequada (Stern, 1980). Nas três situações agora descritas, a atenção, a excitação e o afecto do bebé não podem variar na sua extensão óptima, visto que os acontecimentos interactivos propostos pela mãe são ou muito simples ou muito complicados, ou muito surpreendentes ou muito conhecidos, e, assim sendo, não variam na grandeza e forma adequadas ao estabelecimento de uma interacção harmoniosa e ao desenvolvimento de um sentido de auto-eficácia, por parte do bebé. Como apresentámos ao longo deste capítulo, é isso que acontece na interacção que estabelecem com os bebés as mães com diversos distúrbios psicopatológicos.

O que mais parece caracterizar a interacção mãe-bebé no caso da mãe esquizofrénica ou com uma outra desordem psicótica é a sua *"incapacidade para interpretar de modo adequado os sinais através dos quais o bebé manifesta a suas necessidades, o que testemunha a sua dificuldade em perceber o bebé na sua realidade própria"* (Bursztejn & Sitbon, 1991, p. 2), e resulta numa maneira de estar que implica a estimulação paradoxal do bebé.

Na opinião de Tifanny Field (1986), a dificuldade de algumas mães pode consistir em encontrar a quantidade de estimulação adequada — tendo em conta as competências do bebé — a propor ao bebé, o qual se torna progressivamente não responsivo por ser continuamente exposto a um excesso de estimulação. A dificuldade de outras tantas mães pode não ser essa, pois não é isso que acontece com as mães com depressão pós-parto que apresentam pouca quantidade de estimulação, o que acontece nestas circunstâncias é que a não responsividade do bebé e a perturbação da interacção resulta da não responsividade das mães.

Com respeito aos comentários metodológicos e a futuras investigações, face às limitações apontadas nos estudos já apresentados, refira-se a necessidade de, futuramente, se operar um diagnóstico mais minucioso do estado psicopatológico da mãe na selecção da amostra, nomeadamente em relação a características de gravidade, duração e outros aspectos associados à depressão pós-parto, pelo que a entrevista psiquiátrica deve ser um elemento essencial, não sendo suficientes os questionários de auto-administração para se realizar a composição dos grupos experimental e de controle (e.g., Campbell et al., 1995; Cohn et al., 1986; Rutter, 1990).

Por outro lado, temos hoje alguns dados empíricos que testemunham que *"o efeito do contexto imediato no qual a interacção mãe-bebé é observada ... é largo e persuasivo"* e que *"esse efeito ultrapassa o efeito de factores como o estado de saúde*

mental da mãe, o estatuto social, o sexo e a ordem de nascimento do bebé "(Seifer et al., 1992, p.424). Assim, dado que a situação em que a interacção mãe-bebé é observada é um aspecto tão determinante na qualidade da interacção mãe-bebé que acontece, torna-se necessário considerar uma diversidade de situações quando se pretende averiguar o efeito do estado de saúde mental da mãe sobre o comportamento interactivo da mãe e do bebé (e.g., Goodman & Brumley, 1990).

Estamos pois em perfeita sintonia com os recentes comentários de Rutter (1990), de Goodman e Brumley (1990) e de Seifer, Sameroff, Anagnostopolou, e Elias (1992), os quais consideraram que muitos dos estudos realizados a propósito da interacção mãe-bebé utilizaram amostragens de tempo demasiado pequenas e efectuaram-se em situações interactivas que, embora estivessem muito bem definidas, eram demasiado restritivas e apenas permitiam considerar um reduzido número de comportamentos, tendo em conta as variadíssimas dimensões que podem ser consideradas na interacção mãe-bebé.

A maior parte dos autores dos estudos que compararam a interacção mãe-bebé no caso de diferentes distúrbios psicopatológicos maternos é de opinião que a qualidade da interacção mãe-bebé é ainda pior no caso das mães esquizofrénicas (e.g., Goodman & Brumely, 1990) do que no caso das mães deprimidas, mas essa conclusão é contrária aos resultados de alguns estudos que verificaram pior interacção no grupo das mães com depressão após o parto (e.g., Sameroff et al., 1992), sendo esta uma última questão que ficou por resolver na investigação actual.

Por sua vez, os dados empíricos sugerem ainda que a conduta do bebé na interacção com a mãe deprimida pode resultar de influências várias — isto é, pode resultar do efeito da aprendizagem por observação, e/ou mais simplesmente da falta de estimulação a que o bebé está sujeito e/ou ainda de determinismos genéticos e/ou pré-natais que falta esclarecer.

Face a estes resultados, não fica explícito se o diminuído nível de actividade do bebé que se verifica na interacção, quer com a mãe quer com um estranho, logo aos 3 meses de idade, é meramente um estilo comportamental que persiste desde o nascimento ou se foi largamente desenvolvido, em consequência da exposição prolongada a um comportamento depressivo, dada a estimulação mínima de que o bebé foi alvo, ou em consequência do repetido insucesso em reinstaurar interacções mais gratificantes com a mãe a que o bebé foi sujeito (e.g., Field, 1986, Field et al., 1988).

Torna-se, portanto, necessário um estudo mais intensivo que acompanhe os bebés desde o nascimento e durante os primeiros meses de vida, nomeadamente uma avaliação neo-natal minuciosa, a fim de averiguar com consistência a génese do

desenvolvimento de um estilo interactivo depressivo na interacção dos bebés das mães deprimidas (Field, 1986), bem como para avaliar o papel da própria conduta e temperamento do bebé no padrão de comportamento interactivo observado pela mãe na interacção com ele (Field et al., 1988), sendo que esse pode ser resultado da depressão materna tanto quanto de influências genéticas e de complicações médicas durante a gravidez e parto (Field et al., 1985; Goodman & Emory, 1992).

Tal como salientam Cohn, Matias, Tronick, Connell, e Lyon-Ruth (1986), estamos, no entanto, convencidos de que as interacções iniciais entre a mãe e o bebé são uma via através da qual a depressão pode ser transmitida da mãe para o filho, dado que, no decorrer dessas mesmas interacções, o bebé constrói uma primeira ideia acerca de si, dos outros e do mundo em geral, a partir do que observa na mãe. Estas primeiríssimas experiências interpessoais do bebé, nos contactos que mantém com uma mãe deprimida, deixarão com certeza algumas marcas na organização da sua pessoa, pois a realidade que se lhe afigura é em si muito distinta da realidade que se afigura a um outro bebé, que interage com uma mãe sem perturbação psiquiátrica assinalável.

Os estudos que foram aqui referidos mostram claramente que a natureza da interacção mãe-bebé é significativamente afectada pelo facto de a mãe se encontrar deprimida após o parto. Sem nenhum equívoco, todos eles evidenciam que o estado de humor da mãe influencia a sua conduta na interacção com o bebé, nos aspectos que salientamos, e que a conduta da mãe influencia, por sua vez, a conduta do bebé na interacção, com a mãe ou com outros adultos que não a mãe, nos aspectos que também salientamos.

Certifica-o os resultados de uma recém meta-análise conduzida sobre 19 estudos publicados entre 1983 e1993 para estimar a magnitude dos efeitos da depressão pós-parto materna sobre a qualidade da interacção mãe-bebé, durante o primeiro ano de vida do bebé. Tais resultados indicam que *"a depressão pós-parto da mãe tem um efeito moderado a elevado na qualidade da interacção mãe-bebé durante o primeiro ano do pós-parto"* (Beck, 1995, p. 303), e que tais efeitos se verificam quer na qualidade da conduta interactiva materna, quer na qualidade da conduta interactiva do bebé e na qualidade da conduta interactiva na díade.

No entanto, alguns autores chamam a atenção para o facto de que nem todas as mães deprimidas estão distantes e retraídas na interacção com o bebé, dado que algumas das mulheres com depressão pós-parto se mostram altamente intrusivas e exibem com elevada frequência expressões de irritação na interacção com o bebé, e isso parece verificar-se sobretudo nas amostras de alto-risco (e.g., Cohn et al., 1986; Campbell et al., 1995).

Saliente-se ainda a questão relativa ao facto de se observar que uma pequena parte das mães com depressão pós-parto é capaz de uma interacção adequada com o bebé (e.g., Campbell, Cohn & Meyers, 1995; Cohn et al., 1986), o que tem sido associado a circunstâncias diversas que ainda não foram suficientemente estudadas. Falta assim esclarecer o facto de algumas mães com depressão pós-parto estarem capazes de interacções adequadas com o bebé, assim como falta encontrar os factores que se associam à depressão pós-parto e agravam a qualidade da interacção mãe-bebé.

Alguns desses factores já foram apresentados ao longo desta secção, a saber: sexo masculino do bebé (Cohn et al., 1990; Murray et al., 1994), circunstâncias sociais e económicas adversas — como seja, desemprego ou classe social baixa (Cohn, 1990; Seifer et al., 1992) —, dificuldades no contexto relacional — como seja, conflitos conjugais, falta de suporte social e dificuldades temperamentais do bebé (Fleming et al., 1988; Stein et al., 1991), gravidade e duração da depressão pós-parto (Campbell et al., 1995; Field, 1995) e o facto da depressão ocorrer pela primeira vez na vida da mulher (Murray & Stein, 1991).

Campbell, Cohn, e Meyres (1995), muito recentemente, num estudo que desenvolveram sobre uma amostra de mães primíparas de baixo-risco, constataram que a depressão pós-parto não se associa necessariamente a uma interacção mãe-bebé menos adequada. Com efeito, nas diferentes situações observadas — interacção em situação de face-a-face, de jogo e de alimentação — estes autores verificaram que a qualidade da interacção das mães que se mostravam deprimidas não diferia da interacção que acontecia num grupo de mães primíparas não-deprimidas e com características demográficas semelhantes, desde que as mães não se mantivessem deprimidas para além do 6° mês do puerpério. Nesta amostra, 30% das mães que desenvolveram depressão pós-parto ainda se mantinham deprimidas aos 12 meses do puerpério e foram consideradas como sofrendo de depressão crónica, e conduziram à verificação de que *"a depressão clínica durante o pós-parto tem um impacto negativo na qualidade da interacção mãe-bebé ..., apenas no caso de se manter para além dos 6 primeiros meses após o parto"* (Campbell et al., 1995, p. 356).

A investigação futura deverá privilegiar o estudo dos factores de risco e de protecção associados na contribuição da depressão da mãe para a qualidade da interacção mãe-bebé, assim como deverá ter em conta as dimensões psicofisiológicas que garantem as evidências comportamentais e, mais ainda, deverá ser particularmente destinada à intervenção psicoterapêutica junto da interacção mãe-deprimida bebé.

Finalmente, falta esclarecer as circunstâncias relacionadas com as mães que não apresentam qualquer sintomatologia depressiva, tal como pode ser avaliada através de um questionário de auto-administração, e são observadas a interagir de modo muito semelhante ao modo como interagem as mães com depressão pós-parto e os seus bebés (Field et al., 1991; Lyons-Ruth et al., 1986).

Por último, tal como apontam Melhuish, Gambles, e Kumar (1988), somos ainda levados a comentar que, muito embora tenhamos, hoje em dia, um elevado número de estudos relativos à interacção mãe-bebé no caso da mãe sem perturbação psiquiátrica assinalável como apresentámos no capítulo III, é ainda muito reduzido o leque de estudos a propósito da interacção mãe-bebé nos casos em que a mãe está psicologicamente perturbada, sobretudo no que se refere à observação em casa da interacção da mãe-deprimida-bebé, como realizamos no estudo empírico que descrevemos na parte seguinte. Assim sendo, a observação naturalista da interacção mãe-deprimida-bebé, realizada em casa, é igualmente uma prioridade em termos de investigação futura.

2. Saúde Mental da Mãe e Desenvolvimento do Bebé

Esta secção elabora-se em torno de duas questões essenciais a respeito dos efeitos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da criança.

A primeira questão, de âmbito mais teórico, refere-se ao problema dos efeitos de condições antecedentes sobre o desenvolvimento subsequente do indivíduo. A segunda questão, de âmbito mais clínico, refere-se ao problema dos efeitos das perturbações psicopatológicas da mãe no comportamento e desenvolvimento da criança — e, mais precisamente, refere-se ao efeito da depressão pós-parto da mãe sobre o aparecimento de distúrbios psicológicos na criança, ao longo do ciclo de vida.

Como salienta Bower, a questão de saber *"até que ponto as experiências da primeira infância — e, particularmente a falta de experiências normais ..., constituem factores determinantes para o desenvolvimento subsequente do indivíduo, cognitivo e da personalidade"* (Bower, 1983, p.178), é uma questão que desde sempre preocupou psicólogos e pais.

Muito embora com base em argumentos teóricos algo diversos, os autores das principais teorias do desenvolvimento humano têm vindo a enfatizar a importância das

primeiras experiências relacionais da criança com a mãe no seu desenvolvimento subsequente (e.g., Bowlby, 1976; Erickson, 1976; Freud, 1976; Watson, 1928).

Ainda recentemente, Stern (1980), por exemplo, considera que a natureza das primeiras relações influencia muito o curso das relações futuras do indivíduo com as pessoas e com o mundo em geral, dado que *"é neste período precoce que o bebé aprende quais as expectativas que deve ter, como lidar e como estar com um ser humano"* (Stern, 1980, p.125). Particularmente, porque é durante as interacções que estabelece com a mãe nos primeiros anos de vida que o bebé constrói o seu vínculo afectivo à mãe e porque o modo como ele futuramente se vai posicionar nas relações com as restantes pessoas depende largamente da qualidade da vinculação então estabelecida com a mãe (e.g., Cramer, 1993).

Para além do mais, e é isso que ainda acontece na nossa sociedade, ao longo da infância e durante bastante tempo, o bebé não terá muitas mais oportunidades de estar com outras pessoas para aprender outras maneiras de ser, para além da maneira muito particular que ele está a aprender com a mãe, pois ela é, na nossa cultura, o seu principal prestador de cuidados (e.g., Lamb, Pleck, Charnov, & Levine, 1987; Lovenstein & Field, 1992; Murray et al., 1994).

Desde há alguns anos a esta data, a qualidade dos cuidados prestados pela mãe tem sido entendida para além das necessidades físicas do bebé, considerando-se as suas necessidades psicológicas. Tem-se, para o efeito, acentuado as dimensões sócio-emocionais e comunicativas, nas quais a mãe se revela uma pessoa no contacto com uma pessoa específica, o bebé.

Nesse sentido, e como vimos na secção anterior, procurou-se avaliar a qualidade da interacção mãe-bebé, providenciada por mães com diferentes perturbações psicopatológicas, verificando-se que o estado de saúde mental da mãe afecta de forma muito adversa a interacção que estabelece com o bebé, o qual, por sua vez, e como também oportunamente assinalámos, exibe igualmente uma conduta interactiva menos adequada.

Assim, diversos autores actuais (e.g., Rutter & Quinton, 1984) têm acrescentado que a influência que a mãe tem sobre o bem-estar e desenvolvimento do bebé se opera através da qualidade da interacção que mantêm entre si. Com efeito, na interacção que estabelece com a mãe, o bebé terá ou não a oportunidade de adquirir certas competências sensório-motoras, emocionais e sociais que são imprescindíveis ao seu desenvolvimento presente e futuro.

Assinalámos já no capítulo III que existem hoje em dia diversos achados empíricos que fundamentam a importância da qualidade da interacção mãe-bebé — e, particularmente, a importância de alguns aspectos do comportamento da mãe,

como seja o contacto físico, o contacto ocular mútuo e a resposta contingente às vocalizações do bebé — no desenvolvimento subsequente da criança (e.g., Cohen & Beckwith, 1979; Ramey et al., 1979).

O comportamento da mãe dirigido ao bebé, tal como acontece na interacção mãe-bebé, é considerado, não só como uma importante fonte de estimulação para a criança, mas também a interacção mãe-bebé é, para o bebé, uma oportunidade única de conhecimento de si, do outro e do mundo em geral.

Dado que o comportamento interactivo da mãe deprimida para com o bebé está profundamente alterado, como revelámos na secção anterior, espera-se que a depressão materna venha a influir significativamente em aspectos importantes do desenvolvimento da criança.

Quando, em 1951, Bowlby relatou à OMS que a perturbação do relacionamento precoce da mãe com o bebé podia ter efeitos nefastos a longo prazo, tratava-se ainda, em larga medida, de uma especulação. Hoje em dia, temos algumas evidências empíricas que confirmam tais expectativas. O facto de a mãe estar psicologicamente perturbada nos meses que se seguem ao parto altera, como acabamos de ver, a relação que estabelece com o bebé e tem, como veremos a seguir, consideráveis repercussões nefastas em áreas importantes do desenvolvimento da criança.

Enquanto que, já em 1966, Rutter tinha assinalado que as crianças atendidas nos *Child Guidance* ingleses tinham com frequência pais com um distúrbio psiquiátrico assinalável, mais recentemente, um elevado número de estudos observou que um grande número de crianças cujos pais sofrem de distúrbios mentais e são acompanhados em serviços psiquiátricos — 40 a 70% dessas crianças, consoante os estudos — apresentam significativas manifestações psicopatológicas e graves perturbações do seu desenvolvimento (Bursztejn & Sitbon, 1991).

Mais recentemente ainda, os relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeadamente aqueles que foram publicados em 1977 e 1986, salientam especificamente que as crianças das mães com uma perturbação mental constituem um grupo de alto risco para o desenvolvimento de distúrbios psicopatológicos, recomendando a realização de estudos para a averiguação desse impacto.

Assim sendo, a perturbação psiquiátrica dos pais é um factor de risco que pode ser associado à vulnerabilidade da criança para a doença mental, tal como foi assinalado por diversos autores, nomeadamente por Anthony e Koupernick (1974). No entanto, só mais recentemente se realizaram estudos empíricos com o propósito explícito de avaliar as repercussões do estado de saúde mental da mãe durante o

puerpério sobre o desenvolvimento da criança. São esses os estudos que vamos reportar de seguida, começando por aqueles que se referem à influência das mães esquizofrénicas ou com outras desordens psicóticas, para depois apresentar mais detalhadamente aqueles que se referem à influência das mães deprimidas no desenvolvimento da criança.

2.1. Esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico da mãe e desenvolvimento do bebé

Muito embora existisse já uma vasta gama de estudos a respeito da interferência da psicose sobre a gravidez — os quais referem, nomeadamente que as perturbações psicológicas relacionadas com a psicose podem beneficiar de uma relativa melhoria no decurso da gravidez (e.g., Duchesne & Roy, 1991) — até ao início dos anos 80 eram ainda poucos os estudos realizados no sentido de avaliar os efeitos adversos da esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos da mãe sobre o desenvolvimento infantil (e.g., David et al., 1981). Nos últimos anos, alguns estudos longitudinais foram conduzidos com esse propósito e são esses os estudos que reportamos ao longo desta secção.

Os estudos que procuraram avaliar a prevalência de esquizofrenia junto das crianças em que um dos pais é esquizofrénico deram-nos uma panorâmica bastante variável a esse respeito, com percentagens em volta de 10%, mas asseguram, todos eles, que essa prevalência é mais elevada, com percentagens em volta de 25%, embora também muito variável consoante os estudos, nas crianças em que ambos os pais são esquizofrénicos (Bursztejn & Sitbon, 1991; Duchesne & Roy, 1991; Fischer, Gottesman, & Bertelsen, 1986; Fish, 1986; Mednick, Parnas, & Shulsinger, 1987; OMS, 1986).

Por exemplo, Mednick, Parnas, e Shulsinger (1987), que estudaram um conjunto de 207 crianças de mães esquizofrénicas e 104 crianças de mães sem perturbação psiquiátrica assinalável, verificaram uma frequência muito mais elevada de casos de esquizofrenia junto das primeiras, mais precisamente 15 casos de esquizofrenia e 29 casos de estados-limite, do que junto das segundas, onde apenas observaram o caso de uma criança esquizofrénica e 3 casos de estados-limite.

Cerca de 30 a 50% das crianças em que um dos pais é esquizofrénico apresenta perturbações graves do comportamento durante a infância (OMS, 1986). O risco particular de desenvolver esquizofrenia é elevado e parece estar significativamente acrescido no caso de a mãe ser esquizofrénica em relação ao caso de o pai ser esquizofrénico, e no caso de a criança ser do sexo feminino em relação ao caso de ser do sexo masculino (Orlovskaya, 1986).

A prevalência de esquizofrenia junto das crianças de pais esquizofrénicos, embora muito menor, continua a ser elevada, mesmo quando as crianças são adoptadas e educadas por outras famílias que não as de origem (Bursztejn & Sitbon, 1991), mas os resultados empíricos a este respeito são igualmente controversos.

Sobel (1961), por exemplo, comparou o desenvolvimento de 8 crianças, todas elas descendentes de casais em que ambos os pais tinham um distúrbio esquizofrénico, encontrando, contrariamente ao que aconteceu com as 4 crianças que foram colocadas numa casa de protecção, significativas desordens emocionais nas 4 crianças que permaneceram junto dos pais.

Anthony (1969) foi um dos primeiros autores a apontar importantes desordens emocionais nas crianças de mães psicóticas, resultantes, a seu ver, do estabelecimento de uma relação mãe criança profundamente perturbada.

Mais recentemente, outras investigações encontraram diferenças significativas, logo à nascença, nos bebés de mães esquizofrénicas, particularmente: baixo peso (Marcus, Auerbach, Wilkinson, & Burnack, 1981; Sameroff, Seifer, & Zax, 1982), elevado nível de excitabilidade para com estímulos sensoriais (McNeil, Kaij, Malmquist-Larsson, Persson-Blennow, McNeil, & Blennow, 1983) e um estado anormal de calmia excessiva (Fish, 1986).

Estes dados empíricos podem ser explicados com base no facto de as mães esquizofrénicas providenciarem cuidados pré-natais menos adequados e serem mais alvo de complicações obstétricas do que as mães sem perturbação psiquiátrica assinalável (Goodman & Emory, 1992).

No entanto, nem todos os autores concordam a este respeito, alguns dos quais consideram as explicações genéticas mais adequadas do que as ambientais (e.g., Fish, 1986).

Outros autores relatam repercussões adversas da perturbação mental esquizofrénica da mãe sobre o desenvolvimento da criança, avaliada mais tarde, particularmente o atraso motor ao ano de idade (Fish, 1986; Marcus et al., 1981; Sameroff et al., 1982; Watt, Anthony, Wynne, & Rolf, 1984). Aliás quer o atraso, quer a desorganização na actividade psicomotora — nomeadamente perturbações ao nível da coordenação óculo-motora, atenção e concentração na realização de tarefas — são características das crianças de mães esquizofrénicas presentes ao ano que se mantém aos 2 e 3 anos de idade, tal como se verifica em numerosos estudos (Fish, 1986; Fish & Alpert, 1962; Gammer, Gallant, Grunebaum, & Cohler, 1977; Marcus et al., 1981; Parnas, Schulsinger, Mednick, & Teasdale, 1982).

Quando avaliadas durante o segundo ano de vida, as crianças filhas de mães esquizofrénicas exibem outras características reveladoras do efeito adverso da psicopatologia da mãe sobre o seu desenvolvimento cognitivo e emocional, como seja: imaturidade na realização das provas de permanência do objecto (Gammer, Gallant, & Grunnebaum, 1976) e insegurança na vinculação à mãe (Naslund, Persson-Blennow, McNeil, Kaij, & Malmsquist-Larsson, 1984a).

Naslund, Persson-Blennow, McNeil, Kaij, e Malmquist-Larsson (1984a), por exemplo, observaram — na Situação Estranha de Ainsworth, aplicada na idade de 12-14 meses — o comportamento dos bebés de uma extensa amostra de mães com perturbações psicopatológicas diversas.

Verificaram um número significativamente maior de crianças com um padrão de vinculação insegura à mãe num grupo de 10 mães esquizofrénicas (5 crianças exibiam um padrão do tipo A ou C), do que num grupo comparável de 21 mães sem perturbação psiquiátrica assinalável (apenas 2 crianças exibiam um padrão do tipo A ou C).

Para além do mais, estes autores verificaram que a ausência de medo do estranho, avaliada em casa ao ano de idade do bebé, era significativamente mais frequente junto dos filhos das mães esquizofrénicas do que junto dos filhos das mães sem perturbação psiquiátrica assinalável (Naslund, Persson-Blennow, McNeil, Kaij, & Malmsquist-Larsson, 1984b).

No entanto, estas diferenças não se mostraram significativas para os outros grupos considerados, de mães com perturbações psiquiátricas diversas da equizofrenia (Naslund et al., 1984a; Naslund et al., 1984b).

No que se refere às crianças de mães com psicose maníaco-depressiva, alguns dados empíricos referem igualmente efeitos adversos do estado de saúde mental da mãe sobre o desenvolvimento da criança.

Gaensbauer, Harmond, Cytryn, e McNew (1984), por exemplo, avaliaram, na Situação Estranha de Ainsworth, 7 crianças de pais com doença maníaco-depressiva, aos 12, 15 e 18 meses de idade da criança. Estes autores observaram que 6 dessas 7 crianças, mas nenhuma das crianças cujos pais não sofriam de perturbação psiquiátrica assinalável, apresentavam insegurança na vinculação às mães, dado que exibiam um comportamento de evitamento e desligamento em resposta à separação-reunião com a mãe. Essas crianças foram todas elas classificadas com um padrão de vinculação inseguro de tipo A, dado que manifestavam poucas reacções de desagrado à separação da mãe e exibiam muitos sinais de evitamento da mãe, aquando da reunião com ela. Estes resultados levaram os autores a considerar que, em função de interacções inadequadas mantidas com as mães ao longo do primeiro ano

de vida, *"estas crianças aprenderam precocemente a reprimir as suas reacções afectivas, quer seja de tristeza, de desagrado, de ansiedade ou de zanga"* (Davenport et al., 1984, p.228), não estabelecendo, por isso, uma relação de vinculação segura com a mãe.

Estes autores verificaram ainda um agravamento com a idade das perturbações sócio-emocionais das crianças cujos pais tinham um distúrbio maníaco-depressivo (Gaensbauer et al., 1984).

As crianças de mães com psicose maníaco-depressiva evidenciam também significativas dificuldades na capacidade de regulação adaptada das emoções (Cytrin, McNew, & Lamour, 1983; Gaensbauer, Harmond, Cytryn, & McNew, 1984; Zahn-Waxler, Cummings, McNew, & Radke-Yarrow, 1984).

Cytrin, McNew, e Lamour (1983), por exemplo, observaram expressões predominantes de medo, cólera e/ou depressão, junto de uma amostra de bebés de pais com doença maníaco-depressiva.

Zahn-Waxler, Cummings, McNew, e Radke-Yarrow (1984), por sua vez, encontraram igualmente dificuldades na regulação das emoções nos bebés das mães com doença bipolar, observados ao longo de 2 anos de estudo. Estes bebés evidenciaram significativas dificuldades em regular de modo adaptado as suas emoções, nomeadamente dificuldade no auto-controle dos impulsos hostis, e tendiam a envolver-se menos em actividades que implicam a partilha assim como no jogo com crianças da mesma idade.

Deste modo, as crianças de mães com esquizofrenia e outros distúrbios psicóticos apresentariam distúrbios diversos no seu desenvolvimento, como assinalam entre outros os trabalhos longitudinais de Fish (1986) e de Naslund, Persson-Blennow, McNeil, Kaij, e Malmquist-Larsson (1984a, 1984b): atrasos significativos, nomeadamente ao nível motor, bem como desorganização da actividade vísuo-motora e, mais importante do que isso, um desenvolvimento sócio-emocional menos adequado — particularmente, o estabelecimento de um padrão de vinculação insegura.

Podemos concluir com Duschesne e Roy (1991) que as crianças filhas de mães esquizofrénicas estão sujeitas a numerosos factores de risco, de ordem genética e ambiental, que são adversos ao seu desenvolvimento adaptado, nomeadamente que estão sujeitas a uma interacção perturbada a qual toma forma *"no estabelecimento de uma relação de tipo simbiótico"* (Ignacio, 1986, p. 28). Factores de risco *"cujas influências parecem interagir e acumular-se para propiciar perturbações diversas"* (Duschesne & Roy, 1991, p. 297), as quais, fazem antever o desenvolvimento de uma psicose.

No entanto, 25 a 33 % das crianças oriundas de famílias em que um dos pais é esquizofrénico, muito embora expostas ao mesmo risco genético e vivendo em condições materiais e num ambiente psicossocial frequentemente perturbado, desenvolvem-se harmoniosamente e não apresentam quaisquer perturbações assinaláveis, o que muito provavelmente se deve a factores de protecção do indivíduo e/ou presentes no meio ambiente (OMS, 1986), que falta em grande parte estudar.

2.2. Depressão da mãe e desenvolvimento infantil

Um dado que tem obtido considerável consistência empírica é que as crianças filhas de pais deprimidos têm mais problemas psicológicos do que as crianças filhas de pais sem perturbação psiquiátrica assinalável. Nomeadamente, os estudos apontam que tais crianças recorrem mais a ajuda psicológica durante os primeiros anos de vida, pelo que a depressão dos pais seria um importante factor de risco para a saúde mental dos filhos (e.g., Billings & Moss, 1983; Cytrin et al., 1984; Hammen et al., 1990; Orvaschel et al., 1988; Weissman, Prusoff, Gammon, Merikangas, Leckman, & Kidd, 1984a; Zahn-Waxler et al., 1984).

Quando a mãe está deprimida, a frequência de problemas psiquiátricos nas crianças tem sido comummente reportada em 25 a 50% dessas crianças, consoante os estudos e a idade da criança (Cox, 1988; Cummings & Davies, 1994; Wang & Goldschmidt, 1994).

Weissman, Prusoff, Gammon, Merikangas, Leckman, e Kidd (1984a), por exemplo, verificaram que a morbilidade psiquiátrica é três vezes superior em crianças de mães deprimidas (25%) do em crianças cujas mães não sofrem de qualquer perturbação psiquiátrica assinalável (8%), sendo que, neste estudo, o diagnóstico de depressão *major*, tendo em conta os critérios DSM-III, foi o diagnóstico mais frequente e pôde ser feito em 13% das 107 crianças filhas de mães deprimidas.

Weissman, Paykel, e Klerman (1972) já tinham alertado que, muito embora as crianças em idade escolar filhas de mães deprimidas não apresentassem sintomas psicopatológicos manifestos, nos adolescentes, verificava-se a presença de problemas psicológicos graves, pois estes reagiam ao desinteresse e hostilidade de suas mães através de um comportamento muito perturbado. Mais tarde, esta mesma equipa de investigadores assinalou a presença de um elevado número de problemas psicológicos específicos junto das crianças de mães deprimidas em idade escolar, designadamente, um elevado número de acidentes, distúrbios da expressão somática, dificuldades escolares e distúrbios da atenção e aprendizagem (Weissman, Gammon,

John, et al., 1987). A frequência destes problemas situava-se, entre 15 e 42% das crianças, consoante a gravidade do distúrbio psiquiátrico da mãe (Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon, & Prusoff, 1984b).

Richman, Stevenson, e Graham (1982), por sua vez, acompanharam um grupo de crianças, entre as idades de 3 e 8 anos, e verificaram que a presença de depressão materna, na idade de 3 anos da criança, era o melhor preditor para a ocorrência de dificuldades escolares na criança, aos 8 anos de idade, independentemente do seu quociente intelectual.

Billings e Moss (1983) observaram que, relativamente às 135 crianças em idade escolar cujos pais não se encontravam deprimidos, as 133 crianças da sua amostra, que tinham a mesma idade e cujos pais se encontravam deprimidos, exibiam com significativa maior frequência problemas emocionais, somáticos e comportamentais (i.e., respectivamente, 31.5% e 16.4%), nomeadamente, dificuldades na interacção com os pares e no ajustamento escolar (i.e., respectivamente, 23% e 14.1%), e, particularmente, sintomatologia depressiva.

Estes mesmos autores verificaram também que a depressão do pai afectava tão negativamente o funcionamento da criança como a depressão da mãe, não se verificando diferenças a este respeito.

Constataram ainda que a presença de altos níveis de *stress* social e de baixos níveis de suporte social, aumentava a probabilidade de se observarem problemas psicológicos na criança de pais deprimidos, sendo que os efeitos adversos da depressão dos pais sobre o comportamento adaptado da criança quase não se verificaram num pequeno número de famílias, cujo ambiente podia ser caracterizado pela presença de baixos níveis de *stress* e de altos níveis de suporte social.

Cytrin, McNew, e Lamour (1984) verificaram que, numa amostra de 12 crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos, o número de crianças que apresentava um distúrbio que preenchesse os critérios DSM-III para a distimia ou depressão *major* era significativamente maior no grupo de crianças em que um dos pais sofria de uma perturbação grave do humor do que no grupo de crianças em que nenhum dos pais sofria de uma perturbação psiquiátrica assinalável. Estes autores seguiram as referidas crianças ao longo de 4 anos de estudo e verificaram que a quase totalidade das crianças que apresentava perturbações psicopatológicas do humor, no momento inicial do estudo, mais precisamente 10 dessas 12 crianças, continuavam a apresentar, 4 anos mais tarde, sintomatologia que justificava os diagnósticos inicialmente formulados.

Mais recentemente, Befera e Barlkley (1985), por sua vez, verificaram que as crianças em idade escolar das mães que se encontravam deprimidas eram referidas pelas suas mães como muito hiperactivas e como apresentando dificuldades psicológicas várias, em 15 das 16 escalas do inventário de personalidade administrado (*Personality Inventory for Children*, PIC).

Gottesman e Fisher (1980), assim como Fendrich (1990), por exemplo, referem a existência de um risco acrescido, nas crianças filhas de pais deprimidos, indiscriminadamente para qualquer distúrbio psiquiátrico; ao passo que Sameroff e Seifer (1983) salientam que esse risco se refere especificamente à depressão, o que é confirmado nos diversos estudos empíricos já descritos (e.g., Billings & Moss, 1983; Cytrin et al., 1984; McNew et al., 1979; Weissman et al., 1984, 1987).

Ainda recentemente, Beardslee, Bemporad, Keller, e Klerman (1983) apresentaram uma cuidadosa revisão bibliográfica de 24 estudos elaborados sobre os filhos de pais com depressão *major*, salientando que existe total acordo entre os investigadores quanto à presença, nessas crianças, de um número significativamente mais elevado de sintomas clínicos e de perturbações psicopatológicas e, particularmente, de um elevado risco para a depressão.

Para além disso, Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon, e Prusoff (1984) verificaram que os problemas psicológicos dessas crianças são em maior número e mais importantes nos casos em que ambos os pais estão deprimidos. Estes autores verificaram também que as crianças cujos pais apresentam ambos depressão evidenciam um maior número de sintomas clínicos, quer somáticos, quer emocionais ou comportamentais, assim como verificaram que o efeito adverso da depressão dos pais sobre a criança é mediado por variáveis sócio-ambientais.

Lee e Gotlib (1989), por sua vez, procuraram examinar a relação entre a depressão materna e o ajustamento da criança, a respeito de duas questões específicas: a) o tipo de distúrbio psiquiátrico da mãe, associado ou não a depressão, a sua gravidade e o ajustamento da criança; b) a estabilidade dos efeitos adversos observados entre a presença de depressão na mãe e o ajustamento da criança.

Consideraram uma amostra composta por 75 díades de mães com distúrbios psiquiátricos diversos, classificadas de acordo com os critérios DSM-III, e seus filhos de idade escolar, com idades entre os 7 e os 13 anos.

Estes autores observaram que as mães deprimidas descrevem os seus filhos em modos mais negativos do que o fazem as mães que não se encontram deprimidas e

que lhes referem a presença de uma série de problemas de comportamento — tais como podem ser avaliados com recurso a diversos instrumentos administrados às mães, nomeadamente através da entrevista para a avaliação da criança de Hodges (1983), *Child Assessment Schedule* (CAS), e do inventário de Achenbach e Edelbrock (1983) para o comportamento da criança, *Child Behavior Checklist* (CBCL).

Estes dados foram confirmados pelas apreciações dos entrevistadores que realizaram observações em casa e testemunharam que as crianças das mães deprimidas apresentavam um comportamento mais perturbado do que as crianças de mães sem perturbação psiquiátrica assinalável e do que as crianças das mães com problemas médicos não-psicológicos.

Deste modo, Lee e Gotlib (1989) concluíram que os distúrbios comportamentais que têm sido associados à depressão materna não resultam exclusivamente de uma tendência das mães deprimidas para ter visões negativas a respeito de si próprias e do mundo em geral, e, consequentemente, para avaliar mais negativamente os seus filhos nos questionários administrados, mas verificam-se de facto, tal como são relatados pelas mães.

Estes investigadores, ao compararem os efeitos de diferentes distúrbios psicopatológicos da mãe sobre o ajustamento da criança, verificaram ainda que as crianças de mães deprimidas apresentavam mais problemas de comportamento do que as crianças das mães com outros distúrbios psiquiátricos que não a depressão. Verificaram que as dificuldades comportamentais das crianças de mães deprimidas eram diversas, mas incidiam sobretudo em problemas de internalização.

As repercussões negativas da depressão materna sobre o ajustamento das crianças mantiveram-se na segunda avaliação realizada pelos autores, 10 meses depois da primeira avaliação, e as crianças das mães deprimidas foram novamente avaliadas, quer pelas mães quer pelos clínicos do estudo, como apresentando mais dificuldades de ajustamento psicológico.

Estes últimos resultados sugerem que os efeitos adversos da depressão das mães sobre as crianças podem permanecer, mesmo após a reconversão da sintomatologia depressiva (Lee & Gotlib, 1991); pelo que os autores concluem que *"as crianças das mães deprimidas podem experienciar ainda algumas dificuldades, mesmo quando as suas mães já não apresentam qualquer sintomatologia psiquiátrica assinalável"* (Lee & Gotlib, 1989, p. 476).

Ainda recentemente, estes dados foram confirmados por Dumas e Serketich (1994), num estudo levado a cabo na comunidade, sobre 96 famílias de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 9 anos.

Estes autores verificaram que as mães com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (a presença de sintomatologia depressiva foi avaliada através da administração das escalas BDI e CES-D para a depressão) reportavam níveis mais elevados de desajustamento psicológico e comportamental nos filhos, avaliados no questionário administrado (CBCL). Para além disso, as mães que exibiam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva foram observadas em relações ainda menos harmoniosas com os seus filhos.

Um importante dado é que, muito embora os seus filhos estivessem de modo semelhante ao modo de estar dos filhos das mães que não apresentavam sintomatologia depressiva, as mães deprimidas comportavam-se de um modo mais aversivo e controlador do que as mães que não apresentavam sintomatologia depressiva.

Verificaram ainda que o nível sócio-económico desfavorável contribuía de forma significativa para a associação encontrada entre a sintomatologia depressiva da mãe e as variáveis mensuradas na criança, dado que as mães do estudo que apresentavam altos valores de sintomatologia depressiva eram também aquelas que viviam em condições sócio-económicas mais desfavoráveis. Quando controlaram o efeito do nível sócio-económico, verificaram que a grandeza da variação no ajustamento da criança explicável pela presença da sintomatologia depressiva materna diminuía de forma significativa. Assim, concluíram que *"em amostras não-clínicas, apenas quando a presença de sintomatologia depressiva materna se associa a NSE desfavorecido, acontecem níveis significativamente mais elevados de desajustamento psicológico na criança"* (Dumas & Serketich, 1994, p. 178).

Os resultados deste estudo dão também algum suporte empírico à hipótese de que a sintomatologia depressiva materna perturba o ajustamento da criança porque se associa a estratégias interactivas adversas que podem induzir, com o tempo, problemas de comportamento na criança.

Uma associação entre a gravidade da depressão da mãe e a inadequação do comportamento materno na interacção com a criança foi igualmente encontrada no estudo de Frankel e Harmond (1996), os quais alertam para o facto de que nem todas as mães que se encontram deprimidas agem tão negativamente como isso, dependendo a qualidade da relação que se estabelece particularmente do tipo de depressão e da gravidade e cronicidade da mesma.

Interessados em compreender como se estabelece a relação encontrada entre a adversidade das circunstâncias familiares e a presença de baixos índices na competência social e emocional das crianças, Goodman, Brogan, Lynch, e Fielding (1993) procuraram avaliar os efeitos da depressão materna sobre a competência

social e emocional da criança, na presença e na ausência de outras circunstâncias relevantes, como seja o estatuto psiquiátrico do pai e o estatuto matrimonial dos pais.

Para esse efeito, avaliaram o estatuto psiquiátrico dos pais, através da entrevista psiquiátrica SADS-L de Endicott e Spitzer (1978), e a competência social e emocional das crianças, através de uma grande variedade de instrumentos, nomeadamente da CBCL para professores de Achenbach e Edelbrock (1980). A amostra foi constituída por 96 famílias com crianças entre os 5 e os 10 anos de idade.

Estes autores verificaram que todas as mães que não apresentavam sintomatologia psiquiátrica tinham maridos sem desordem psiquiátrica. Os resultados obtidos, por sua vez, suportam a hipótese que a depressão materna, por si só, quando não se associa à perturbação psiquiátrica do pai e à degradação do ambiente familiar, não tem efeitos muito nefastos sobre o desenvolvimento da criança, pois apenas se relaciona com o facto de as crianças terem sido classificadas pelos professores como menos populares.

Com efeito, não se encontraram efeitos adversos no grupo das crianças em que apenas as mães se encontravam deprimidas; contrariamente ao que se verificou no grupo das crianças em que pai e mãe tinham uma perturbação psiquiátrica, nesse grupo foi assinalada a presença de baixa auto-estima, de menor competência de auto-controle e ainda de poucas competências para se relacionar com os pares. Para além disso, quando a depressão da mãe se associava a outras circunstâncias adversas — como seja, quando se acumulava o facto de o pai ter uma história de perturbação psiquiátrica ou a ocorrência de um divórcio — a depressão materna era frequentemente responsável por nenhum ou por apenas um ligeiro acréscimo na probabilidade da criança desenvolver problemas.

Estes autores encontraram pois evidências empíricas que suportam o modelo dos múltiplos factores de risco dado que observaram que o estatuto psiquiátrico do pai e o estatuto matrimonial dos pais explicam a maior parte da variabilidade observada na competência social e emocional da criança.

Os autores alertam contudo para o facto de os efeitos adversos da depressão das mães poderem ser diferentes consoante a idade da criança, sendo que as crianças mais velhas podem ser mais vulneráveis a estes múltiplos factores de risco do que as mais novas.

Concluem que quando a mãe tem uma história de depressão, a presença de desordem psiquiátrica no pai é um aspecto importante na explicação das componentes relativas à competência social e emocional da criança. *"Assim, a psicopatologia do pai, combinada com a depressão materna, providencia um contexto em que a criança evidencia uma baixa competência social e emocional"* (Goodman et al., 1993, p. 525).

Também Harnish, Dodge, e Valente (1995) num estudo desenvolvido sobre uma extensa amostra recolhida na comunidade, composta por rapazes e raparigas com 6 anos de idade (N=376) e suas mães de diversos contextos sócio-económicos, verificaram que os filhos das mães que apresentavam sintomatologia depressiva desenvolviam um maior número de problemas de comportamento de externalização, em função da circunstância de as suas mães estabelecerem com eles interacções menos positivas durante a primeira infância.

Os problemas de comportamento da criança foram avaliados através de questionários respondidos pelos professores, a sintomatologia depressiva da mãe foi avaliada através da escala CES-D e a qualidade da interacção mãe-bebé foi avaliada, em casa, numa situação em que a mãe tinha que ensinar à criança tarefas definidas.

Estes autores verificaram que as mães que reportam um número mais elevado de sintomatologia depressiva não interagem de modo tão positivo com os seus filhos como as mães que reportam um número menos elevado de sintomatologia depressiva. Os resultados indicam, tanto nas raparigas como nos rapazes, que a qualidade da interacção mãe-criança medeia a determinação da sintomatologia depressiva materna sobre a presença de problemas comportamentais na criança, mesmo quando são controlados os efeitos do estatuto sócio-económico da família.

A maior parte dos estudos até aqui referimos são estudos retrospectivos e não trata especificamente da depressão pós-parto. São estudos desenvolvidos no sentido de comprovar a hipótese de que a depressão da mãe e/ou do pai é um importante factor de risco para o desenvolvimento da criança. Existe, como vimos ao longo deste ponto, uma considerável consistência empírica a este respeito, ou seja, que a depressão materna favorece o aparecimento de diversos problemas sociais, emocionais e comportamentais na criança de diferentes idades — nomeadamente, que se associa ao aparecimento de sintomas psicopatológicas e, particularmente, de depressão.

Weissman, Paykel, e Klerman (1972) preconizaram que as crianças que experienciassem os cuidados maternos de uma mãe deprimida, durante os primeiros ano de vida, ficariam muito vulneráveis às situações de separação e teriam dificuldades em se individualizar das mães, o que se traduziria em efeitos adversos no seu desenvolvimento futuro.

Mais recentemente, foram desenvolvidas algumas investigações prospectivas para testar os efeitos específicos, a médio e longo prazo, da perturbação depressiva

pós-parto da mãe, sobre o desenvolvimento cognitivo e sócio-afectivo, bem como no subsequente aparecimento de problemas de comportamento na criança.

Como veremos, as evidências empíricas que tais estudos comportam, embora algo controversas, apontam no sentido de que a depressão pós-parto da mãe pode contribuir por si só, e de forma significativa, para o subsequente atraso no desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional da criança, bem como para o aparecimento de perturbações de comportamento na criança.

2.3. Depressão pós-parto da mãe e desenvolvimento do bebé

Num extenso trabalho epidemiológico, levado a cabo em Inglaterra, Rutter, Yule, Quinton, Rowlands, Yule, e Berger (1975) conseguiram identificar 6 variáveis associadas ao aumento significativo da incidência de distúrbios psicopatológicos na criança em idade escolar, uma das quais é a presença de depressão na mãe.

No entanto, só durante a última década — e portanto, como assinalam entre outros Murray e Stein (1991), só mais recentemente, na sucessão do trabalho de alguns investigadores — foi possível estabelecer quais as sequelas no desenvolvimento da criança do estado depressivo da mãe, quando este acontece especificamente durante o puerpério. Associadas à presença de depressão da mãe durante o período pós-parto, a maior parte dos estudos empíricos, embora não todos, revela repercussões adversas, que se verificam ao longo de diversos anos e sobre diferentes aspectos do desenvolvimento da criança.

São esses os estudos que vamos apresentar de seguida.

Estes estudos foram agrupados em três pontos que introduzimos sucessivamente — consoante os respectivos resultados se referem à interferência da depressão pós-parto sobre o comportamento adaptado, sobre o desenvolvimento do padrão de vinculação e sobre o desenvolvimento psico-motor e cognitivo da criança — a fim de facilitar a análise das respectivas conclusões.

2.3.1. Efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o comportamento adaptado do bebé

Os primeiros estudos a evidenciar a presença de um grande número de problemas comportamentais junto das crianças cujas mães desenvolveram depressão

pós-parto basearam-se em avaliações indirectas do comportamento das crianças, mais propriamente nos relatos e descrições, elaborados alguns anos depois do episódio de depressão após o parto, pelas respectivas mães. Por exemplo, aos 2 anos de idade, essas crianças foram descritas pelas suas mães como medrosas, tendo problemas alimentares e dificuldades no controle esfincteriano (Zajicek & De Salis, 1978). Aos 4 anos e meio de idade, essas crianças foram descritas pelas suas mães como medrosas, incontroláveis, perturbadoras do ambiente familiar e como tendo frequentes acessos de mau-humor (Uddenberg & Englesson, 1978).

Uddenberg e Englesson (1978) desenvolveram um estudo sobre 18 bebés e suas mães primíparas com sérios problemas emocionais durante o pós-parto que foram comparados com uma amostra de controlo, constituída por 69 bebés e suas mães primíparas sem perturbação psiquiátrica assinalável. As mães foram sujeitas a entrevista psiquiátrica durante o período pós-parto e, 4 anos mais tarde, avaliou-se o comportamento das mães e das respectivas crianças, numa sessão de actividade lúdica.

Os autores deste estudo verificaram que, aos 4 anos de idade, as crianças cujas mães tinham apresentado problemas emocionais sérios após o parto descreviam as suas mães de modo muito mais negativo, referindo que elas eram muito restritivas e não providenciavam o conforto necessário. Para além disso, essas crianças exibiam um comportamento mais desajustado no jogo com a mãe, do que as crianças cujas mães não tinham apresentado perturbação psiquiátrica durante o puerpério.

Verificaram ainda que também as mães que tinham apresentado perturbação psiquiátrica após o parto tendiam, 4 anos mais tarde, a descrever-se a si próprias e aos seus filhos mais em modos negativos, nomeadamente diziam dos seus filhos que eram incontroláveis e tinham mau temperamento. Essas mães referiram ainda falta de auto-confiança nas suas competências maternas e falhas no desempenho das suas tarefas maternas.

Williams e Carmichel (1985) num estudo que conduziram em Melbourne, na Austrália, encontraram uma forte associação entre a depressão após o parto da mãe e as dificuldades comportamentais do bebé, sendo que em alguns casos as dificuldades comportamentais dos bebés antecederam e supostamente determinaram o surto de depressão pós-parto materno e, em outros casos, sucederem e supostamente resultaram da depressão da mãe que se seguiu ao parto. Estes autores verificaram a presença de dificuldades comportamentais diversas nos bebés, nomeadamente problemas de sono, dificuldades alimentares e choro, algumas semanas após o início

do episódio depressivo pós-parto das respectivas mães, particularmente nos casos de primeiros filhos.

Mais recentemente os estudos têm vindo a procurar utilizar medidas mais directas do comportamento da criança, pondo de parte os relatos das mães ou, pelo menos, tentando controlar os efeitos da depressão concorrente das mães sobre as avaliações que fazem do ajustamento e comportamento da criança.

Num estudo que já referimos e ficou conhecido pelo nome de *Rochester Longitudinal Study*, Sameroff, Seifer, e Zax (1982) seguiram prospectivamente, durante a gravidez e o pós-parto, uma amostra de 337 mulheres com distúrbios psiquiátricos diversos e um igual número de mulheres sem perturbação psiquiátrica assinalável, avaliadas com base numa entrevista psiquiátrica. Em repetidos momentos do puerpério — mais precisamente, logo a seguir ao parto, ao 4°, 12° e 30° meses de idade do bebé — avaliaram também o desenvolvimento cognitivo, motor, sócio-emocional e o comportamento dos filhos dessas mulheres.

Estes autores averiguaram o efeito de diferentes tipos de distúrbios psicopatológicos da mãe sobre o desenvolvimento da criança e verificaram que era no grupo constituído pelas mães com depressão neurótica (N=52) que eram mais vastos os efeitos adversos do estado de saúde mental da mãe sobre a criança.

Logo à nascença, os bebés cujas mães se encontravam deprimidas exibiram piores estatutos obstétricos e um funcionamento mais pobre numa série de medidas consideradas.

Aos 4 meses de idade, os bebés das mães que tinham depressão pós-parto exibiram fraca resposta às pessoas e obtiveram valores mais baixos na avaliação do temperamento, apresentando nomeadamente, pouca actividade e tendência para a distracção.

Muito embora não se verificassem diferenças significativas na avaliação dos 12 meses, aos 30 meses de idade, as crianças das mães que se encontravam deprimidas após o parto foram descritas como tendo uma variedade de problemas no comportamento em casa.

Estes resultados, no seu conjunto, levaram os autores deste estudo a concluir que "*se tivesse que ser escolhido um grupo de crianças por estarem mais em risco, seria o da depressão neurótica mais do que o da esquizofrenia*" (Sameroff et al., 1982, p. 58).

Preocupados por encontrar os factores de risco associados ao desenvolvimento de esquizofrenia ou de outra forma de psicopatologia grave na criança, Angelo, Krock, O'Neil, e Boyle (1983) desenvolveram um estudo prospectivo

sobre 75 crianças e suas mães, com diferentes distúrbios psicopatológicos (33 mães eram esquizofrénicas, 21 tinham uma depressão endógena e 21 uma outra desordem de humor), que foram comparadas com um igual número de crianças e suas mães sem perturbação psiquiátrica assinalável durante o puerpério. Os autores deste estudo dão-nos conta do desenvolvimento cognitivo, sensório-motor e do temperamento dessas crianças, avaliadas todos os 2 meses, desde o nascimento até à idade de 2 anos.

De acordo com resultados obtidos anteriormente, nesta investigação os autores verificaram diferenças significativas em cada um dos domínios do funcionamento analisados e em cada um dos grupos de crianças considerados. Observaram, ao longo de 2 anos de estudo, dificuldades temperamentais diversas e níveis inferiores de desenvolvimento cognitivo nas crianças cujas mães estiveram deprimidas no pós-parto.

Ghodsian, Zajicek, e Wolkind (1984), procuraram estudar de que modo a depressão pós-parto se relacionaria com a presença subsequente de problemas de comportamento na criança e, vice-versa, de que modo a presença de problemas de comportamento na criança determinaria o desenvolvimento de depressão materna. Para o efeito, constituíram uma amostra de 131 mulheres londrinas, seleccionadas durante a gravidez e seguidas durante o pós-parto, avaliadas, no 7º mês de gravidez e mais tarde no 4º, 14º, 27º e 42º mês do puerpério, no que se refere à sintomatologia depressiva, com base numa versão do PSE de Cooper, Copeland, Brown, Harris, e Gourlay (1977). Estas mães foram também questionadas sobre a intensidade e frequência de um conjunto de problemas de comportamento dos respectivos bebés, com base num questionário elaborado pelos próprios autores do estudo.

Estes autores não encontraram qualquer relação significativa entre a presença de depressão pós-parto no 4º ou no 14º mês do puerpério e a existência de uma perturbação do comportamento da criança, na idade de 14 ou 27 meses, tal como poderia ser encontrada através de um questionário administrado à mãe. No que se refere à presença de problemas de comportamento na idade de 42 meses da criança, muito embora esta não se verificasse dependente da presença ou não de depressão no 4º mês a seguir ao parto, a relação mostrou-se significativa quando a depressão da mãe estava presente no 14º mês do puerpério: as mães que se encontravam deprimidas no 14º mês ou mais tarde no puerpério tinham crianças que, aos 3 anos e meio de idade, apresentavam um número significativamente mais elevado de problemas comportamentais, independentemente do facto de se encontrarem ou não deprimidas no momento da avaliação comportamental do seu filho.

Num estudo que desenvolveram sobre 103 mulheres com e sem depressão pós-parto, avaliadas através de entrevista psiquiátrica no 3°-5° mês do puerpério, Wrate, Rooney, Thomas, e Cox (1985) não encontraram que, aos 3 anos de idade, as crianças cujas mães tinham tido uma depressão pós-parto prolongada, apresentassem um maior número de problemas de comportamento, tal como podia ser avaliado através de um questionário administrado à mãe.

No entanto, verificaram que as crianças cujas mães tinham tido breves episódios depressivos após o parto e tinham experienciado sintomatologia depressiva moderada exibiam, aos 3 anos de idade, um significativo e maior número de problemas de comportamento do que as crianças cujas mães não tinham estado deprimidas durante o pós-parto e do que as crianças cujas mães estiveram gravemente deprimidas após o parto. Estas mães, cuja depressão pós-parto resultou em efeitos adversos no comportamento subsequente da criança, apresentavam um elevado nível de ansiedade a respeito do desempenho do papel materno, sendo que a sintomatologia depressiva tinha uma expressão mais relacionada com a vivência da maternidade e com a presença do bebé do que com problemáticas próprias da mãe.

Verificaram ainda que as crianças das mães que desenvolveram depressão pós-parto e foram colocadas precocemente numa creche apresentavam um comportamento significativamente mais ajustado, na idade de 3 anos, do que as crianças das mães que desenvolveram depressão pós-parto e permaneceram mais tempo junto das mães.

Como comentam Weissman, Paykel, e Klerman (1972), as mães mais gravemente deprimidas ficam geralmente impossibilitadas de desempenhar as suas tarefas relativas ao papel de mãe e são por isso, na maioria das vezes, substituídas no desempenho dessas funções. Talvez seja por isso que, neste estudo, não se tenha observado que as mães gravemente deprimidas provoquem efeitos adversos no desenvolvimento dos seus filhos.

Por sua vez, e como assinalam Wrate, Rooney, Thomas, e Cox (1985), as mães que se encontram moderadamente deprimidas, estão muito mais preocupadas com as suas competências e com o desempenho das suas tarefas maternas, o que pode interferir nas evidências empíricas relatadas.

Nos casos em que a mãe se encontra muito deprimida após o parto, ao ponto de estar totalmente impossibilitada de tomar conta do bebé, ela é, na maioria das vezes, substituída nessa tarefa, não se verificando, consequentemente, os previsíveis efeitos adversos sobre o comportamento da criança.

Também pode ser explicado nesse sentido, o facto de os autores desta investigação terem verificado que, quando acontecia que a criança fosse colocada

na creche, não serem tão importantes os efeitos negativos da depressão pós-parto da mãe sobre o comportamento ajustado da criança.

Caplan, Cogill, Alexandra, Robson, Katz, e Kumar (1989) seguiram prospectivamente uma amostra de 92 mulheres primíparas e suas crianças durante a gravidez e os primeiros 4 anos que se seguiram ao parto, a fim de avaliar o efeito da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento sócio-emocional da criança. Na idade de 4 anos da criança, estes autores avaliaram a presença de problemas emocionais e de dificuldades comportamentais, tal como podiam ser identificados através do questionário do comportamento da criança de Richman e Graham (1971) (*Behavioural Screening Questionnaire*, BSQ) e por uma entrevista à mãe, realizada por um psiquiatra que desconhecia o seu estatuto diagnóstico.

Estes autores verificaram que, aos 4 anos de idade da criança, as crianças cujas mães se encontravam clinicamente deprimidas apresentavam muitos mais problemas emocionais e de comportamento do que as crianças cujas mães não apresentavam nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável. Verificaram ainda que, aos 4 anos de idade da criança, as crianças cujas mães desenvolveram depressão pós-parto apresentavam muitos mais problemas emocionais e de comportamento, estivessem ou não as suas mães ainda deprimidas nessa altura, mas apenas no caso de essa circunstância se associar a duas outras: existência de conflitos familiares e presença de perturbação psiquiátrica no pai.

Deste modo, os referidos autores não encontraram, neste estudo, nenhuma relação significativa entre a presença de depressão materna nos momentos iniciais da vida da criança e o subsequente aumento de problemas comportamentais na idade de 4 anos, pois os resultados que se referem especificamente ao impacto da depressão da mãe que ocorre apenas durante os primeiros 3 meses após o parto sobre o aparecimento de problemas comportamentais na criança 4 anos mais tarde, não permitem sinalizar uma relação clara entre estas duas circunstâncias, pelo menos quando à depressão pós-parto da mãe não se associam outras circunstâncias adversas — como seja depressões subsequentes da mãe, presença de conflitos familiares ou existência de perturbação psiquiátrica no pai.

Na opinião dos referidos autores, estes resultados indicariam que *"a depressão pós-parto da mãe "per se" não contribui para a ocorrência de comportamento desadaptado na criança, a não ser que se associem outros factores, tais como a discórdia familiar e a doença psiquiátrica do pai, os quais constituem uma importante parte do meio-ambiente da criança, e, ao associarem-se à depressão pós-parto da mãe podem, consequentemente, agravar ou alargar os seus efeitos adversos na criança"* (Caplan et al., 1989, p. 821).

Considere-se ainda que, muito embora as diferenças verificadas na presença de dificuldades comportamentais da criança só sejam atribuíveis à presença de depressão pós-parto, quando a depressão pós-parto se associa à presença de conflitos matrimoniais ou de perturbação psiquiátrica no pai, tais diferenças não são de modo nenhum atribuíveis à depressão da mãe na idade em que os problemas de comportamento são avaliados.

Whiffen e Gotlib (1989) verificaram, por sua vez, que as mães que se encontram deprimidas no 2° mês do puerpério, referem os seus bebés como mais difíceis de cuidar e como mais perturbadores do que as mães que não se encontram deprimidas. Estas avaliações foram de algum modo confirmadas por observadores independentes do comportamento do bebé, pois estes embora não soubessem a respeito do estatuto diagnóstico das mães referiram que os bebés das mães deprimidas eram mais tensos, insatisfeitos e mais rapidamente perturbados na realização de tarefas.

Tal como Lee e Gotlib (1989) e Sameroff, Seifer, e Zax (1982), posteriormente também Goodman e Brumley (1990) compararam a qualidade da interacção providenciada à criança por mães com diferentes perturbações psicopatológicas e avaliaram o efeito respectivo de diversos distúrbios psicológicos maternos sobre vários aspectos do desenvolvimento da criança, numa amostra constituída por 53 mães esquizofrénicas, 25 mães deprimidas e 23 mães sem perturbação psiquiátrica assinalável. Estes autores estimaram a qualidade da interacção mãe-criança através do inventário *Home* de Bradley e Caldwell (1981) e avaliaram o desenvolvimento social das crianças, a partir da observação do seu comportamento em casa, com base no preenchimento de uma lista de verificação. A amostra foi constituída por crianças de várias idades, entre os 3 meses e os 5 anos, com uma média de idades de 24 meses.

Estes autores verificaram os efeitos adversos do fraco envolvimento materno e da reduzida capacidade de resposta da mãe — características da interacção proporcionada à criança pelas mães deprimidas — sobre o desenvolvimento da competência social por parte da criança. Concluíram que a capacidade de resposta e o envolvimento afectivo da mãe na interacção com a criança são alguns dos aspectos mais importantes para o adequado desenvolvimento do funcionamento social da criança.

Também Philipps e O'Hara (1991) procuraram avaliar os efeitos da depressão pós-parto da mãe — tal como pôde ser diagnosticada com recurso aos critérios RDC, após administração da entrevista psiquiátrica estandardizada SADS de Endicott e Spitzer (1978) — sobre o posterior aparecimento de problemas de comportamento na

criança em consequência dessa ocorrência — tais como podiam ser referidos pelas mães, após administração da escala de comportamento da criança, CBCL, de Achenbach e Edelbrock (1983). Com esse propósito, acompanharam, ao longo de 4 anos e meio de estudo, 70 mães e crianças americanas.

Estes autores, muito embora não encontrassem evidências empíricas de uma associação directa e independente entre a presença de depressão materna nos primeiros meses a seguir ao parto e a presença de problemas de comportamento da criança na idade de 4 anos e meio, verificaram que a ocorrência de depressão a seguir ao parto se associava à presença de posteriores depressões da mãe, o que, por sua vez, aumentava o risco de ocorrência de problemas emocionais e de comportamento, tal como podiam ser observados na idade de 4 anos e meio da criança.

Por outro lado, estes autores consideraram a hipótese de — o maior número de problemas emocionais e comportamentais da criança, tal como foi reportado pelas mães que estiveram ou estavam deprimidas na idade de 4 anos e meio da criança — ser resultado de um viés, em função das percepções negativas que as mães deprimidas geralmente têm a respeito de seus filhos. No entanto, os resultados deste estudo sugerem que, muito embora esse viés na resposta das mães deprimidas ao questionário possa existir, não dá conta da relação observada entre o diagnóstico de depressão da mãe e os resultados relativos às dificuldades comportamentais da criança no questionário CBCL.

Note que, como assinalam entre outros Valérie Whiffen (1990), a avaliação dos problemas comportamentais da criança, tal como é realizada na maior parte dos estudos que reportámos, é muitas das vezes feita pelas próprias mães, o que dificulta a decisão de saber se as crianças das mães deprimidas apresentam de facto um maior número de problemas de comportamento ou se esse dado empírico resulta apenas da circunstância de suas mães terem, a seu respeito, percepções deformadas, em função do estado de humor negativo que vivenciam.

Para procurar resolver esta questão, a autora acompanhou, ao longo de dois anos de estudo, uma amostra de 120 crianças, primeiros filhos, assim como as mães e pais destas crianças. No 2º mês do pós-parto e 2 anos mais tarde, a autora administrou às mães das crianças do estudo, o inventário para a depressão de Beck, e, independentemente às mães e aos pais, o questionário de gritos de Ames (*Ames Crying Questionnaire*, AMS, de Ames, Gavel, Khazaie, & Farrell, 1985) e o questionário das características da criança de Bates (*Infants Characteristics Questionnaire*, ICQ, de Bates, Freeland, & Lounsbury, 1979), a fim de avaliar a percepção que respectivamente cada um dos pais tinha acerca do temperamento do seu filho.

Esta autora verificou que, nos dois momentos de avaliação considerados, o estado de depressão da mãe estava relacionado com a avaliação que fazia do temperamento da criança, sendo que as mães deprimidas tinham percepções mais negativas a respeito dos seus filhos do que as mães que não apresentavam sintomatologia depressiva. Aos 2 meses de idade da criança, as mães deprimidas referiram muito mais que os seus filhos gritavam muito e eram pouco sociáveis. Aos 2 anos de idade da criança, as mães deprimidas referiram muito mais que os seus filhos tinham um temperamento difícil, um comportamento desadaptado e eram dependentes.

No entanto, quando controlou o efeito da depressão da mãe no momento da avaliação do temperamento da criança, a autora não encontrou qualquer evidência de uma relação consistente entre a presença de depressão após o parto e a ocorrência de dificuldades temperamentais na criança de 2 anos de idade. Tal é interpretado pela autora no sentido seguinte — *"as evidências empíricas deste estudo não suportam a hipótese de que um episódio único de depressão pós-parto seja um factor de risco significativo para o aparecimento de comportamento desadaptado na criança mais velha"* (Whiffen, 1990, p. 336).

Por outro lado, Whiffen (1990) obteve igualmente indicações de que as avaliações do temperamento da criança elaboradas pelas mães eram apenas moderadamente partilhadas pelos pais, sendo que essa consonância de avaliações acontecia com uma consistência ainda menor no caso das mães que se encontravam deprimidas. Com efeito, as avaliações do temperamento das crianças elaboradas pelas mães que se encontravam deprimidas eram ainda menos congruentes com as avaliações elaboradas pelos pais, do que o eram as avaliações das mães que não se encontravam deprimidas.

Dado que as avaliações respeitantes ao comportamento das crianças realizadas pelas mães deprimidas não são totalmente confirmadas pelas avaliações elaboradas pelos pais, infere-se que tais avaliações são grandemente influenciadas pelo estado de humor de momento das mães. Assim, a autora concluiu que, quando se avalia as repercussões da depressão pós-parto sobre as dificuldades de comportamento da criança através dos relatos das mães, podemos não obter um retrato exacto do que de facto acontece (Whiffen, 1990).

Também para analisar esse problema, Brody e Forehand (1986) observaram, em casa, na interacção com as suas mães, 4 vezes por um período de 40 minutos, 60 crianças com idade pré-escolar, referidas a uma instituição para receber ajuda psicológica. Encontraram que a percepção que as mães tinham das dificuldades de ajustamento dos seus filhos podiam ser parcialmente explicadas pelos seus níveis de

depressão e parcialmente explicadas pelo comportamento da criança na interacção com a mãe em casa.

A evidência de pouca correspondência entre a avaliação do temperamento do bebé elaborada pela mãe e por um observador, mesmo em populações sem perturbação psicológica, foi mais recentemente encontrada por Seifer, Sameroff, Barrett e Krafchuk (1994), num estudo que realizaram sobre 50 díades mãe-bebé.

Estes autores encontraram correlações muito baixas entre os relatos do temperamento do bebé elaborados pelas mães e as avaliações do comportamento em casa realizadas por um investigador, uma vez por semana, durante as primeiras 8 semanas de vida do bebé, o que levou os autores a concluir que *"as mães são uma fonte de informação muito pobre acerca do estilo de comportamento do bebé"* (Seifer et al., 1994, p.1489).

No entanto, outros estudos encontraram elevada concordância entre as indicações do temperamento do bebé obtidas pela observação directa do seu comportamento e das suas expressões emocionais numa situação laboratorial e as avaliações do comportamento do bebé elaboradas pelas mães num questionário comportamental (o *Infant Behavior Questionnaire*, IBQ, de Rothbart, 1981), o que nos dá ideia de que, pelo menos em populações de indivíduos sem perturbação psiquiátrica assinalável, as mães têm, acerca das particularidades do comportamento do seu bebé, uma percepção semelhante à que pode ser elaborada por investigador (Bridges, Palmer, Morales, Hurtardo, & Tsai, 1993). Também, em crianças mais velhas, Richters e Pellegrini (1989) verificaram que os relatos das dificuldades comportamentais elaboradas pelas mães com depressão das crianças da sua amostra não diferiam significativamente daquelas que eram realizadas pelos professores das mesmas.

Mais recentemente no estudo que desenvolveu com o propósito de comparar o desenvolvimento cognitivo, social e emocional dos bebés de mães com depressão pós-parto unipolar não-psicótica com o desenvolvimento dos bebés de mães sem perturbação psiquiátrica assinalável, Murray (1992) acompanhou prospectivamente 700 mães primíparas, residentes em Cambridge (Inglaterra). Para o efeito, as mães foram entrevistadas na idade de 18 meses da criança e completaram um questionário, da autoria de Richman e Graham (1971), para identificar problemas emocionais e de comportamento da criança (*Behavioral Screening Questionnaire*, BSQ).

Murray (1992) encontrou que, aos 18 meses de idade, as crianças cujas mães tinham estado deprimidas no 2°/3° mês do pós-parto, evidenciavam um número significativamente mais elevado de dificuldades emocionais e comportamentais —

nomeadamente, por ordem de importância, perturbações de sono, perturbações alimentares, desobediência e excessiva dependência — em relação, quer às crianças das mães que não tinham estado deprimidas no 2°/3° mês do pós-parto, quer às crianças cujas mães se encontravam nesse momento deprimidas.

Para estimar quando e em que circunstâncias a criança é especialmente vulnerável aos efeitos da depressão da mãe, a autora procurou avaliar o impacto do tempo de início e da duração do episódio depressivo materno, assim como o impacto de outros factores habitualmente associados à depressão pós-parto — como seja o desacordo matrimonial, as graves dificuldades económicas e a falta de apoio social — sobre a qualidade do desenvolvimento da criança.

Carro, Grant, Gotlib, e Compas (1993) procuraram identificar quais os factores que poderiam proteger a criança dos efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o seu desenvolvimento subsequente. Para o efeito, encetaram um estudo sobre 70 mães e pais e seus respectivos bebés, avaliando a presença de depressão pós-parto em ambos os membros do casal, através do inventário para a depressão, BDI de Beck (Beck et al., 1961), administrado ao 1-2° mês e ao 2-3° ano do pós-parto. Avaliaram também a satisfação matrimonial, através da escala de ajustamento diádico de Spanier (1976) (*The Dyadic Adjustment Scale*, DYAS) e a percepção de suporte social, através da escala de provisão de recursos sociais de Turner, Frankel, e Levin (1983) (*Provision of Social Resources Scale*, PSRS). Os problemas emocionais e comportamentais da criança foram avaliados, na idade de 2/3 anos da criança, através da escala CBCL (Achenbach et al., 1987) que foi preenchida pelas mães.

Os resultados deste estudo indicam claramente que a presença de sintomatologia depressiva, durante os primeiros meses do pós-parto, na mãe ou no pai, quer isoladamente quer conjuntamente, é um factor de risco para o aparecimento de um comportamento desajustado na criança, aos 2/3 anos de idade.

Indicam também que a presença de sintomatologia depressiva pós-parto no pai, dado que aumenta significativamente a probabilidade de virem a ocorrer problemas de ajustamento na criança aos 2/3 anos de idade, funciona como um factor de risco adicional. Com efeito, estes autores verificaram que a presença de sintomatologia depressiva durante o puerpério, no pai e na mãe, concorrem para aumentar o risco de ocorrência de altos níveis de problemas de comportamento, mais tarde na vida da criança.

Em função destes resultados, os autores referem que *"durante o período pós-parto, a presença de sintomatologia depressiva no pai, tanto quanto na mãe, é um forte preditor do aparecimento subsequente de problemas de comportamento na criança"*, concluindo que *"durante o desenvolvimento da criança, a presença de sintomas*

depressivos no pai é uma importante fonte de risco para o aparecimento de condutas inadequadas na criança" (Carro et al., 1993, p. 576).

Contudo, os resultados obtidos neste estudo indicam ainda que — quer a ausência de sintomatologia depressiva pós-parto no pai, quer a presença de relações matrimoniais satisfatórias, quer a percepção da disponibilidade de elevados níveis de suporte social por parte de ambos os pais — não diminui significativamente a probabilidade da criança, cuja mãe experienciou depressão pós-parto, vir a apresentar problemas de ajustamento na idade de 2/3 anos.

Isto é, e contrariamente ao que pressupunham os seus autores, os resultados recolhidos neste estudo não mostram que a ausência de sintomatologia depressiva no pai, a presença de elevados níveis de suporte social ou a satisfação matrimonial possam ter algum efeito protector directo sobre o desenvolvimento da criança, continuando a verificar-se, mesmo na presença dessas circunstâncias, o efeito adverso da depressão pós-parto sobre o aparecimento de problemas comportamentais na criança com 2/3 anos de idade. Por conseguinte, as evidências empíricas mostram que as referidas circunstâncias favoráveis, pelo menos no caso particular da depressão pós-parto, não funcionam claramente como factores de protecção para a criança.

No entanto, os autores observaram o seguinte efeito indirecto: quando aconteceu que a presença dessas circunstâncias fosse susceptível de diminuir a recorrência da depressão da mãe ou do pai, mais tarde no puerpério — e, consequentemente, a depressão da mãe ou do pai não se repetia — diminuía, em função desta última particularidade, o número de problemas emocionais ou de comportamento da criança na idade de 2/3 anos. Pelo que Carro, Grant, Gotlib, e Compas (1993) concluem que, *"nesse sentido, tais circunstâncias podem ter um efeito indirecto sobre o ajustamento da criança, ao reduzir os níveis de depressão pós-parto dos pais e das mães"* (Carro et al., 1993, p. 577).

Mais recentemente, a maior vulnerabilidade dos rapazes às influências adversas da depressão das mães referida por Murray (1992) foi encontrada em outros estudos empíricos, quer no respeitante aos bebés, como veremos nas investigações seguintes, quer no respeitante às crianças mais velhas (e.g., Hay, Zahn-Waxler, Cummings, & Iannotti, 1992).

Shaw e Vondra (1995), por exemplo, encontraram que a presença de sintomas de depressão a seguir ao parto na mãe se relacionava com a presença de problemas de comportamento na criança em idade pré-escolar, mas apenas nos indivíduos de sexo masculino da amostra.

As evidências empíricas recolhidas por Shaw, Vondra, Hommerding, Keenan, e Dunn (1994) testemunham o impacto cumulativo — e não multiplicativo — do efeito

adverso de um certo número de variáveis relativas às circunstâncias familiares sobre o aparecimento de problemas de ajustamento na criança aos 3 anos de idade (N=100). Mais precisamente, estes autores verificaram que aos 3 anos de idade, os problemas de externalização no rapaz podiam ser facilmente previstos quando se considerava a presença de depressão pós-parto materna, tal como pode ser detectada a partir do inventário para a depressão BDI, enquanto que os problemas de externalização e de internalização na rapariga podiam ser melhor previstos quando se considerava as suas dificuldades temperamentais e a insatisfação matrimonial da mãe. A presença durante o puerpério de sintomas depressivos maternos e baixo envolvimento materno relacionou-se com os problemas de comportamento aos 3 anos de idade, apenas nos rapazes.

Outra importante conclusão deste estudo refere-se ao facto de os seus autores terem observado que o efeito da depressão materna sobre a presença de problemas de comportamento na criança aos 3 anos de idade se verifica através do estabelecimento de interacções pouco adequadas, as quais conduzem ao estabelecimento de um padrão de vinculação insegura, o qual, por sua vez, não beneficia o desenvolvimento de comportamentos adaptados, numa série de contextos de vida da criança (Shaw & Vondra, 1995).

Também Sharp, Hay, Pawlby, Schmucker, Allen, e Kumar (1995) publicaram os resultados de um estudo prospectivo levado a cabo em Inglaterra sobre uma amostra de 170 mães, 99 pais e respectivos bebés, durante a gravidez e os anos que se seguiram ao parto. Aos 3 anos e meio as crianças foram avaliadas no seu comportamento em casa e através da CBCL de Achenbach e Edelbrock (1983), administrada aos pais e às mães. Estes autores verificaram igualmente que os bebés do sexo masculino das mães que desenvolveram depressão pós-parto estavam mais em risco de desenvolver problemas de comportamento, tal como foram assinalados pelos pais, especialmente no caso das famílias de classe social baixa.

Radke-Yarrow, Zahn-Waxler, Richardson, Susman, e Martinez (1994) observaram os comportamentos dirigidos às mães, nomeadamente os comportamentos de cuidados dirigidos às mães numa situação laboratorial em que as estas simulavam tristeza e numa situação em ambiente habitual, junto de uma amostra de 90 crianças em idade pré-escolar cujas mães tinham ou não desenvolvido perturbação psiquiátrica após o parto.

Estes autores verificaram que nem a presença de depressão materna, nem a presença de uma vinculação insegura à mãe, podiam por si só explicar o comportamento com a mãe das crianças de 2- 4 anos. No entanto, as observações realizadas indicam que em consequência da depressão a seguir ao parto, um

comportamento menos adequado é observado junto dos rapazes da amostra do que junto das raparigas, os quais tomam menos iniciativas de cuidado.

Numa publicação mais recente, sobre uma amostra recolhida igualmente pelo NIMH — composta por 39 mães com depressão *major*, 24 mães com desordem bipolar, e 32 mães sem desordem psiquiátrica passada ou presente — estes autores averiguaram que o desenvolvimento psicossocial da criança em idade escolar (na idade de 6 a 9 anos) era grandemente determinado pela qualidade da vinculação à mãe ao 1-3 anos de idade, tanto quanto pela presença de outras circunstâncias, particularmente a ocorrência de uma desordem psicopatológica na mãe (Radke-Yarrow, McCann, DeMulder, Belmont, Martinez, & Richardson, 1995).

Assim, os resultados indicam que a presença/ausência de problemas de comportamento aos 6 e 9 anos de idade, tal como foram assinalados na CBCL, não é totalmente determinada pelo desenvolvimento de um padrão de vinculação inseguro/seguro durante a infância ou pela ocorrência ou não de uma desordem psicopatológica na mãe, mas resulta de uma interacção particular destas circunstâncias: em certas circunstâncias — a ocorrência de uma depressão maior na mãe — o desenvolvimento de um padrão seguro de vinculação resulta no aparecimento de problemas e circunstâncias clínicas (afecto depressivo) em idade escolar, enquanto que o desenvolvimento de um padrão inseguro de vinculação resulta na ausência de problemas de comportamento em idade escolar. Os autores concluem que *"o padrão precoce de vinculação conjuntamente com o modo como a depressão da mãe se exprime para a criança ... estabelece padrões de comportamento que influenciam a vulnerabilidade da criança para problemas mais tarde"* (Radke-Yarrow et al., 1995, p. 247).

No entanto, assinale-se que, em termos gerais, a presença de um distúrbio psicopatológico na mãe, assim como a gravidade do mesmo, são preditores eficazes da presença de problemas de comportamento, depressão, ansiedade e desordem de comportamento, tal como o testemunha a avaliação psiquiátrica da criança em idade escolar (Radke-Yarrow et al., 1995).

Também os irmãos mais velhos das crianças seguidas neste estudo longitudinal foram observados com relação à presença de problemas de comportamento, sendo que estes investigadores verificaram a presença de uma probabilidade acrescida de problemas de comportamento em associação com a depressão das mães quer nas crianças que fizeram parte da amostra inicial, quer nos seus irmão mais velhos (e.g., Tarullo et al., 1995).

Os resultados destes estudos recentes alertam para o facto de que os efeitos adversos da depressão pós-parto materna se verificam mais no comportamento dos rapazes do que no comportamento das raparigas (Murray et al., 1994; Radke-Yarrow,

1994; Sharp et al., 1995; Shaw et al., 1994); bem como para *"a necessidade de se construírem modelos específicos, para cada um dos sexos, quando se delineiam os indicadores psicopatológicos precoces de risco"* (Shaw et al., 1994, p. 1120).

Mais recentemente ainda, Leadbeater, Bishop, e Raver (1996) avaliaram o efeito de duas condições de risco — maternidade adolescente e depressão pós-parto — sobre o comportamento adaptado de uma amostra de 63 crianças em idade pré-escolar.

A amostra, recolhida junto de uma comunidade multi-risco de mães adolescentes e seus bebés, foi seguida ao longo de 3 anos de estudo. A depressão das mães foi avaliada através do BDI em diferentes momentos do pós-parto e os problemas de comportamento da criança foram avaliados em idade pré-escolar pela CBCL preenchida pelas respectivas mães aos 28 e 36 meses da criança. Os autores observaram ainda, por diversas vezes, a qualidade da interacção mãe-bebé.

Os dados recolhidos por esta equipa de investigadores indicam que quer a presença de depressão materna, quer a existência de uma interacção inadequada entre a mãe e a criança — pautada pela presença de conflitos — contribuem para o elevado número de problemas de comportamento da criança, sendo que o efeito destas duas variáveis é cumulativo, visto que as crianças cujas mães com depressão mantêm piores relações com elas têm mais problemas de comportamento do que as crianças cujas mães com depressão são capazes de uma interacção mais adequada. Indicam também os dados recolhidos que quer a presença de depressão após o parto, quer a presença de depressão por altura em que os problemas de comportamento da criança foram avaliados, contribuem significativamente para a presença de problemas de comportamento da criança na idade de 2 1/2 - 3 anos, sendo que as mães que se mostraram mais deprimidas durante o período pós-parto se mantinham ainda deprimidas 36 meses depois do parto.

Um outro dado interessante refere-se ao facto de os autores terem observado que as mães adolescentes que vivem com as suas próprias mães mantêm uma interacção mais adequada com os bebés, os quais, por sua vez, apresentam um menor número de problemas de comportamento na idade pré-escolar do que as mães adolescentes que vivem num contexto social de maior isolamento.

Por último, convém ainda referir que outros estudos recentes têm vindo a apontar que os bebés das mães que desenvolvem depressão após o parto apresentam um maior número de problemas em ser amamentados. Assinalam que os problemas alimentares que estão presentes nos bebés das mães que desenvolvem depressão após o parto, sucedem e não antecedem a presença de depressão pós-

parto da mãe, pelo que talvez possam ser responsáveis pelo facto de as mães com depressão pós-parto deixarem mais cedo de dar de mamar ao peito aos seus bebés do que o fazem as mães que não apresentam sintomatologia psiquiátrica assinalável durante o puerpério (Cooper et al., 1991; Fleming et al., 1988; Murray, 1989).

2.3.2. Efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento de vinculação segura à mãe por parte do bebé

Uma das questões que tem suscitado sérias dúvidas a respeito dos efeitos da depressão pós-parto no desenvolvimento da criança, refere-se à questão de saber se o estado depressivo pós-parto da mãe afecta ou não a qualidade do laço afectivo do bebé para com a mãe.

Dado que a interacção mãe-bebé — o aspecto que, como vimos no capítulo III, mais determina a qualidade da vinculação do bebé à mãe — está, como vimos no primeiro ponto do presente capítulo, profundamente alterada quando a mãe se encontra deprimida após o parto, é de esperar que, de acordo com os estudos que já apresentámos, em função dessas mesmas interacções, os bebés das mães deprimidas venham a desenvolver uma vinculação insegura ou desorganizada com as respectivas mães (e.g., Radke-Yarrow et al., 1995; Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995).

A investigação tem vindo a estabelecer alguma linearidade entre a presença de determinadas perturbações psicopatológicas na mãe, a presença/ausência de determinadas características interactivas específicas com interferência no desenvolvimento da criança e o elaborar, por parte da criança, de um determinado padrão inseguro/desorganizado de vinculação que torna a criança mais susceptível ao desenvolvimento de psicopatologia.

A depressão pós-parto, por exemplo, tem um impacto adverso no estabelecimento de uma vinculação segura à mãe, sendo que os bebés das mães que desenvolvem depressão após o parto tendem a estabelecer um padrão inseguro de vinculação à mãe em função das interacções inadequadas que estabelecem com as mães durante o primeiro ano de vida (e.g., Radke-Yarrow et al., 1995; Shaw & Vondra, 1995, Teti et al., 1995), o que os torna mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão (e.g., Cummings & Cicchetti, 1990; Cummings & Davies, 1994).

No que se refere à influência adversa da depressão pós-parto na elaboração de uma vinculação segura à mãe, os resultados dos poucos estudos existentes são,

como veremos, algo controversos, mas permitem contudo algumas conclusões pertinentes.

Sameroff, Seifer, e Zax (1982) acompanharam, ao longo de 3 anos de estudo, 59 mães com depressão pós-parto, avaliadas com base em entrevista psiquiátrica, os seus controles e bebés respectivos. Ao observar o comportamento da criança na Situação Estranha, aos 12 meses de idade, estes autores não verificaram diferenças significativas no comportamento de vinculação, entre as crianças cujas mães tinham experienciado depressão pós-parto e as crianças cujas mães não tinham apresentado qualquer perturbação psiquiátrica durante o puerpério.

Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski, e Chapman (1985), por sua vez, reportam que a maior probabilidade de se encontrar uma criança com uma vinculação insegura à mãe, aos 2 anos de idade, não se verifica nos casos em que a depressão pós-parto da mãe é somente ligeira (depressão *minor*), mas apenas nos casos em que a mãe esteve moderada ou gravemente deprimida (depressão *major*) durante o puerpério, e sobretudo nos casos em que à depressão grave da mãe se associa à ausência do pai.

Estes autores levaram a cabo um estudo longitudinal nos EUA, no âmbito do Instituto Nacional de Saúde Mental (*National Institute of Mental Health*, NIMH), sobre o desenvolvimento das crianças em famílias de classe média ou alta, em que as mães apresentavam ou não distúrbio psiquiátrico. Constituíram a sua amostra, após entrevista psiquiátrica SADS, com 55 mães que receberam o diagnóstico de depressão *major* (41 depressão *unipolar* e 14 desordem *bipolar*), 12 mães com depressão *minor* e 31 mães sem desordem psiquiátrica corrente ou passada.

Verificaram que 55% das crianças cujas mães se encontravam deprimidas apresentavam um padrão inseguro de vinculação à mãe. Das 41 crianças cujas mães apresentavam depressão *major* unipolar, 11 exibiam o padrão A, 1 o padrão C e 7 o padrão A/C. Das 14 crianças cujas mães apresentavam doença *bipolar*, 7 exibiam o padrão A, 1 o padrão C e 3 o padrão A/C.

Os autores concluem que *"o distúrbio psicopatológico da mãe interfere na sua habilidade para se relacionar com a criança em modos que promova uma vinculação segura. A depressão diminui a probabilidade de vinculação segura da criança à mãe"* (Radke-Yarrow et al., 1985, p. 890). As crianças das mães com depressão bipolar manifestam uma probabilidade ainda maior do que as crianças da mães com depressão unipolar de desenvolver um padrão inseguro de vinculação. Os dados recolhidos por estes autores indicam ainda que a ausência do pai, embora não a depressão do pai, aumenta a probabilidade das crianças de mães com depressão *major* apresentarem um padrão inseguro de vinculação.

Também Lyons-Ruth, Zoll, Connell, e Grunebaum (1986) acompanharam, ao longo de um ano de estudo, 28 mães com depressão pós-parto de baixo nível sócio-económico, os seus controles e bebés respectivos. Efectuaram a avaliação da sintomatologia depressiva da mãe, através da escala CES-D de Radoff (1973), administrada no 6º mês do puerpério, assim como a avaliação da segurança na vinculação do bebé à mãe, ao ano de idade da criança na Situação Estranha de Ainsworth.

Quando avaliaram a qualidade da vinculação à mãe, estes autores não verificaram, no grupo de crianças cujas mães tinham estado deprimidas após o parto, um maior número delas com um padrão de vinculação inseguro, do que no grupo de crianças cujas mães não tinham estado deprimidas durante o puerpério. No entanto, obtiveram uma curiosa relação curvilínea: os bebés das mães cujos valores de depressão eram significativamente baixos, exibiam um padrão de vinculação do tipo A, sendo particularmente evitantes no episódio de reunião com a mãe; enquanto que os bebés das mães cujos valores de depressão eram significativamente mais elevados, exibiam um padrão de vinculação do tipo C, sendo particularmente cautelosos e resistentes à interacção com a mãe no episódio de reunião.

Assim sendo, neste estudo, tal como aconteceu no estudo anterior, apenas no grupo de mães que se encontravam mais gravemente deprimidas (com valores de depressão acima de 16 pontos) se verificaram efeitos adversos da depressão pós-parto sobre a qualidade da vinculação à mãe, dado que os bebés cujas mães se encontravam apenas ligeiramente deprimidas evidenciavam um padrão de vinculação segura à mãe.

Face a estes resultados, os referidos autores concluem que as mães mais gravemente deprimidas encetam, durante o primeiro ano de vida, interacções inadequadas com os bebés — caracterizadas pela presença de menor afectividade, maior hostilidade encoberta e maior interferência com a actividade dirigida a um fim do bebé — as quais interferem negativamente no estabelecimento, por parte da criança, de uma vinculação segura à mãe, tal como pode ser avaliado ao ano de idade na Situação Estranha de Ainsworth. Tendo em conta as observações do seu estudo, argumentam que temos fortes evidências empíricas para considerar a existência de consequências adversas, a curto-prazo, do tipo de interacção precoce encetado pelas mães deprimidas sobre o posterior ajustamento da criança. Concluem que a depressão materna é um importante factor de risco para o desenvolvimento da criança durante a infância.

Mais recentemente, Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, e Botein (1990) desenvolveram um estudo sobre 31 crianças cujas mães de baixo nível sócio-

económico apresentavam depressão após o parto, quando avaliadas através da escala CES-D de Radoff no 3°-5° mês do puerpério. As mães destas crianças beneficiaram, em casa, de apoio médico e psicológico no âmbito do Projecto de Apoio à Família do Instituto Nacional de Saúde Mental, nomeadamente nos cuidados a prestar à criança, com uma periodicidade semanal e ao longo de 13 meses. As crianças e as mães deste estudo foram comparadas nas suas interacções em casa, na idade de 3-5, 12 e 18 meses do bebé, com um igual número de crianças e mães que apresentavam depressão pós-parto e se assemelhavam às primeiras nas características sócio-demográficas, mas que não receberam a referida ajuda psicológica. Avaliaram ainda, aos 18 meses de idade, o desenvolvimento mental e motor das crianças, bem como a qualidade da vinculação do bebé à mãe, que foi estimada na Situação Estranha de Ainsworth.

Os referidos investigadores verificaram que as crianças cujas mães tinham sido alvo de ajuda psicológica eram, com três vezes mais de probabilidades, avaliadas como seguramente ligadas à mãe (apenas 23% foram classificadas com o padrão A ou C), enquanto que mais de metade das crianças cujas mães não usufruíram dessa ajuda foram classificadas como inseguramente ligadas à mãe (61% exibiam o padrão A ou C).

Ainda, mais de metade dos bebés (54%) das mães que apresentavam sérios sintomas depressivos e não tinham sido sujeitas a intervenção, apresentavam uma vinculação desorganizada, quando foram avaliados na Situação Estranha de Ainsworth aos 18 meses de idade, o que testemunha que a depressão pós-parto materna é um factor de risco para o desenvolvimento de vinculação insegura à mãe (Lyons-Ruth et al., 1993).

Os resultados obtidos neste estudo mostram também o efeito adverso — na qualidade da vinculação do bebé à mãe — da depressão da mãe associada ao baixo NSE. Assim como mostram igualmente o efeito benéfico dos serviços de ajuda psicológica à mãe deprimida de baixo NSE — fundamentados numa perspectiva desenvolvimentalista e consubstanciados no apoio aos cuidados a prestar à criança — evidenciando que esses serviços podem ter um importante impacto no desenvolvimento das crianças pertencentes a uma comunidade multi-risco.

Temos ainda aqui testemunhos empíricos de que os efeitos positivos da intervenção psicológica na díade mãe-bebé acontecem através da redução da sintomatologia depressiva materna, dado que o baixo NSE não se mostrou, por si só, um factor de risco susceptível de explicar o desenvolvimento de vinculação insegura à mãe, a menos que se associasse à depressão materna.

Os resultados deste estudo mostram sobretudo que o decréscimo na sintomatologia depressiva é acompanhado por uma melhoria dos cuidados prestados pela mãe à criança, bem como por mudanças significativas em aspectos importantes

da interacção mãe-bebé, tal como foram avaliados aos 12 meses de idade da criança. Observou-se em particular o aumento do envolvimento afectivo materno e da comunicação verbal da mãe durante a interacção com o bebé, aspectos que podem ser responsáveis, respectivamente, quer pelo desenvolvimento de segurança na vinculação com a mãe quer pelo mais elevado nível de desenvolvimento que essas crianças apresentam.

Os autores verificaram ainda que os efeitos adversos da depressão da mãe, muito embora também se observem relativamente ao desenvolvimento mental e motor da criança, como veremos mais adiante, são maiores no que se refere ao estabelecimento da vinculação segura à mãe, referindo-se, consequentemente, à particular vulnerabilidade do domínio sócio-emocional para sofrer os efeitos adversos da depressão materna.

No seguimento deste estudo sobre 62 famílias de baixo nível sócio-económico — e, depois de verificada a relação entre a presença de depressão na mãe, a qualidade da interacção mãe-bebé, e o desenvolvimento cognitivo e segurança na vinculação à mãe por parte do bebé — Lyons-Ruth, Alpern, e Repacholi (1993) dão-nos conta da avaliação que fizeram do funcionamento psicológico das crianças da amostra na idade de 5 anos. São principalmente dois os resultado empíricos mais relevantes desta equipa de investigadores.

Por um lado, dado que um número significativo de bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto foi classificado com o padrão D na Situação Estranha administrada na idade de 18 meses, estes autores constatam que a presença de depressão pós-parto materna se associa à desorganização na vinculação do bebé à mãe; por outro lado, dado que 71% das crianças que, na idade de 5 anos, foram consideradas pelos professores hostis com os pares na sala de aula, tinham sido classificadas como desorganizadas na sua relação de vinculação com a mãe durante a infância, estes autores constatam que a classificação D na Situação Estranha é o mais importante preditor para a presença de níveis elevados de comportamento hostil com os pares. Refira-se ainda que quer o estatuto de vinculação da criança quer a depressão materna têm um efeito aditivo, sem que se verifique neste estudo, um efeito potencializador ou protector de qualquer uma destas circunstâncias.

Conclui-se pois que a depressão materna se associa a interacções menos adequadas com o bebé — caracterizadas por falta de envolvimento afectivo e comportamento de intrusão hostil — as quais, conduzem o bebé a desenvolver um padrão desorganizado de vinculação à mãe, e, mais tarde, a estabelecer relações interpessoais inadequadas, visto que as crianças que não estabelecem um padrão

seguro de vinculação à mãe quando se encontram na escola apresentam com elevada frequência problemas de comportamento na relação com os outros.

Este estudo, por sua vez, traz mais fundamentos empíricos para as concepções teóricas que defendem o valor preditivo dos factores de risco materno, nomeadamente da depressão materna, avaliados durante a infância, sobre o subsequente desenvolvimento sócio-emocional da criança.

A fim de estimar o efeito da qualidade da interacção precoce mãe-bebé sobre o desenvolvimento de uma vinculação segura à mãe, também Cohn, Campbell, e Ross (1991) avaliaram a qualidade da interacção mãe-bebé, em casa, na situação de rosto imóvel, durante 2 minutos, aos 2, 4 e 6 meses de idade do bebé, bem como comportamento do bebé para com a mãe, na Situação Estranha de Ainsworth, na idade de 12 meses do bebé.

A amostra foi constituída por 33 mães primíparas com depressão pós-parto e seus bebés, e 33 mães primíparas sem perturbação psiquiátrica assinalável e respectivos bebés.

Estes autores verificaram que, na interacção com a mãe na situação de rosto imóvel, durante os primeiros meses de vida, os bebés das mães deprimidas exibiam menos iniciativas de interacção positiva — tais como sorrisos e expressões faciais de jogo — do que os bebés das mães que não estavam deprimidas. Verificaram também que os bebés das mães que apresentavam significativa sintomatologia depressiva após o parto tinham menos possibilidades de estabelecer uma vinculação segura à mãe, em função do facto de terem experienciado, durante o primeiro ano de vida, interacções de menor qualidade com a mãe.

Quando foram avaliados na Situação Estranha de Ainsworth meses mais tarde, mais precisamente ao ano de idade, os bebés das mães que tinham tido uma depressão após o parto — e que, por conseguinte, tinham experienciado interacções menos adequadas — exibiam com mais probabilidade um padrão de vinculação inseguro de tipo evitante, enquanto que os bebés cujas mães não tinham apresentado sintomatologia depressiva durante o puerpério e tinham proporcionado aos seus bebés interacções mais adequadas, durante o primeiro ano de vida, exibiam um padrão de vinculação segura. No grupo das mães mais gravemente deprimidas 56% das crianças exibiam um padrão inseguro de vinculação à mãe (Campbell et al., 1993).

Tal como se considerou em investigações anteriores, este estudo testemunha que o efeito do estado de saúde mental da mãe sobre o desenvolvimento sócio-emocional da criança, particularmente sobre o desenvolvimento de vinculação segura à mãe, se faz através da qualidade da interacção que se estabelece entre ambos os membros da díade, durante o primeiro ano de vida.

Mais recentemente também, os resultados obtidos no estudo empírico de Murray (1992) possibilitaram interpretações mais concludentes acerca dos efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento de vinculação segura à mãe por parte do bebé.

Numa investigação cuja descrição já reportámos anteriormente, a autora encontrou uma associação clara entre depressão pós-parto e padrão inseguro de vinculação à mãe: as crianças cujas mães estiveram deprimidas durante os primeiros meses do puerpério, quando avaliadas na Situação Estranha de Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) na idade de 12 e 18 meses, tendiam a estar inseguramente vinculadas às mães, e eram com significativa maior probabilidade do que as crianças cujas mães não tinham apresentado sintomatologia depressiva pós-parto, classificadas como exibindo um padrão evitante de vinculação (padrão A). Com efeito, 63% das crianças cujas mães desenvolveram depressão pós-parto, mas apenas 31% das crianças cujas mães não desenvolveram depressão pós-parto, exibiam um padrão de vinculação insegura à mãe, quando avaliadas na Situação Estranha na idade de 18 meses. Não encontrou, contudo, que os bebés das mães que estavam deprimidas no 12°/18° mês do puerpério tivessem um padrão de vinculação distinto dos bebés das mães que não se encontravam deprimidas por essa ocasião.

Para além do mais, a autora verificou que a relação entre depressão pós-parto e vinculação insegura é mais nítida ainda no caso dos bebés do sexo masculino, sendo que os rapazes da amostra cujas mães desenvolveram depressão pós-parto — embora não os rapazes da amostra cujas mães não desenvolveram depressão pós-parto — tinham cerca de 4 vezes mais probabilidades de apresentar um padrão de vinculação inseguro do que as raparigas da amostra cujas mães desenvolveram depressão pós-parto.

Esta equipa de investigadores reportou ainda que os bebés das 49 mães que estiveram deprimidas durante os primeiros 3 meses após o parto, quando comparados, na idade de 19 meses, com os bebés das 49 mães que não apresentaram quaisquer perturbação psiquiátrica durante os primeiros meses de vida do bebé, apresentavam uma conduta sócio-emocional menos adequada, em duas situações consideradas (Stein et al., 1991).

Os bebés das mães que tinham experienciado depressão pós-parto, quando foram avaliados na presença das mães em casa, ano e meio mais tarde, evidenciaram uma menor sociabilidade nas suas respostas iniciais a um estranho que lhe oferecia um brinquedo e procurava iniciar um jogo do tipo "toma-lá-dá-cá". Quando foram avaliados, ano e meio mais tarde, na resposta a uma situação em que se pedia à mãe

para que se ausentasse da sala onde decorria a observação, esses mesmos bebés evidenciaram um maior número de expressões de mal-estar.

Estes autores encontraram ainda que a menor sociabilidade do bebé ao estranho era tanto maior quanto maior fosse a duração da depressão da sua mãe, mas sobretudo quando a depressão da mãe tinha especificamente decorrido durante os primeiros meses de vida do bebé.

Whiffen e Gotlib (1992b) também verificaram que as crianças cujas mães tinham experienciado depressão pós-parto tinham uma actividade diminuída e exibiam um menor número de vocalizações quando eram observadas a interagir com o observador numa situação de teste, aos 12 meses de idade. Verificaram também que a inacessibilidade interactiva das mães com depressão pós-parto, avaliada na interacção mãe-bebé durante os primeiros meses do puerpério, se relacionava com a presença de um maior número de expressões de receio no contacto da criança com um estranho, numa situação de avaliação aos 12 meses de idade (Whiffen & Gotlib, 1992 a).

Ainda mais recentemente, nos EUA, Shaw e Vondra (1995) conduziram um estudo longitudinal sobre a qualidade do padrão de vinculação e a presença de problemas de comportamento na criança, em 100 famílias de baixo nível sócio-económico.

Estes autores encontraram que a ocorrência de depressão pós-parto na mãe, avaliada através do BDI durante o primeiro ano do pós-parto, permitia, por si só, predizer a presença de um padrão inseguro (A/C) de vinculação, quando as crianças foram observadas na Situação Estranha aos 18 meses de idade, mas apenas no caso das raparigas. Por sua vez, a presença de um padrão inseguro de vinculação ao ano de idade (A/C) mostrou ser um forte preditor para a presença de problemas de comportamento na criança aos 3 anos de idade, tal como puderam ser avaliados através da CBCL em ambos os sexos.

Mais, as evidências empíricas recolhidas por estes autores sugerem que as mães com depressão a seguir ao parto estabelecem cuidados e interacções menos adequadas com o bebé, tal como podem ser avaliados através do inventário Home, o que conduz ao estabelecimento de um padrão inseguro (A/C) de vinculação, o qual propicia ao aparecimento de problemas de comportamento na criança, tal como foram registados pelas mães aos 3 anos de idade.

Também nos EUA, Teti, Messinger, Gelfand e Isabella (1995) conduziram recentemente um estudo sobre 91 díades em que as mães desenvolveram depressão

(unipolar) nos meses a seguir ao parto e 58 díades em que as mães não desenvolveram distúrbio psicopatológico assinalável nos meses que se seguiram ao parto (critérios DSM-III-R), no sentido de averiguar *"qual a interferência da gravidade da sintomatologia depressiva materna durante o período de formação da vinculação sobre a qualidade do padrão estabelecido pela criança durante a infância e a idade pré-escolar"* (Teti et al., 1995, p. 364).

Estes autores verificaram que, no grupo constituído pelas mães deprimidas, apenas 20% das crianças apresentavam um padrão seguro de vinculação à mãe, enquanto que no grupo das mães que não apresentavam perturbação psiquiátrica assinalável, 70% das crianças apresentavam o padrão B. Verificaram que, enquanto que no grupo das mães não-deprimidas as restantes 30% de crianças se repartiam equitativamente pelas classificações A, C e D, no grupo das mães que se apresentavam deprimidas a seguir ao parto 16.7% desenvolveram um padrão de vinculação inseguro-evitante, 23% desenvolveram um padrão de vinculação inseguro-ambivalente e 40% das crianças evidenciaram desorganização na vinculação à mãe observada na Situação Estranha aos 12-18 meses de idade. Os dados recolhidos durante a idade pré-escolar replicam as observações conduzidas durante a infância.

Os autores concluem que a depressão materna está significativamente associada com a segurança na vinculação da criança, durante a infância e na idade pré-escolar, dado que os resultados indicam que 80% dos bebés e 87% das crianças em idade pré-escolar do grupo das mães que se encontravam deprimidas durante os meses que se seguiram ao parto desenvolveram um padrão inseguro de vinculação à mãe.

Os autores averiguaram ainda que não é a presença de depressão materna *per se*, mas na medida em que a depressão da mãe compromete a qualidade dos cuidados e da interacção que ela presta ao bebé o factor determinante para a formação da vinculação, dado que observaram o desenvolvimento de um padrão de vinculação B no caso da depressão materna se associar a cuidados maternos mais adequados e que os bebés das mães que se encontravam mais gravemente deprimidas e cujos cuidados e interacção eram menos adequadas, eram classificados com o padrão D.

2.3.3. Efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento psico-motor e cognitivo do bebé

Se tivermos em conta que, como vimos anteriormente, a mãe com depressão pós-parto oferece um reduzido leque de estímulos na interacção com o bebé, é

compreensível que a sua conduta não seja a mais conveniente para o desenvolvimento mental e motor da criança, como veremos nos estudos que passamos a descrever e analisar.

Ebtinger e Marcelli (1983), por exemplo, relatam 2 casos clínicos em que a depressão pós-parto da mãe se traduziu numa importante falta de estimulação do bebé, durante os primeiros meses de vida, observando-se, anos mais tarde, um significativo atraso no desenvolvimento da linguagem dessas 2 crianças estudadas.

Lyons-Ruth, Zoll, Connell, e Grunebaum (1986), por sua vez, no estudo que já descrevemos, levado a cabo sobre uma amostra de 56 mulheres com/sem depressão pós-parto e os seus respectivos bebés, verificaram que em relação às crianças cujas mães não sofreram de nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável durante o pós-parto, os bebés cujas mães tinham desenvolvido depressão em qualquer um dos primeiros 8 meses do puerpério, apresentavam, ao ano de idade, índices mais baixos de desenvolvimento mental e de desenvolvimento motor, quando eram avaliados pelas escalas de desenvolvimento infantil de Bayley (1969), respectivamente pela escala de desenvolvimento motor e pela escala de desenvolvimento mental. As diferenças encontradas entre os dois grupos de crianças acima mencionados excediam os 10 pontos, em cada uma das escalas administradas.

Por outro lado, estes autores verificaram ainda que a relação encontrada — entre a presença de depressão pós-parto da mãe e o baixo nível de desenvolvimento da criança, observado meses mais tarde — se mantinha, mesmo quando o efeito do QI materno era controlado. Tal verificação inviabiliza a hipótese de que seriam as mães intelectualmente menos capazes aquelas que se deprimiriam e, simultaneamente, aquelas que estimulariam menos os seus bebés, ou seja a hipótese de ser o baixo QI materno e não a depressão da mãe o factor responsável pelos índices mais baixos de desenvolvimento mental e de desenvolvimento motor que as crianças das mães deprimidas apresentam.

No estudo mais recente destes mesmos autores que já reportámos anteriormente (Lyons-Ruth et al., 1990), verificou-se também que os bebés das mães deprimidas durante os primeiros meses do puerpério de baixo NSE que foram alvo de ajuda psicológica domiciliária, no âmbito do Projecto de Apoio à Família do Instituto Nacional de Saúde Mental, quando foram avaliados através das escalas de desenvolvimento da criança de Bayley, exibiam, aos 18 meses de idade, um nível de desenvolvimento mental mais elevado, sendo em média classificados com mais 10 pontos do que os bebés das mães deprimidas que não foram alvo da referida ajuda.

Os bebés das mães que muito embora pertencessem ao NSE baixo não desenvolveram depressão após o parto, exibiam níveis de desenvolvimento dentro dos parâmetros normais para a população americana, pelo que os autores concluem que mais do que o NSE baixo — é a depressão da mãe que se associa ao subsequente pobre nível de desenvolvimento da criança.

Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, e Kumar (1986) levaram a cabo uma investigação, iniciada durante a gravidez e continuada durante o puerpério, a fim de avaliar o efeito da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento cognitivo da criança, ao longo de vários anos de estudo.

Para o efeito, seguiram prospectivamente 99 mães primíparas e as suas crianças, avaliando psiquiatricamente a depressão das mães, em diferentes momentos do estudo, mais precisamente durante a gravidez, aos 3 meses e 12 meses do pós-parto e na idade de 4 anos da criança, através da entrevista semi-estruturada de Goldberg, Eastwood, Kedward, e Sherpherd (1970), bem como avaliaram também o desenvolvimento cognitivo das crianças, através das escalas de McCarthy (1972) (*McCarhty Scales of Children's Abilities*).

Quando, aos 4 anos de idade da criança, e assegurando a independência entre as avaliações da mãe e da criança, os autores deste estudo compararam os resultados obtidos nas escalas de desenvolvimento pelas crianças cujas mães sofriam de perturbação depressiva, com os resultados obtidos pelas crianças cujas mães não sofriam de qualquer perturbação psiquiátrica assinalável, encontraram evidências empíricas para a existência de significativos défices de competências nas crianças das mães deprimidas, mas apenas no caso da perturbação da mãe ter ocorrido durante o primeiro ano de vida da criança.

Constataram ainda que a presença de dificuldades económicas, conflitos matrimoniais e de perturbação psiquiátrica no pai, muito embora não pudesse por si só justificar um decréscimo nas competências intelectuais da criança, aos 4 anos de idade, podia, quando se associava à depressão da mãe, contribuir para agravar os efeitos adversos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento cognitivo subsequente da criança.

Um dos propósitos desta investigação era comparar as consequências dos distúrbios psicológicos maternos que ocorrem durante a gravidez com as consequências desses mesmos distúrbios quando acontecem durante e em diferentes momentos do puerpério. Os dados empíricos recolhidos mostram que os distúrbios psicológicos da mãe ocorridos durante a gravidez apenas afectam adversamente o desenvolvimento cognitivo da criança quando persistem durante o puerpério. No entanto, mais significativo ainda é a evidência de que tais efeitos adversos sobre o

desenvolvimento cognitivo da criança estão presentes mesmo quando a depressão da mãe se verifica exclusivamente durante os primeiros 3 meses de vida da criança, embora não se verifiquem quando a depressão da mãe ocorre exclusivamente mais tarde na vida da criança. Assim, como comentam os autores deste estudo, o que *"é novo é o ter-se encontrado uma correlação selectiva entre a depressão da mãe ocorrida precocemente na vida da criança e uma subsequente pobreza na realização cognitiva da criança"* (Cogill et al., 1986, p. 1167).

Mais recentemente, também Whiffen e Gotlib (1989) verificaram que os bebés das mães que desenvolveram depressão após o parto, apresentavam, aos 2 meses de idade, um menor nível de desenvolvimento do que os bebés das mães que não desenvolveram qualquer perturbação psiquiátrica durante o puerpério, principalmente no domínio psicomotor.

Goodman e Brumely (1990), no estudo que já descrevemos anteriormente, verificaram, por sua vez, o efeito adverso da depressão da mãe, ocorrida durante os primeiros meses que seguem ao parto, sobre o nível de desenvolvimento mental, embora não sobre o nível de desenvolvimento motor dos bebés, quando avaliados ao ano de idade através das escalas de desenvolvimento mental e motor de Bayley.

Para estes dois autores, a influência referida verificar-se-ia pelo facto de as mães deprimidas providenciaram uma interacção menos adequada ao bebé. E, com efeito, observaram que a mãe com depressão pós-parto apresenta, nomeadamente uma menor variedade de expressões emocionais e verbais, assim como menos prazer e menos interesse na interacção com a criança, aspectos que consideram ser dimensões importantes para o desenvolvimento mental da criança durante o primeiro ano de vida.

Redding, Harmon, e Morgan (1990), por sua vez, observaram que os bebés das mães que se encontravam mais deprimidas da sua amostra recolhida na comunidade, mostravam-se menos competentes no desempenho das actividades propostas, eram menos persistentes na resolução dos problemas apresentados ao ano de idade e evidenciavam menos prazer na realização das actividades aos 2 anos de idade. Por essa razão, os autores concluem que a depressão da mãe diminui a motivação da criança para o desafio e a mestria da realidade física, talvez porque, através das suas interacções com o bebé, as mães não dêem suporte nem encorajem a criança para se envolver em tarefas desafiantes e para sentir prazer na realização dessas mesmas tarefas.

Como já descrevemos anteriormente, o estudo de Lynne Murray (1992) reporta-se a uma vasta amostra de mulheres primíparas (N= 700) que a autora seguiu prospectivamente durante os primeiros anos do pós-parto. No 2º ou 3º mês do puerpério, avaliou a depressão pós-parto das mães e, mais tarde, na idade de 9 e 18 meses da criança, avaliou diferentes aspectos do desenvolvimento da criança, a saber: o desenvolvimento mental e motor da criança, através das escalas de desenvolvimento mental e motor da criança de Bayley (1969) *(Bayley Scales of Infant Development)*, o desenvolvimento da linguagem, através das escalas para a avaliação do desenvolvimento da linguagem de Huntley (1985) *(Reynell Scales of Language Development)*, e o estádio de desenvolvimento da permanência do objecto, através das provas piagetianas respectivas.

Esta autora, muito embora não tenha encontrado quaisquer efeitos adversos consequentes à presença de depressão pós-parto materna, quando utilizou medidas mais globais do desenvolvimento da criança, tal como o são as medidas providenciadas pelas escalas acima assinaladas — o que justifica pelo facto da sua amostra ser muito seleccionada do ponto de vista sócio-económico — verificou que certas dimensões cognitivas importantes pareciam estar significativamente afectadas em função da depressão pós-parto das mães, dado ter verificado que, aos 9 meses de idade, os bebés cujas mães tinham estado deprimidas após o parto encontravam-se em estádios de menor desenvolvimento na aquisição da noção de permanência do objecto.

Esta autora encontrou também que os efeitos adversos da depressão pós-parto sobre as referidas dimensões do desenvolvimento mental e da linguagem da criança se verificavam tanto mais quanto mais grave fosse a depressão da mãe, bem como se verificavam com significativa maior probabilidade no caso do bebé ser do sexo masculino ou no caso de existirem conflitos matrimoniais no seio da família. Em função disso, Murray conclui que tais circunstâncias e características tornam a criança mais vulnerável às influências negativas do estado depressivo pós-parto da mãe (Murray et al., 1993).

No que se refere especificamente ao sexo do bebé os efeitos adversos da depressão pós-parto materna sobre o nível de desenvolvimento do bebé aos 18 meses de idade, avaliado pelas escalas de Bayley, foi encontrado na sequência directa de interacções vocais menos adequadas, sendo que a autora conclui que a qualidade da comunicação materna com o bebé, especialmente o foco do discurso, mediatiza os efeitos entre a depressão pós-parto e o desenvolvimento cognitivo do bebé aos 18 meses (Murray et al., 1993).

Encontrou ainda que as consideradas dimensões do desenvolvimento da criança se relacionavam com a qualidade da interacção mãe-bebé, providenciada

aos 3 meses de idade do bebé, numa situação de interacção face-a-face no laboratório. Nomeadamente Murray (1992) observou que os bebés das mães cujo conteúdo do discurso verbal no 3º mês do puerpério era mais focado na experiência própria do que no bebé, não tinham adquirido a permanência do objecto, aos 9 meses de idade.

No entanto, e como acontece relativamente a outros aspectos do desenvolvimento da criança que já assinalámos, quer a duração da exposição da criança à sintomatologia depressiva da mãe, quer o facto da mãe se encontrar deprimida no momento da avaliação do desenvolvimento da criança, quer o facto da mãe ter estado deprimida durante a gravidez, não mostraram ser factores significativos para os resultados conseguidos pela criança ao ano e meio de idade (Murray, 1992).

Deste modo, este estudo demonstra não só o impacto significativo da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento do bebé, como ainda que tal impacto acontece exclusivamente nos casos em que a depressão da mãe se verifica nos primeiros meses de vida da criança, e não quando acontece antes ou depois desse momento. Com efeito, a presença de depressão na mãe durante a gravidez, na idade de 18 meses da criança, ou ainda a existência de uma depressão prolongada que se alarga para além dos primeiros 6 meses de vida da criança, não produziram um impacto negativo adicional sobre o nível de desenvolvimento do bebé, como acontece com o facto do incidente de depressão pós-parto ser o primeiro na experiência da mãe.

Por outras palavras, isto quer dizer que os efeitos adversos da depressão pós-parto se verificam aos 18 meses de idade da criança, mesmo que a mãe tenha recuperado da sua depressão pós-parto — donde se conclui que *"os efeitos adversos da depressão pós-parto ocorrem muito embora na maior parte dos casos se verifique a remissão do episódio depressivo 3-4 meses depois do parto"* (Murray et al., 1993, p. 1084). Esses efeitos adversos aos 18 meses de idade da criança verificam-se independentemente da quantidade de tempo em que a mãe esteve deprimida e do facto de a mãe ter estado ou não deprimida durante a gravidez ou ainda do facto de a mãe estar ou não deprimida nessa altura, embora tenham mais probabilidades de ocorrer se esse é um primeiro incidente depressivo na vida das mães (Murray et al., 1993).

Estes resultados — que replicam os dados da investigação de Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, e Kumar (1986) e são corroborados no estudo de Sharp, Hay, Pawlby, Schmucker, Allen, e Kumar (1995) que apresentamos a seguir — são consistentes com a ideia de que existe um período sensível ou crítico no desenvolvimento da criança, o qual se situaria nos meses que se seguem ao seu nascimento, sendo que qualquer

influência negativa que se possa exercer sobre a criança nessa precisa altura, teria consequências irreversíveis sobre o seu desenvolvimento futuro, pelo que a qualidade do funcionamento da mãe com a criança durante o primeiro ano de vida teria um impacto maior sobre o seu subsequente desenvolvimento do que pode ter noutras alturas da vida da criança.

Ainda muito recentemente, num estudo que já descrevemos (Sharp et al., 1995), 170 crianças de 3 anos cujas mães tinham sido seguidas durante a gravidez e o puerpério foram avaliadas do ponto de vista intelectual, através de um conjunto de escalas elaboradas para o efeito (*Mc Carthy Scales of Children's Abilities*). Nesse estudo, Sharp, Hay, Pawlby, Schmucker, Allen, e Kumar (1995) verificaram que a depressão pós-parto da mãe afectava negativamente o desenvolvimento intelectual subsequente da criança. Verificaram ainda que a depressão pós-parto da mãe afectava sobretudo o desenvolvimento dos bebés do sexo masculino.

Com efeito, os autores observaram particularmente que as crianças do sexo masculino das mães que tinham estado deprimidas a seguir ao parto, obtinham resultados um desvio-padrão abaixo aos resultados obtidos pelas crianças do sexo masculino das mães que não tinham estado psicologicamente doentes a seguir ao parto. As áreas particularmente afectadas foram o desenvolvimento intelectual e perceptivo, o que os autores supuseram poder vir a trazer problemas ao nível da aprendizagem da leitura, onde estas duas competências são essenciais. Estes autores verificaram também que as raparigas parecem estar relativamente protegidas dos efeitos negativos da depressão materna sobre o desenvolvimento cognitivo, dado que tais efeitos se verificaram quase exclusivamente nos rapazes, o que, para estes autores tais como para outros (e.g., Murray et al., 1994) pode dever-se ao facto de as mães deprimidas manterem interacções menos adequadas com os rapazes do que mantém com as raparigas.

Estas diferenças continuaram a verificar-se mesmo quando se controlaram variáveis em princípio importantes para o desenvolvimento cognitivo da criança, como seja o QI da mãe e do pai. Estas diferenças também não se ficam a dever ao maior número de problemas de comportamento que estas crianças experienciam. Estas diferenças aconteceram, no entanto, especialmente em famílias socialmente desfavorecidas.

Para além do mais os resultados deste estudo indicam, tal como acontece nos trabalhos de Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, e Kumar (1986) e de Murray (1992), que é apenas quando a depressão das mães se verifica durante os primeiros meses de vida da criança que acontecem efeitos adversos sobre o seu desenvolvimento intelectual, o que é mais uma evidência empírica a propósito da hipótese de existir nesse preciso

momento um período sensível. Com efeito, os autores verificaram que as crianças cujas mães ficaram deprimidas apenas depois do primeiro ano após o parto não exibiam resultados mais baixo na escala administrado, ao passo que isso acontecia nas crianças cujas mães tinham estado deprimidas durante os meses que se seguiram ao parto, mesmo que a reconversão dos sintomas depressivos se tivessem dado entretanto.

Em 1953, Bowlby escreveu que o que pode ser considerado essencial para a saúde mental da criança é que ela experiencie uma relação calorosa, próxima, íntima e de continuidade com a mãe, uma relação na qual ambas possam vivenciar prazer e obter satisfação.

A Organização Mundial de Saúde (*Organization Mundial de Santé*, OMS) pediu a Bowlby que estudasse o impacto negativo da separação da mãe sobre a criança, o que o autor fez, e a monografia apresentada em 1951 *(Maternal Care and Mental Health)* compila os estudos realizados nos anos 30 e 40, que resultam em evidências de que a experiência de separação do bebé em relação à mãe afecta negativamente o seu desenvolvimento.

Na referida monografia, John Bowlby (1951) sugere que as bases da futura saúde mental da criança se estabelecem durante os seus primeiros anos de vida e salienta que, para que a criança se desenvolva saudavelmente, é necessário que a mãe lhe providencie um apoio caloroso, afectivo, consistente e continuado durante a infância. O autor fundamenta tal concepção nos referidos estudos acerca dos efeitos adversos da separação, em idade precoce, do bebé relativamente à mãe. Esses estudos indicam que a criança, quando totalmente privada de cuidados maternos, vem a sofrer importantes sequelas psicológicas, dado que não se constrói um importante laço afectivo, que Bowlby designa de *attachment* (Bowlby, Ainsworth, Boston, & Rosenbluth, 1956).

A respeito da natureza dessa relação e do modo como ela se inicia e se desenvolve, Bowlby entra em desacordo com Freud, para quem a ligação do bebé à mãe resulta da experiência alimentar e do prazer sentido nessa ocasião (Freud, 1905/1962). Baseado nos trabalhos levados a cabo por Harlow, Bowlby (1953, 1976) considera que a ligação do bebé à mãe não é primeiramente estabelecida com base na experiência alimentar, mas deve ser atribuída a um conjunto de factores comunicativos — como seja, o conforto físico, o calor, o sorriso, etc. — que ocorrem nos encontros do bebé com a mãe. Para o autor, a mãe é para a criança não apenas aquela que fornece alimento, mas também uma pessoa que providencia o substrato emocional tão necessário à manutenção da vida da criança quanto o substrato físico.

Bowlby (1976) acredita que os bebés estão biologicamente programados para agir de forma a eliciar determinadas respostas na mãe, bem como acredita que as mães estão igualmente biologicamente programadas para agir de forma a eliciar determinadas respostas no bebé, pelo que muito rapidamente mãe e bebé entram em contacto um com o outro.

O principal contributo de Bowlby para a compreensão dos mecanismos presentes no desenvolvimento sócio-emocional da criança foi o de ter afirmado que o aspecto mais crucial para o bom desenvolvimento da criança, não é o cuidado físico, mas a relação emocional específica que a mãe estabelece com o seu bebé.

Mais tarde, Winnicott (1957) introduziu o conceito de mãe suficientemente boa — a mãe que actua naturalmente e providencia simultaneamente gratificação e frustração suficientes à criança. Adiantou também o conceito de *"mirroring"*, comportamento através do qual a mãe reflecte o estado emocional da criança e processo através do qual a criança desenvolve um sentido de *self*.

Harvey (1978) foi talvez um dos primeiros a alertar para os efeitos da depressão pós-parto sobre o bebé, comentando que não só a separação durante a infância é capaz de afectar adversamente o desenvolvimento da criança, também o facto de a mãe estar deprimida e não prestar os cuidados suficientes.

Por ocasião do simpósio *"Jeunes Parents Psychotiques et leurs Enfants"*, decorrido em Genebra no ano de 1983, os consultores da OMS sugeriram algumas propostas de investigação, especificamente o estudo da influência da depressão pós-parto no desenvolvimento do bebé. Na opinião desta comissão, uma mãe que sofre de distúrbio depressivo pode ter uma influência tão nefasta sobre o desenvolvimento da criança como a mãe esquizofrénica. Essa é também a opinião de outros especialistas — Soulé (1987), por exemplo, considera que *"o reconhecimento do estado depressivo da mãe é fundamental para a prevenção dos distúrbios do recém-nascido"* (p. 161). Deste modo, *"compreender o impacto da depressão dos pais sobre a criança é um assunto de extrema importância teórica e social"* (Downey & Coyne, 1990, p. 50).

Nesse sentido, a OMS considerou prioritária a necessidade dos investigadores atenderem de forma particular ao estudo dos efeitos da depressão puerperal sobre o bem-estar físico e psicológico e o desenvolvimento da criança. Tanto mais que, como sublinhamos e o referem Melhuish, Gambles, e Kumar (1988), esta perturbação tem muitas vezes um início insidioso, em mulheres que nunca estiveram doentes e que, consequentemente, não sabem como lidar com as suas dificuldades — o que parece agravar os efeitos verificados sobre o bem-estar e o desenvolvimento da criança (e.g., Murray & Stein, 1991), contrariamente ao que acontece com as mulheres que têm uma

perturbação crónica, em relação às quais os envolventes estão preparados para operar as acções necessárias a minimizar os possíveis efeitos adversos da sua patologia sobre os cuidados e relacionamento com o bebé.

Um problema relacionado com este refere-se ao existir ou não continuidade no desenvolvimento da criança, entre a primeira infância e a idade escolar, através da idade pré-escolar. Com efeito, a existir descontinuidade, efeitos sobre o desenvolvimento precoce podem não ter consequências sobre o desenvolvimento futuro da criança.

A hipótese da descontinuidade, embora ainda receba a atenção de muitos investigadores, tem sido mais recentemente posta em causa por dados empíricos de estudos realizados, nomeadamente por Bornstein e Sigman (1985), os quais, por exemplo, encontraram que a atenção visual prestada a um objecto e a preferência pela novidade eram indicadores recolhidos durante a primeira infância que obtinham uma correlação estatística positiva e significativa com as medidas da competência intelectual da criança em idade pré-escolar. Os estudos já apresentados que se referem especificamente às consequências no desenvolvimento da criança do tipo de padrão de vinculação elaborado durante a infância, apontam igualmente no sentido da continuidade, mas agora no domínio sócio-emocional (e.g., Arend, Gove, & Sroufe, 1979; Clarke-Stewart & Hevey, 1981; Londerville & Main, 1981; Matas, Arend, & Sroufe, 1978; Pastor, 1981; Rosen, Pott, & Beatty, 1995).

1. Conferido que está o papel determinante da mãe para o bem-estar e desenvolvimento da criança, impõe-se neste momento concluir, em primeiro lugar, a respeito dos efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o comportamento e desenvolvimento da criança

As crianças em idade pré e escolar e os adolescentes de pais deprimidos estão sujeitos a condições ambientais adversas que favorecem o aparecimento de graves dificuldades psicológicas, no contexto escolar e no contexto das relações com os pares e com os familiares, em cerca de um quarto a metade desses indivíduos (e.g., Befera & Barlkey, 1985; Billing & Moss, 1983; Duman & Serketian, 1994; Goodman et al., 1993; Harnish et al., 1995; Lee & Gotlib, 1989; Richman et al., 1982; Rutter et al., 1975; Weissman et al., 1984a, 1987).

Assiste-se particularmente ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e o diagnóstico psiquiátrico de depressão segundo os critérios DSM pode ser feito em pelo menos 15% das crianças ou adolescentes filhos de mães com depressão (e.g.,

Billing & Moss, 1983; Cytrin et al., 1984; Mc New et al., 1979; Radke-Yarrow et al., 1995; Weissman et al. 1984b).

A falta de resposta e de consideração pelas necessidades emocionais da criança, que caracteriza a relação mantida pela mãe deprimida, pode gerar na criança altos níveis de atenção focada sobre si própria, tais como são verificados em associação com a depressão unipolar, e os sintomas depressivos podem servir para reduzir as interacções negativas que se operam com a mãe — e, assim, serviriam para evitar o desagrado associado à interacção com a mãe (Lee & Gotlib, 1989).

No que se refere especificamente aos efeitos adversos da depressão pós-parto sobre a criança, os mesmos referem-se a dimensões diversas do seu desenvolvimento, como se assinala nos três pontos seguintes.

1. Os bebés das mães que desenvolvem depressão a seguir ao parto exibem fraca orientação social, dificuldades temperamentais, assim como problemas de sono e dificuldades alimentares; mais tarde, em idade pré-escolar, as criança apresentam particularmente comportamento desajustado e problemas de comportamento em casa e na relação com os pares na escola (e.g., Angelo et al., 1983; Caplan et al., 1989; Carro et al., 1993; Cooper et al., 1991; Fleming et al., 1988; Ghodsian et al., 1984; Goodman & Brumely, 1990; Leadbeater et al., 1996; Murray, 1989, 1992; Radke-Yarrow, 1994; Radke-Yarrow, et al., 1995; Sameroff et al., 1982; Sharp et al., 1995; Shaw et al., 1994; Shaw & Vondra, 1995; Uddenberg & Englesson, 1978; Whiffen & Gotlib, 1989; Williams & Carmichel, 1985; Zajicek & De Salis, 1978).

Uma explicação para esta evidência empírica seria a seguinte: dado que se encontra deprimida, a mãe não responde às condutas positivas da criança e a criança, em função disso, utiliza condutas negativas para eliciar a atenção da mãe (e.g., Tronick & Gianino, 1986; Zahn-Waxler et al., 1990).

No modelo de Tronick e Gianino (1986) as interacções entre a mãe deprimida e o seu bebé seriam de modo a estimular respostas específicas por parte do bebé, particularmente propiciam ao desenvolvimento de estratégias no sentido de ganhar a atenção da mãe, que está muito desatenta, desinvestida e envolvida consigo própria, podendo tais estratégias ser: o desligamento, a obediência excessiva e a agressividade.

A depressão pós-parto, para além do mais, afecta tão negativamente o desenvolvimento do comportamento da criança, durante os primeiros anos de vida,

quanto afecta o desenvolvimento do comportamento dos seus irmãos mais velhos, se ela os tiver (e.g., Tarullo et al., 1995).

2. Alguns estudos obtiveram resultados que podem ser interpretados no sentido de que o comportamento de vinculação da criança não é afectado pelo facto de a mãe se apresentar deprimida após o parto (e.g., Sameroff et al., 1982). No entanto, a maior parte dos estudos que apresentamos ao longo desta secção associa à depressão pós-parto da mãe o desenvolvimento de vinculação insegura à mãe por parte da criança (e.g, Cohn et al., 1991; Lyons-Ruth et al., 1986, 1990, 1993; Murray, 1992; Radke-Yarrow et al., 1985; Shaw & Vondra, 1995; Teti et al., 1995).

Com efeito, os estudos associam um padrão de vinculação de tipo A à doença maníaco-depressiva da mãe (e.g, Cytrin et al., 1982; Gaensbauer et al., 1984). Associam igualmente um padrão de tipo A (e.g., Cohn et al., 1991; Murray, 1992), de tipo C (e.g., Lyons-Ruth et al., 1986) ou de tipo A/C (e.g, Radke-Yarrow et al., 1985; Shaw & Vondra, 1995) à presença de depressão pós-parto da mãe. Mais recentemente, ao considerar a classificação D, os autores têm vindo a encontrar que as mães que se deprimem durante o puerpério propiciam que as crianças desenvolvam desorganização na vinculação à mãe (e.g., Lyons-Ruth et al., 1990, 1993; Teti et al., 1995).

Uma recente meta-análise, a respeito dos efeitos da depressão pós-parto sobre a segurança na vinculação mostra que as mães deprimidas tendem a ter uma proporção mais elevada de bebés evitantes (A) (35.4%), quando se compara com um grupo de controle (22.5%) e, especialmente, quando se considera uma amostra de classe média e baixo-risco (17.4%) (Martins, 1996).

A investigação refere ainda que apenas nos casos em que a mãe se encontra mais gravemente deprimida se verifica o desenvolvimento de um padrão de vinculação insegura por parte da criança (e.g., Radke-Yarrow et al., 1985; Lyons-Ruth, et al., 1986). No mesmo sentido refere também que quanto mais grave é a depressão da mãe, mais degradado está o seu comportamento para com a criança, sendo que nestes casos é muito elevada a probabilidade de a criança não ser capaz de elaborar uma estratégia de vinculação coerente — e ser classificada D na Situação Estranha — o que compromete muito adversamente o seu desenvolvimento futuro (Lyons-Ruth et al., 1993; Teti et al., 1995).

Note portanto que, nos estudos que acabamos de assinalar, apenas se verifica compromisso negativo da vinculação segura à mãe nos bebés das mães gravemente deprimidas, e não nos bebés das mães que somente se encontram ligeiramente deprimidas após o parto, o que sugere que as primeiras, contrariamente ao que

acontece com as segundas, *"são capazes de manter uma relação consistente com o bebé, relativamente liberta da hostilidade e da intrusão que é característica das mães mais gravemente deprimidas"* (Lyons-Ruth, et al., 1986, p. 78-79).

A investigação mostra também que as mães deprimidas têm mais probabilidades de ter bebés inseguros do que as mães sem perturbação psicopatológica assinalável, porque exibem comportamentos interactivos que favorecem o desenvolvimento de insegurança na vinculação, nomeadamente porque são menos sensíveis aos sinais do bebé, porque providenciam menos respostas contingentes e porque expressam menos afecto positivo (Martins, 1996). Estas são características da conduta interactiva das mães deprimidas, que já assinalámos na primeira parte deste capítulo, e que os estudos empíricos, não desenvolvidos especificamente sobre mães deprimidas, têm mostrado em associação com a formação de um padrão inseguro de vinculação (e.g., Ainsworth, 1985, 1993).

No entanto, como assinalam Gelfand e Teti (1990), muito embora o grupo das mães deprimidas tenha uma interacção inadequada com o bebé, são muito variáveis no interior desse mesmo grupo as características que fazem com que a interacção possa ser considerada inadequada — algumas mães são extremamente apáticas e não responsivas o que propicia a criança a desenvolver um padrão de tipo C, enquanto que outras mães são, sobretudo, rejeitantes e hostis, facilmente irritáveis e zangadas, sendo que o abuso físico é possível, o que propicia a criança a desenvolver um padrão de tipo A.

Esta constatação talvez explique uma certa contradição que existe na investigação actual quanto ao facto de, em consequência da depressão pós-parto da mãe, ser mais provável encontrar o desenvolvimento de um padrão de tipo A ou C na criança. Está assim também explicado, em função do estabelecimento de interacções mãe-bebé inadequadas, o desenvolvimento de um padrão de vinculação inseguro por parte dos bebés das mães que se encontram deprimidas após o parto: o padrão A teria uma função adaptativa porque limitaria o envolvimento da criança em interacções que lhe causam mal-estar com uma mãe rejeitante, insensível e indisponível; enquanto que o padrão C elicita a atenção de uma mãe que está mais preocupada consigo própria do que com a criança (Cummings & Davies, 1990).

Conclui-se que, em função do estabelecimento de interacções inadequadas com a mãe, o bebé da mãe que vivencia depressão após o parto, fica privado da experiência de dimensões relacionais imprescindíveis à elaboração de uma vinculação segura à mãe. Dado que, durante as suas interacções iniciais com a mãe, ao longo do primeiro ano de vida, não teve a oportunidade de construir um sentido satisfatório de contacto afectivo e de partilha emocional gratificante com a mãe —

dimensões imprescindíveis ao ganho de um sentido de confiança na mãe — o bebé da mãe que vivenciou depressão após o parto estaria, meses mais tarde, incapaz de responder de forma satisfatória a uma situação de separação, exibindo uma vinculação insegura à mãe (e.g., Gelfand & Teti, 1990).

3. Para além do mais, tem sido referido em consequência da depressão pós-parto da mãe, o atraso no desenvolvimento da linguagem (e.g., Ebtinger & Marcelli, 1983; Murray, 1992), o atraso na aquisição da noção de permanência de objecto (e.g., Murray, 1992) e o significativo atraso no desenvolvimento mental e motor, tal como pode ser avaliado pelas escalas de desenvolvimento do bebé de Bayley ou outras (e.g., Angelo et al., 1983; Cogill et al., 1986; Goodman & Brumely, 1990; Lyons-Ruth et al., 1986, 1990; Sharp et al., 1995; Whiffen & Gottlib, 1989), assim como, a ausência de competências de motivação para a exploração da realidade (e.g., Redding et al., 1990).

Em relação às repercussões adversas da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da linguagem e da cognição infantil, alguns aspectos são ainda de assinalar com mais detalhe.

Os investigadores não verificam que as diferenças acima referidas — entre os níveis de desenvolvimento das crianças cujas mães desenvolveram ou não depressão pós-parto — sejam primeiramente determinados pelo baixo QI materno ou paterno (e.g., Lyons-Ruth et al., 1986; Sharp et al., 1995) ou pelo baixo NSE (e.g., Lyons-Ruth et al., 1990). As consequências observadas sobre o desenvolvimento do bebé, embora estejam agravadas, não são primeiramente determinadas pela presença das circunstâncias assinaladas (e.g., Cogill et al., 1986; Lyons-Ruth et al., 1986, 1990; Murray, 1992).

Verificaram ainda os investigadores desta área que o efeito adverso da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento da criança acontece exclusivamente nos casos em que a depressão da mãe se verifica durante os primeiros meses de vida da criança e não acontece quando a depressão ocorre especificamente durante a gravidez ou mais tarde na vida da criança (e.g., Cogill et al., 1986; Murray, 1992; Murray et al., 1993; Sharp et al., 1995).

Particularmente, quer Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, e Kumar (1986), quer, mais recentemente, Murray (1992) e Sharp, Hay, Pawlby, Schmucker, Allen, e Kumar (1995), observaram que o impacto da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da criança acontece exclusivamente nos casos em que a depressão se verifica nos

primeiros meses que se seguem ao parto. Com efeito estes autores não verificaram quaisquer efeitos adversos da depressão que ocorre num momento anterior ao parto, ou seja durante a gravidez, ou posterior ao pós-parto, ou seja depois dos primeiros meses de vida da criança, nomeadamente não verificaram efeitos adversos da presença de depressão no momento em que fizeram a avaliação do desenvolvimento da criança. Tais resultados empíricos são consistentes com a hipótese levantada por Bowlby (1951, 1953) de que existe, logo a seguir ao nascimento, um período sensível ou crítico, onde a qualidade da conduta da mãe pode ter um impacto maior sobre o desenvolvimento subsequente da criança.

No entanto, refira-se que Ghodsian e colaboradores (1984) encontraram que a presença de depressão no 14º mês do puerpério é mais determinante para a presença de problemas de comportamento na criança dessa idade do que a presença de depressão a seguir ao parto.

Sameroff, Seifer, e Zax (1982) assinalaram de forma particular, por um lado a falta de disponibilidade materna para o bebé, que resultaria em baixa estimulação ao desenvolvimento deste, e, por outro lado, o fraco envolvimento emocional, que interferiria negativamente no estabelecimento de uma relação afectiva calorosa entre a mãe e o bebé, para explicar as repercussões adversas da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento — quer cognitivo quer socio-emocional — da criança.

2. Impõe-se igualmente discutir a respeito de outras variáveis relativas à mãe, ao bebé e ao contexto familiar que possam interferir nos efeitos assinalados, da depressão da mãe sobre o desenvolvimento da criança

Sameroff e Chandler (1975) foram uns dos primeiros autores a conceptualizar que o efeito de uma determinada variável no comportamento subsequente do indivíduo é sempre mediado por um conjunto de outras variáveis que interferem no potencial de determinação da primeira, podendo mitigar ou potencializar o seu efeito. É o que acontece, por exemplo, com o baixo peso à nascença cujo efeito adverso no desenvolvimento do indivíduo apenas se verifica nos casos em que os indivíduos vivem em condições muito desfavoráveis.

Mais recentemente Cox (1988), considerando especificamente que o efeito adverso da depressão da mãe sobre o desenvolvimento da criança se faz através de interacções de menor qualidade, refere a importância de outras variáveis — como seja, a idade, paridade, nível sócio-económico, nível educativo e qualidade da

relação conjugal da mãe — que interferem na qualidade dos cuidados prestados à criança.

Schaffer (1979), por sua vez, aponta que os estudos levados a cabo no âmbito da predição do desenvolvimento da criança são mal sucedidos nessa predição porque, ao analisar as condições antecedentes, centram-se em demasia na mãe, não considerando as outras possíveis fontes de influência que existem no meio, as quais podem minimizar o potencializar os efeitos do comportamento da mãe.

Como comentam Cogill, Caplan, Alexandra, Robson, e Kumar (1986) a propósito dos resultados do estudo que levaram a efeito e que já descrevemos anteriormente, na maior parte dos casos, o risco associado aos distúrbios psicopatológicos dos progenitores não resulta da perturbação da mãe ou do pai *"per se"*, mas da sua associação com a presença de relações familiares inadequadas.

Também para Rutter e Quinton (1984), os efeitos adversos da depressão materna sobre o desenvolvimento da criança não se verificam tanto pela depressão materna em si, quanto pelas circunstâncias que geralmente se associam à depressão da mãe — mais propriamente, tais efeitos devem-se ao acumular de múltiplas circunstâncias familiares adversas que seriam a verdadeira fonte de risco para a criança. Mais recentemente, Downey e Coyne (1990) sugerem que os problemas que resultam na criança podem ser consequentes à depressão da mãe, tanto quanto podem ser consequentes às condições familiares preexistentes que originaram a depressão materna, como sejam os conflitos conjugais e o *stress* familiar. Aponte-se, no entanto, que tais circunstâncias que parecem afectar tão significativamente a criança mais velha podem não ter o mesmo impacto sobre o bebé.

Philipps e O'Hara (1991), por sua vez, assinalam de forma muito particular o papel do pai, nomeadamente a importância do estado de saúde mental do pai durante o período de desenvolvimento da criança, o qual tem recebido pouca atenção por parte dos estudos que procuram avaliar os efeitos adversos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento futuro da criança.

Assim sendo, um grande e diverso número de investigadores concordam na necessidade de se ter em conta a importância de outras variáveis mediadoras quando se avaliam as possíveis consequências do estado depressivo após o parto no desenvolvimento da criança (e.g., Cogill et al., 1986; Cox, 1988; Downey & Coyne, 1990; Phillips & O'Hara, 1991; Rutter & Quinton, 1984; Sameroff & Chandler, 1975; Schaffer, 1979).

Nomeadamente, na opinião deste mesmos investigadores, seria importante considerar a coexistência ou não de relações familiares inadequadas e de conflitos conjugais, assim como seria importante considerar que o pai pode funcionar no sentido de mitigar ou agravar os efeitos adversos de uma mãe deprimida, tanto mais que, tal

como evidenciamos, encontrámos que a depressão pós-parto se associa de forma significativa com a presença de conflitos matrimoniais (e.g. Kumar e Robson, 1984) e com a presença de um distúrbio psiquiátrico no cônjuge (e.g., Areias, 1994; Zaslow, 1985), sendo que estes factores podem consequentemente mediar os efeitos adversos da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil.

A investigação mostra, com efeito, que o estatuto psiquiátrico do pai e os conflitos conjugais entre a mãe e o pai têm um efeito adverso directo no desenvolvimento da criança, tanto quanto têm um efeito adverso indirecto, através do seu efeito no curso da depressão da mãe (e.g., Caplan et al., 1989; Carro et al., 1993; Cogill et al., 1986).

Carro, Grant, Gotlib, e Compas (1993), por exemplo, preconizaram que a possibilidade de um relacionamento positivo com o pai teria um papel protector para a criança da mãe com depressão pós-parto, pois *"o pai poderia ser uma fonte especialmente importante na moderação dos efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o ajustamento da criança"* (Carro et al., 1983, p. 569). No entanto, como já o assinalámos, os resultados do estudo desenvolvido por estes autores não confirmam tal hipótese. Com efeito, o estudo mostra como a depressão do pai é um factor de risco adicional para o desenvolvimento de comportamento desajustado por parte das crianças cujas mães tem depressão pós-parto, mas não mostra que a ausência de depressão no pai possa proteger essas crianças dos efeitos adversos da depressão das mães.

No que se refere ainda à perturbação psiquiátrica do pai é interessante referir que os bebés das mães com depressão pós-parto são observados numa interacção mais adequada com o pai não-deprimido do que com a mãe-deprimida, ao passo que não se observam diferenças nos casais em que nenhum dos pais se encontrar psicologicamente perturbado, sendo que se pode concluir que nessas circunstâncias a interacção com o pai se oferece à criança como um modelo relacional alternativo, mas apenas no caso de ele não se encontrar deprimido, seguramente não acontece no caso de ele se encontrar psicologicamente perturbado (Hossain et al., 1994).

Aliás a importância protectora das experiências relacionais do bebé com prestadores de cuidados alternativos que não a mãe, no caso dos bebés das mães com depressão pós-parto, está presente nomeadamente nos recentes trabalhos de Cohn, Campbell, e Ross (1991) e de Leadbeater, Bishop, e Raver (1996).

Com efeito, num estudo que desenvolveram junto de uma amostra de 33 mães primíparas com depressão pós-parto e seus bebés e 33 mães primíparas sem perturbação psiquiátrica assinalável e seus bebés, Cohn, Campbell, e Ross (1991) verificaram que quanto mais tempo, durante os primeiros 6 meses de vida, os bebés das

mães que experienciavam depressão pós-parto eram alvo de cuidados por outras pessoas que não a mãe, mais probabilidade tinham de exibir um comportamento de vinculação segura na Situação Estranha, aos 12 meses de idade. Estes autores concluíram que *"a quantidade de tempo em que puderam usufruir de cuidados alternativos por outras pessoas que não a mãe pode providenciar aos bebés das mães com depressão pós-parto experiências emocionais correctoras ... ou então, alternativamente, pode ter sido o trabalho fora de casa que, de forma independente, contribui para aumentar a habilidade das mães para se relacionar com os seus bebés"* (Cohn et al., 1991, p. 373), contribuindo para a qualidade de uma vinculação segura.

Leadbeater, Bishop, e Raver (1996), por sua vez, num estudo que especificamente desenvolveram sobre mães adolescentes, mostraram que os efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento do bebé estão minimizados quando a mãe tem o apoio da avó da criança nos cuidados que lhe presta.

Alguns estudos, refira-se ainda, apontam que muito embora se verifique o efeito da qualidade da interacção mãe-bebé — quer na qualidade da vinculação que a criança desenvolve, quer na presença de problemas de comportamento que a criança apresenta em idade pré-escolar — não se verifica tanto o efeito da qualidade da interacção pai-bebé (Laucht, Esser, & Schmidt, 1994; Rothbaum et al., 1995), o que parece indicar que a qualidade dos cuidados prestados pela mãe é mais determinante para o desenvolvimento da criança do que podem ser os cuidados prestados pelo pai.

Os efeitos adversos da depressão das mães estão agravados ou acontecem mais provavelmente na presença de outras circunstâncias desfavoráveis tais como aquelas que são assinaladas abaixo:

a) Quando a depressão pós-parto das mães tem especificamente a ver com o nascimento do bebé e a problemática de ser mãe (e.g., Murray, 1992; Wrate et al., 1985).

b) No caso das mães se encontrarem mais gravemente deprimidas (e.g., Dumas & Serketich, 1994; Lyons-Ruth et al., 1986; Murray, 1992; Radke-Yarrow et al., 1985; Weissman et al., 1984b) ou da depressão ser recorrente (e.g., Caplan et al., 1989; Carro et al., 1993; Phillips & O'Hara, 1991).

Se tivermos em conta os resultados dos estudos empíricos apresentados ao longo desta secção pode ser menos claro que a presença de um distúrbio depressivo pós-parto na mãe, diagnosticável segundo os critérios psiquiátricos mais correntes,

acarrete um sério aumento no risco de aparecimento de subsequentes problemas psicopatológicos ou atrasos no desenvolvimento da criança. No entanto, tal como assinala Cox (1988), quando se verificam sucessivos episódios depressivos durante o desenvolvimento da criança, ou, como referem Campbell, Cohn e Meyers (1995), quando o episódio se prolonga e é grave, essa relação verifica-se com toda a consistência.

Mostrou-se, por exemplo, que a probabilidade de o bebé desenvolver um padrão inseguro de vinculação se associa fortemente com a severidade da depressão materna (e.g., Radke-Yarrow et al., 1985) e também que a gravidade e cronicidade da sintomatologia depressiva materna tem maior poder explicativo, do que o facto de a mãe estar ou não estar deprimida, para se dar conta da diversidade de resultados relativos ao desenvolvimento sócio-afectivo da criança (e.g., Teti et al., 1995).

No entanto, alguns autores encontraram que os efeitos tendem a verificar-se mais nos bebés cujas mães estão moderadamente deprimidas e não nos bebés cujas mães estão mais gravemente deprimidas, dado que junto dos primeiros a mãe é muito provavelmente substituída nos cuidados a prestar à criança, o que não acontece junto do segundos (Wrate et al., 1985).

c) No caso de também o pai apresentar perturbação psiquiátrica assinalável, nomeadamente sintomatologia depressiva (Caplan et al., 1989; Carro et al., 1993; Cogill et al., 1986; Goodman et al., 1993; Weissman et al., 1984a).

"Um novo pai pode experienciar receio, zanga ou confusão e exaustão quando a sua mulher sofre de depressão pós-parto" (Gruen, 1990, p. 266), o que pode contribuir para agravar os efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento da criança. Estes resultados tornam-se mais claros se considerarmos que a depressão da mãe altera de forma significativa a interacção da mãe com o bebé, em aspectos que são importantes para o desenvolvimento da criança, sendo que quando a perturbação psiquiátrica do pai está presente, a qualidade dos cuidados que são prestados à criança está ainda mais afectada, porque ele não age como um prestador de cuidados alternativos ou porque age de modo tão inadequado quanto a mãe (e.g., Cox, 1988). Com efeito, o comportamento interactivo dos pais que se encontram deprimidos durante os primeiros meses de vida dos bebés é em todo semelhante ao comportamento que as mães deprimidas apresentam (Zaslow, 1985).

Apesar disso, outros autores não encontraram que a ausência de perturbação psiquiátrica no pai possa diminuir os efeitos adversos e funcionar como um factor protector dos efeitos adversos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da criança (Carro et al., 1993).

No entanto, a investigação mostra a importância que podem ter os cuidados alternativos, dado que se observa que os efeitos adversos da depressão pós-parto não se verificam quando as crianças são colocadas precocemente no infantário e a mãe vai trabalhar (e.g, Wrate et al., 1985), quando existem altos níveis de suporte social à mãe (e.g., Billing & Moss, 1983), quando existem prestadores de cuidados alternativos consistentes (e.g., Cohn et al., 1991; Leadbeater et al., 1996), ou ainda quando se verifica a ajuda psicológica à mãe (e.g., Lyons-Ruth et al., 1990). Assim, a presença de um prestador de cuidados alternativos que possa manter uma interacção adequada com o bebé, pode diminuir o impacto adverso da depressão da mãe sobre o desenvolvimento da criança (e.g., Cohn et al., 1991; Davenport et al., 1984; Leadbeater et al., 1996; Rutter, 1990).

d) No caso das famílias estarem sujeitas a dificuldades económicas (Billing & Moss, 1983; Cogill et al., 1986; Dumas & Serketich, 1994; Sharp et al., 1995; Teti et al., 1995).

e) No caso da criança ser do sexo masculino (e.g., Hay et al., 1992; Murray, 1992; Shaw et al., 1994; Shaw & Vondra, 1995; Radke-Yarrow et al., 1994; Sharp et al., 1995).

O que pode dever-se ao facto de as mães deprimidas manterem interacções menos adequadas com os rapazes do que com as raparigas (Murray et al., 1993; Sharp et al., 1995).

No entanto, alguns estudos não verificaram diferentes efeitos consequentes à depressão pós-parto consoante o sexo do bebé (e.g, Sameroff et al., 1982).

f) No caso das mães reportarem conflitos matrimoniais, falta de apoio por parte do cônjuge ou ausência do cônjuge (Billing & Moss, 1983; Caplan et al., 1989; Cox et al., 1987; Dumas & Serketich, 1994; Cogill et al., 1986; Leadbeater et al., 1996; Radke-Yarow et al., 1985; Murray, 1992).

O desacordo familiar tem um importante papel mediador dos efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento da criança, tal como é recentemente assinalado por autores como Downey e Coyne (1990), Cummings e Davies (1994), e se verifica particularmente nos estudos empíricos atrás referidos.

Rutter e Quinton (1984) apontam também, no agravamento dos efeitos já de si adversos da depressão da mãe no desenvolvimento da criança, o papel da discórdia familiar, enquanto que Weissman, Leckman, Merikangas, Gammon, e Prusoff (1984) salientam o papel do estatuto conjugal e do nível sócio-económico da família.

g) O baixo nível educacional da mães tem igualmente vindo a ser referido como factor que agrava os efeitos adversos da depressão pós-parto no

desenvolvimento da criança, pois em determinados estudos, *"os efeitos negativos da depressão pós-parto ... verificam-se exclusivamente nas mães que têm níveis educacionais baixos"* (Sharp et al., 1995, p. 1317).

Deste modo, tal como assinala Rutter (1985), na análise do impacto do estado de saúde mental da mãe sobre o desenvolvimento do bebé, alguns aspectos são relevantes e podem diferenciar os efeitos adversos a verificar-se, particularmente os seguintes: a idade da criança aquando do início do distúrbio psicopatológico da mãe; o tipo, a gravidade e a duração da perturbação da mãe; o contexto familiar da criança (estatuto conjugal dos pais, a qualidade das interacções entre os pais, etc.).

No entanto, Rutter (1981) assinalou igualmente que uma situação dita stressante produz respostas muito diversas consoante as diferenças individuais relativas aos indivíduos sobre as quais elas se produzem, abrindo portas para o estudo do que mais tarde designou por *resiliência*. Face às adversidades resultantes de um dos pais ter uma desordem psiquiátrica, algumas crianças são *resilientes* e conseguem desenvolver-se saudavelmente e alguns factores presentes no meio estão capazes de diminuir o impacto dessas adversidades, chamam-se por isso factores de protecção (Rutter, 1985). Num comentário mais recente aos estudos realizados para testar as repercussões adversas da depressão materna sobre o desenvolvimento da criança, Rutter (1990) considera importante que se tome em consideração as diferenças individuais na resposta da criança a esta situação, nomeadamente, os seus mecanismos de protecção.

Também Cummings e Davies (1994) — que preconizam que o efeito da depressão materna sobre o desenvolvimento da criança se faça através da circunstância de a depressão materna interferir em aspectos como as características parentais, a relação pais-criança e o funcionamento matrimonial, as quais, por sua vez, interferem no desenvolvimento da criança — preconizam também que esse efeito seja mediado pelas características da criança, pois as suas características individuais têm igualmente efeito sobre as características parentais, a relação pais-criança e o funcionamento matrimonial, e nesse sentido também sobre o estado mental da mãe.

É assim preciso considerar as diferenças individuais relativas à própria criança, pois nos estudos mais recentes tem-se verificado que algumas crianças apresentam mais do que outras efeitos adversos consequentes à depressão pós-parto da mãe, sendo que algumas resistem mesmo às interferências negativas (e.g., Leadbeater et al., 1996).

A este respeito são interessantes os resultados obtidos no trabalho de Murray (1992) — recentemente replicados em outros estudos (Hay et al., 1992; Shaw & Vondra, 1995; Sharp et al., 1995) — que indicam que os rapazes são muito mais vulneráveis do

que as raparigas aos efeitos adversos da depressão pós-parto de suas mães, o que, segundo a autora poderia ser explicado de uma das duas formas seguintes: ou os rapazes são mais susceptíveis ao efeito adverso de dificuldades ambientais ou as mães deprimidas tendem a ser mais negativas com os bebés do sexo masculino do que o são com os bebés do sexo feminino.

Mais recentemente, Murray (Murray et al., 1993) verificou que as diferenças observadas resultam do facto de as mães com depressão pós-parto de bebés do sexo masculino terem uma conduta interactiva menos adequada durante as interacções com os bebés nos meses que se seguem ao parto do que as mães com depressão pós-parto de bebés do sexo feminino; sendo que a autora conclui que a qualidade da comunicação com o bebé, especialmente o foco do discurso da mãe, mediatiza os efeitos entre a depressão e o desenvolvimento cognitivo dos bebés aos 18 meses.

Uma hipótese alternativa seria que a maior maturidade desenvolvimental das raparigas as protegeria mais das influências ambientais adversas, nomeadamente do empobrecimento e da desorganização resultante da interacção com uma mãe que se encontra deprimida (Sharp, Hay, Pawlby, Schmucker, Allen, & Kumar, 1995).

Seria, no entanto, inadequado pensar que as características individuais da criança possam ter uma importância maior no desígnio do seu desenvolvimento do que as características do ambiente no qual ela se desenvolve. Tal como assinalam a propósito do desenvolvimento sócio-emocional, Van Ijzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, e Frenkel (1992) na sua recente revisão bibliográfica, *"os dados mostram claramente que os problemas primeiramente atribuídos à mãe se relacionam com um aumento de vinculação insegura e desorganizada, enquanto que os primeiramente atribuídos à criança têm efeitos menos claros"* (p. 855), o que está de acordo com a posição avançada pelos teóricos da vinculação que confere um importante papel à mãe na determinação do padrão de vinculação estabelecida pela criança (e.g. Ainsworth et al., 1978).

A maior parte dos estudos que analisamos procurou encontrar uma ligação directa entre o distúrbio pós-parto e o desenvolvimento da criança. No entanto, só recentemente se tornou claro que efeitos como estes são na maioria das vezes mediados por um conjunto de variáveis, o que faz com que esses mesmos efeitos não se verifiquem, só se verifiquem ou se verifiquem com significativa maior frequência em circunstâncias específicas (Rutter & Quinton, 1984).

Muito embora se verifique o impacto adverso da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento da criança, tal como é assinalado nesses estudos, concluí-se que algumas crianças conseguem sobreviver e desenvolver-se sem revelar grande comprometimento no seu desenvolvimento, pelo que se torna necessário identificar

quais as características da depressão das mães, quais as circunstâncias do meio-ambiente e quais as características individuais dessas crianças que parecem protegê-las de sofrer o impacto negativo da depressão pós-parto de suas mães.

A investigação no domínio dos efeitos adversos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da criança, *"ao avaliar a patologia paterna tanto quanto a depressão materna, e ao tomar em consideração o estatuto matrimonial, tanto quanto a idade e sexo da criança, encontrou que todos esses factores, sozinhos ou combinados, se relacionam com a competência social e emocional da criança. Assim, as diferenças individuais na resposta da criança à depressão materna podem depender da presença ou ausência de circunstâncias comummente associadas, como a desordem do pais ou o divórcio ... ou de características da criança como a idade ou o género, que podem operar como factores de protecção ou de aumento do risco"* (Goodman et al., 1993, p. 528). As variáveis mediadoras do efeito da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da criança podem referir-se a diversos sistemas, podem referir-se à criança, à mãe, à interacção mãe-bebé ou às circunstâncias do meio em que a criança se desenvolve.

É assim que, no que se refere aos efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento do bebé, a investigação recente mostra, como acabamos de ver, que tais efeitos adversos se verificam mais em função de certas circunstâncias individuais relativas ao bebé, como por exemplo quando o bebé é do sexo masculino (e.g., Murray, 1982; Sharp et al., 1995; Shaw et al., 1994); a investigação mostra também que tais efeitos se verificam mais em função de certas circunstâncias relativas à mãe, como por exemplo baixo nível educativo (e.g., Sharp et al., 1995), e em função de certas circunstâncias relativas à depressão da mãe, como por exemplo o facto de ocorrer durante os primeiros meses de vida da criança (Sharp et al., 1995) e o facto de ser recorrente ou de gravidade elevada (Teti et el., 1995).

Por último, a investigação mostra ainda que os efeitos são mediados pela qualidade da interacção que se verifica entre a mãe e o bebé (e.g., Laucht et al., 1994), e que tais efeitos se verificam mais em função de certas circunstâncias relativas ao contexto familiar, como por exemplo na presença de baixo nível sócio-económico (e.g, Cogill et al, 1986), de conflitos matrimoniais (e.g., Caplan et al., 1989) e de perturbação psiquiátrica do pai (e.g., Carro, 1983), embora se verifiquem menos quando existem cuidados alternativos consistentes (e.g., Cohn et al., 1991; Leadbeater, 1996).

3. Os efeitos adversos da depressão da mãe sobre a criança mantêm-se mesmo no caso em que se verifique a reconversão dos sintomas depressivos maternos

A maior parte dos estudos apresentados ao longo desta secção avaliou, através de uma abordagem longitudinal, a permanência ou não dos efeitos adversos verificados sobre a criança em função da presença de sintomatologia depressiva pós-parto materna, após a reconversão dos sintomas. Os efeitos da depressão pós-parto mantiveram-se mesmo quando se controlou a depressão da mãe que ocorria no momento em que se avaliaram os efeitos adversos na criança (e.g., Caplan et al., 1989; Ghodsian et al., 1984; Lee & Gotlib, 1991; Murray, 1992; Sharp et al., 1995).

No entanto, alguns autores não constataram que os efeitos adversos da depressão pós-parto da mães se mantivessem após a reconversão dos sintomas da depressão materna e outros autores tem assinalado que só quando a depressão pós-parto da mãe é recorrente se verificam efeitos adversos sobre a criança (e.g., Philipps & O'Hara, 1991; Whiffen, 1990).

4. Os efeitos adversos que se verificam no desenvolvimento da criança consequentes ao facto da mãe se apresentar deprimida após o parto acontecem em função do estabelecimento de interacções pouco adequadas.

Uma das questões mais relevantes a propósito do facto dos estudos empíricos verificarem efeitos adversos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da criança refere-se à questão de saber a razão de ser desses efeitos (e.g., Downey & Coyne, 1990; Lee & Gotlib, 1989). *"Tendo já identificado dificuldades de ajustamento nas crianças das mães com distúrbio psiquiátrico, é importante voltar a nossa atenção para os mecanismos através dos quais esses problemas se desenvolvem e para os processos que estão por detrás da relação entre esses dois constructos"* (Lee & Gotlib, 1989, p. 84).

Para além da hipótese da contribuição genética, que apenas explicaria a maior probabilidade das crianças de mães com depressão desenvolverem depressão, outros factores etiológicos têm sido apontados, nomeadamente a simples exposição da criança à sintomatologia depressiva, e/ou dado que a sintomatologia depressiva interfere com diferentes aspectos dos cuidados que são prestados à criança, a qualidade da interacção mãe-bebé que tem sido particularmente valorizada.

Existem muitas causas possíveis para as consequências negativas que se observam na sequência da depressão materna, assim como existem diversas explicações para esse impacto. Gelfand e Teti (1990) inumeram: a) as mães deprimidas focam sobretudo os aspectos negativos da conduta das crianças (modelo cognitivista), b) as interacções negativas no âmbito da família podem produzir e manter os problemas de comportamento da criança (modelo dos processos familiares coercivos), c) o comportamento ambivalente da mãe (desespero-evitamento) gera confusão na criança (modelo interactivo da depressão), d) a mãe apresenta-se como um modelo e a criança imita a não-responsividade e a expressão emocional negativa que observa na mãe (modelo da aprendizagem social), f) a criança experiencia mal-estar nas interacções com a mãe que não consegue regular (modelo da regulação mútua), g) em função das suas interacções com a mãe — insensibilidade e desinvestimento — a criança elabora um padrão inseguro de vinculação que compromete negativamente o seu desenvolvimento.

A maior parte dos autores apresentados ao longo desta secção, que analisa o modo como se verificam as influências adversas da depressão da mãe sobre o desenvolvimento e comportamento da criança, comenta que tais influências acontecem através do estabelecimento de interacções pouco adequadas durante a infância (e.g., Cohn et al., 1990, 1991; Cox et al., 1987; Cummings & Chicoteei, 1990; Dumas & Seketich, 1994; Field et al., 1990; Goodman & Brumely, 1990; Harnish et al., 1995; Laucht et al., 1994; Lyons-Ruth et al., 1986, 1990, 1993; Murray, 1992; Murray et al., 1993; Phillips & O'Hara, 1991; Radke-Yarrow et al., 1988; Reeding et al., 1990; Stein et al., 1991; Weissman & Paykel, 1974; Whiffen & Gotlib 1992a; Teti et al., 1995), ou, por outras palavras, e como assinalam Phillips e O'Hara (1991), considera que *"a depressão pós-parto perturba o desenvolvimento da relação mãe-bebé (consequências imediatas) e tem efeitos adversos no desenvolvimento da criança (consequências a longo-prazo)"* (p. 151). Para Cummings e Chicoteei (1990), por exemplo, o impacto adverso da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento sócio-emocional da criança dá-se através do estabelecimento de interacções mãe-bebé inadequadas que conduzem ao estabelecimento de vinculação insegura à mãe, a qual, por sua vez, compromete negativamente uma série de dimensões relativas ao posterior ajustamento da criança na família e na escola.

Aliás estes mesmos autores referem e verificam que mais do que o estatuto diagnóstico da mãe é a qualidade das suas práticas de cuidados do bebé e a sua conduta interactiva que interfere no desenvolvimento intelectual e na competência social da criança (e.g., Goodman & Brumley, 1990; Lyons-Ruth et al., 1986), o que

confere, na transmissão da psicopatologia de pais para filhos, um maior significado às interacções precoces, em relação à interferência dos factores genéticos.

Estes autores observam que nos casos em que as interacções entre a mãe e a criança se dão de um modo adequado os efeitos adversos sobre a criança não acontecem, o que levou alguns autores a concluir que mais do que a psicopatologia das mães é o facto de a mãe estabelecer interacções pouco adequadas com o bebé o factor que determina os efeitos adversos no desenvolvimento da criança consequentes à depressão pós-parto da mãe. Assim, *"mais do que através das características globais do meio familiar ou da depressão em si, seria particularmente através da interacção mãe-bebé, que pode promover ou inibir a aprendizagem da criança e assim afectar a sua realização cognitiva"* (Sharp et al., 1995, p. 1318) que se verificam os efeitos adversos da depressão pós-parto, nomeadamente porque esses padrões interactivos perturbam a competência da criança para regular a atenção e a aprendizagem pela experiência de falta de contingência a que está sujeita (Sharp et al., 1995).

O estudo e caracterização da interacção mãe-bebé no caso da mãe desenvolver depressão pós-parto, por outro lado, permite compreender os mecanismos que justificam os problemas desenvolvimentais apresentados pelos filhos das mães que desenvolvem depressão pós-parto (Murray et al., 1994).

Dado que os sintomas que a mãe deprimida apresenta alteram significativamente a sua relação com as pessoas e o mundo em geral, estranho seria que não afectasse o modo como a mãe especificamente se relaciona com o bebé (Murray et al., 1994).

Há mães que interpretam mal os sinais que lhe são enviados pelo bebé, destorcendo-os em função das suas próprias necessidades psíquicas, mas, como já descrevemos, no caso das mães deprimidas, o que mais parece estar em causa, é a fraca disponibilidade que manifestam e pouca sensibilidade que tem para atender aos sinais do bebé. Sendo menos responsiva do que a maior parte das mães, a mãe deprimida está igualmente menos sintonizada com as necessidades do bebé, nomeadamente com aquelas que se referem ao seu desenvolvimento, porque está menos sensível à realidade externa.

A sensibilidade e a empatia da mãe em relação às necessidades e intenções do bebé que permite que a mãe tenha uma percepção adequada dos sinais e das deixas do bebé e que possibilita uma actuação consistente e contingente com as necessidades e interesses do bebé, está seriamente comprometida no caso das mães com depressão pós-parto. A importância dessa sensibilidade e empatia para o desenvolvimento da criança foi referida por inúmeros autores, particularmente assinalada por Ainsworth (1973) e Schaffer (1979).

A hipótese de alguns autores refere-se mais especificamente à comunicação de afectos na díade mãe-deprimida-bebé, particularmente à comunicação de afectos negativos e ao mal-estar associado às interacções face-a-face mãe-deprimida-bebé, que fariam com que as crianças das mães que desenvolvem depressão pós-parto se tornem menos positivas e mais negativas na resposta às situações de interacção interpessoal, dado que *"as emoções negativas desenvolvidas nos contextos interactivos são transferidas para outras situações"* (Cohn et al., 1986, p. 42).

E, como o contexto precoce de interacção mãe-bebé é igualmente o contexto de aquisição de competências linguísticas e sensório-motoras, nomeadamente o compartilhar de significados com referência a objectos externos, a depressão materna terá inevitáveis efeitos adversos também na aquisição e desenvolvimento destas competências. No caso particular da depressão pós-parto, a falha poderá enquadrar-se no ponto que Rutter (1990) salientou como sendo o papel fundamental dos pais na promoção do desenvolvimento da criança: o providenciar de uma variedade de actividades e de oportunidades para brincar e conversar, a resposta contingente aos sinais e necessidades da criança e o ensino de competências.

Os efeitos adversos da depressão pós-parto não parece verificar-se com igual impacto em diferentes dimensões do desenvolvimento da criança. É assim que, tais efeitos parecem reportar-se mais ao desenvolvimento sócio-emocional, nomeadamente no que se refere à qualidade da vinculação à mãe e ao comportamento adaptado da criança, do que em relação ao desenvolvimento cognitivo e verbal (Lyons-Ruth et al., 1990; Murray, 1992). Talvez isso se deva ao facto da depressão pós-parto da mãe interferir mais nos aspectos emocionais do que nos aspectos instrumentais da interacção mãe-bebé.

Cox, Puckering, Pound, e Mills (1987), por sua vez, identificam 7 vias através das quais se pode dar o impacto da depressão materna sobre a criança — os mecanismos responsáveis pelo efeito adverso da depressão materna na criança seriam genéticos, a interacção entre influências genéticas e ambientais, a exposição aos sintomas, a alteração dos padrões de cuidado, as mudanças na estrutura ou função da família, a influência dos factores correlacionados com a depressão, e a interacção entre a depressão e os factores correlacionados com esta.

Assim, a depressão materna poderia igualmente ser transmitida geneticamente, traduzindo-se precocemente em problemas na conduta do bebé, com repercussões adversas na interacção precoce do bebé com a mãe e no seu desenvolvimento (Van Ijzendoorn et al., 1992). É que alguns estudos empíricos verificam que a associação que se estabelece entre medidas que se referem aos pais ou ao

ambiente familiar e a presença de problemas de comportamento na criança é geneticamente mediada e deve-se igualmente à circunstância de as crianças serem geneticamente relacionadas com os pais, concluindo que tais relações não são unicamente causadas pelas influências ambientais e devem-se igualmente a influências genéticas (e.g., Braungart-Rieker, Rende, Plomin, De Fries, & Fulker, 1995).

A pertinência desta questão relaciona-se com o facto de que algumas diferenças são já assinaladas no período neo-natal, ou seja, antes da mãe se encontrar deprimida, entre os bebés das mães deprimidas e os bebés das mãe não-deprimidas, como o que se refere a observação dos níveis de actividade e de auto-regulação do bebé (e.g., Field, 1986; Murray, Stanley, Hooper, King & Fiori-Cowley, 1995; Sameroff et al., 1982).

Não obstante, alguns dados empíricos são contrários à importância conferida às componentes genéticas.

Murray (1992), por exemplo, não encontrou que as crianças com vulnerabilidade para a depressão — pelo facto de as suas mães terem uma história recorrente de depressões — fossem diferentes das crianças que não tinham essa vulnerabilidade, numa série de medidas consideradas; no entanto, a interacção com uma mãe deprimida durante os primeiros meses de vida era susceptível de afectar negativamente o desenvolvimento da criança. Também, esta autora justificou o facto de o desenvolvimento cognitivo dos bebés do sexo masculino das mães com depressão pós-parto ser mais negativamente afectado do que acontece com o desenvolvimento cognitivo dos bebés do sexo feminino, pelo facto de as mães com depressão pós-parto dos bebés do sexo masculino manterem precocemente interacções menos adequadas do que acontece com as mães dos bebés do sexo feminino, já que não há razões para se considerar que o património genético herdado pelos rapazes seja maior do que o património genético que é herdado pelas raparigas.

Como sugerem Cohn, Matias, Tronick, Connell, e Lyons-Ruth (1986), mesmo que uma componente genética possa estar presente, a presença de sinais psicopatológicos nas crianças de mães que desenvolveram depressão pós-parto não pode deixar de ser compreendida de forma isolada, ou seja, sem que se tenha em conta os eventos particulares do meio em que essas crianças se desenvolvem.

Uma visão mais alargada consiste então em considerar que os efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento da criança são mediados por outras tantas circunstâncias — isto é, *"quer pelas características preexistentes da criança, incluindo a componente genética, quer por circunstâncias do meio-ambiente social no qual a criança cresce, incluindo a ordem de nascimento, a grandeza da*

fratria, as práticas de cuidado, a relação entre os pais e a qualidade da interacção mãe-bebé" (Sharp et al., 1995, p. 1316).

A título de exemplo, no recente estudo longitudinal alemão — *Mannheim Study on Children at Risk* — levado a efeito sobre 354 famílias na comunidade, em que um dos pais ou o bebé preenchiam uma condição de risco, o desenvolvimento destas crianças em risco foi comparado com o desenvolvimento das crianças de um grupo de controle em que os factores de risco considerados estavam ausentes (Laucht et al., 1994). Os autores verificaram que é através do estabelecimento de interacções inadequadas, e não a presença na mãe de distúrbio psicopatológico *per se*, que a psicopatologia parental exerce os seus efeitos adversos sobre a criança, sendo esse — a qualidade dos cuidados prestados ao bebé — o factor mediador entre a patologia materna e as dificuldades da criança. Enquanto que a presença de um distúrbio psicopatológico materno afecta o desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional da criança, os dados indicam também que a presença de um distúrbio psicopatológico no pai afecta apenas o funcionamento cognitivo da criança. Os autores verificaram ainda que os efeitos se dão nos dois sentidos — o estado de saúde mental da mãe afecta a adaptação da criança, mas é igualmente visível o efeito recíproco e o estado de saúde mental da mãe é igualmente afectado pela adaptação ou desadaptação do bebé.

5. Os efeitos adversos na conduta e desenvolvimento da criança que são referidos pela mãe deprimida verificam-se de facto e não são o resultado de uma percepção destorcida das mães

O efeito da depressão da mãe aquando da avaliação dos problemas comportamentais da criança, tem, tal como assinalam Murray e Stein (1989, 1991), duas vertentes: a) a sintomatologia depressiva da mãe pode ter efeitos no comportamento ajustado da criança e, assim sendo, o fraco ajustamento comportamental que se verifica na criança de idade pré-escolar não é uma consequência específica da depressão pós-parto, mas sim da depressão que a mãe vivencia no momento; b) a depressão da mãe colora as suas percepções do comportamento da criança, sendo que os problemas comportamentais da criança são consequência de uma sobre-estimação da mãe que se encontra deprimida e não da depressão que vivenciou após o parto.

Deste modo, alguns autores têm vindo a alertar que as mães deprimidas inflacionam os relatos relativos aos problemas de comportamento da criança, e que,

por conseguinte, a relação observada entre a presença de depressão pós-parto e a presença de problemas de comportamento na criança seria função disso — as percepções que as mães deprimidas têm dos comportamentos da criança são influenciadas pelo estado de humor negativo da mãe no momento em que são feitas essas mesmas avaliações (e.g., Goodman & Brumely, 1990; Radke-Yarrow et al., 1985; Whiffen, 1990).

Outros estudos mostram, no entanto, que muito embora as mães deprimidas reportem um maior número de problemas de comportamento nos seus filhos, tal não acontece exclusivamente em função das suas percepções estarem enviesadas, mas em grande parte corresponde às circunstâncias que de facto existem, dado que essas avaliações são confirmadas por observadores independentes, professores e/ou pelos pais das crianças (e.g., Lee & Gotlib, 1989; Philip & O'Hara, 1991; Richters & Pellegrini, 1989; Whiffen & Gotlib, 1989).

Quando se compara as avaliações da conduta do bebé pela mãe e por um observador, verifica-se que as mães deprimidas fazem avaliações menos fieis da conduta e comportamento do bebé, embora congruentes com as avaliações de um observador (Field et al., 1993). Os bebés têm uma conduta menos positiva, mas as mães avaliam-na ainda mais negativamente do que ela já de si é, pois as avaliações são negativamente deformadas pelo estado de humor das mães, o que resulta de um mecanismo de *feedback* negativo ou circularidade negativa que é reforçada pela percepção negativa que a mãe deprimida tem da conduta interactiva do bebé (e.g., Field et al., 1989, 1990, 1991, 1993).

Esta problemática verifica-se também em populações sem perturbação psiquiátrica assinalável, sendo que alguns autores encontram que as mães são capazes de fazer relatos fieis do comportamento dos seus filhos (e.g., Bridges, Palmer, Morales, Hurtardo, & Tsai, 1993; Nover, Shore, Timberlake, & Greenspan, 1984; Richters & Pellegrini, 1989; Worobey & Bladja, 1989), enquanto que outros autores consideram que as percepções das mães correspondem muito pouco ao que de facto se pode observar do comportamento das crianças, pelo que as mães seriam uma fonte de informação muito pobre acerca do comportamento da criança (e.g., Seifer et al., 1994).

6. Os efeitos adversos que se verificam no desenvolvimento da criança são maiores no caso da mãe apresentar uma depressão do que no caso de apresentar uma psicopatologia diversa desta

Alguns estudos que comparam as crianças de mães com diagnósticos psicopatológicos diversos concluem que os efeitos adversos se verificam mais nas crianças de mães deprimidas do que nas crianças de mães com outras psicopatologias que não esta (Sameroff et al., 1982; Lee & Gotlib, 1989).

No entanto, esta conclusão não é extensível a outros estudos que abordaram este assunto, pois em alguns estudos efeitos mais adversos foram relatados nas crianças de mães psicóticas e não nas crianças de mães deprimidas (e.g., Goodman & Emory, 1992).

7. Com respeito aos comentários metodológicos e a futuras investigações as principais indicações que recolhemos são as que expomos seguidamente

1. Um grande número de autores tem vindo a assinalar a importância de se ter em conta as medidas utilizadas na avaliação do impacto negativo da depressão da mãe no desenvolvimento da criança, nomeadamente os instrumentos e os critérios de diagnóstico usados na avaliação do estatuto psiquiátrico dos pais, assim como o *timing* relativo ao início e à duração do distúrbio psiquiátrico dos pais (e.g., Campbell et al., 1995; Cohn et al., 1990; Cox, 1988; Downey & Coyne, 1990; Gelfand e Teti, 1990; Murray, 1992; Weissman, Orvaschel, & Padian, 1980).

Para além do mais, a depressão é um constructo multidimensional — isto é, existem diferentes tipos de depressão e a depressão ocorre com diferentes intensidades, na presença de diferentes tipos de sintomas, assim como pode ter diferente duração e acontecer em contextos familiares totalmente diferentes, o que nem sempre é especificado na investigação e inevitavelmente influencia os efeitos que a depressão da mãe pode ter no desenvolvimento da criança (e.g., Campbell et al., 1995; Cummings & Davies, 1994; Gelfand e Teti, 1990; Radke-Yarrow et al., 1995).

Na opinião dos referidos autores, a entrevista psiquiátrica é um elemento essencial ao diagnóstico da depressão pós-parto da mãe, dado que os questionários apenas nos referem os níveis de sintomatologia depressiva da mãe, os quais podem relacionar-se com distúrbios psiquiátricos muito diversos (e.g., Campbell et al., 1995; Cohn et al., 1990; Downey & Coyne, 1990; Murray, 1992).

A questão da necessidade de se especificar o problema psiquiátrico associado à sintomatologia depressiva da mãe, o que só é conseguido por entrevista clínica e não é susceptível de ser averiguado por um questionário de auto-administração, foi particularmente abordado por Murray (1992). Esta autora refere que a sintomatologia depressiva materna está presente em quadros clínicos muito diversos, desde a psicose às desordens bipolares, cujos efeitos adversos sobre o desenvolvimento da criança podem ser muito distintos. Para a referida autora, é igualmente pertinente o estudo dos efeitos adversos em função da gravidade da perturbação da mãe e da duração do episódio depressivo, pelo que estas dimensões deveriam ser avaliadas e consideradas na análise dos resultados. Aliás, como já o referimos, os autores têm encontrado diferenças nas consequências da depressão materna sobre o desenvolvimento do bebé consoante a gravidade (e.g., e.g., Campbell et al., 1995; Frankel & Harmon, 1996) e o *timing* específico da depressão materna (e.g., Cogill et al., 1986; Murray, 1992).

Para Sameroff e Seifer (1983) o impacto das perturbações psicopatológicas da mãe ligam-se mais à severidade e cronicidade da patologia da mãe do que à simples presença de distúrbio. Campbell, Cohn e Meyers (1995), por sua vez, alertaram particularmente para a necessidade de se considerar que existem dois tipos de depressão que se seguem ao parto, uma que não se mantém para além do 6° mês do puerpério e que não parece afectar negativamente a qualidade da interacção mãe-bebé, e uma que se mantém para além do 6° mês e afecta negativamente a qualidade da interacção mãe-bebé sendo que, necessariamente, os seus efeitos no desenvolvimento da criança poderão ser distintos.

2. Também, em termos da investigação futura, é preciso prestar contas às diferenças individuais, dado que nem todas as mães mantêm padrões interactivos alterados com o bebé e dado que, nas respostas possíveis à depressão pós-parto da mãe, verifica-se que algumas crianças apresentam mais do que outras efeitos adversos, sendo que algumas resistem às interferências negativas.

Algumas crianças de pais deprimidos comportam-se adequadamente, pelo que os factores de *resiliência*, nomeadamente aqueles que especificamente se referem às características individuais da criança, devem ser estudados, como apontam as publicações mais recentes (e.g., Downey & Coyne, 1990; Cummings & Davies, 1994; Leadbeater et al., 1996; Radke-Yarrow et al., 1995; Zahn-Waxler, 1995).

Gotlib e Avison (1996) advertem que *"a literatura sugere fortemente características da criança que reflectem invulnerabilidade, resiliência ou competência para amortecer os efeitos adversos da psicopatologia parental, mas esta área está claramente por desbravar"* (Gottlib & Avison, 1996, p. 306).

3. Assim, a investigação futura deverá também privilegiar o estudo das variáveis mediadoras da influência da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da criança que foram insuficientemente estudadas, tal como também é referido nos comentários actuais de autores como Downey e Coyne (1990), Gelfand e Teti (1990), Zahn-Waxler (1995), entre outros — a qualidade dos cuidados prestados por outras pessoas que não a mãe, como por exemplo, a presença/ausência de distúrbio psiquiátrico no pai, assim como a intervenção de outros familiares ou de contextos de socialização alternativos.

4. Deve operar-se uma ponderação séria, na investigação futura, no respeitante quer aos instrumentos a utilizar quer às áreas a avaliar quanto aos efeitos adversos sobre a criança da depressão pós-parto da mãe.

Dado que, como se sabe, as mães deprimidas tendem a sobrestimar os problemas da criança (e.g., Weissman, Orvaschel, & Padian, 1980) deve procurar-se sempre que possível usar outras fontes de informação. Por último, parece-nos também congruente o comentário de Burge e Hammen (1991) que assinalaram a necessidade dos estudos terem em conta mais aspectos da vida das crianças, pois os efeitos limitados que são por vezes encontrados podem dever-se ao facto de não se utilizar muito mais do que as respostas a um único questionário.

5. Uma questão não ficou suficientemente esclarecida e refere-se à verificação e à explicação da circunstância seguinte: a depressão pós-parto tem efeitos adversos maiores sobre o desenvolvimento sócio-emocional do que tem sobre o desenvolvimento cognitivo da criança (Lyons-Ruth et al., 1990; Murray, 1992).

6. Segundo o recente comentário de Zahn-Waxler (1995) existiria um espaço em branco na investigação conduzida especificamente no domínio dos efeitos da depressão materna sobre o desenvolvimento da criança, pois o número de estudos que até ao momento se focaram na interacção das forças biológicas e das forças sociais que podem influenciar e mediar os efeitos sobre a criança é manifestamente insuficiente.

7. Determinar quais são as mães que necessitam realmente de intervenção psicológica tem sido um problema recente na investigação no domínio, na medida em que algumas mães estão apenas deprimidas nos primeiros meses que se seguem ao parto e voltam ao seu estado normal durante o segundo semestre do puerpério, tal como os seus bebés recuperam dos efeitos nefastos de que foram alvos, enquanto que

outras se mantêm clinicamente deprimidas e os seus bebés desenvolvem sérios problemas de desenvolvimento. O problema tem sido identificar precocemente esta últimas — mães que desenvolvem depressão crónica e cujos bebés apresentam atrasos de crescimento e de desenvolvimento ao ano de idade (Field, 1985). Assim sendo, torna-se importante distinguir as depressões pós-parto que são transitórias das que não são, nomeadamente também na avaliação dos efeitos da depressão pós-parto sobre a qualidade da interacção mãe-bebé e sobre os efeitos adversos no desenvolvimento da criança (Campbell, Cohn, Meyers, 1995; Gelfand e Teti, 1990).

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I

OBJECTIVOS, HIPÓTESES E METODOLOGIA

Este capítulo, assim como o seguinte, dedica-se ao estudo empírico sobre os temas da depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil.

Incide sobre a exposição dos objectivos e hipóteses, bem como sobre a descrição da amostra, instrumentos e metodologia seguida. Engloba ainda uma exposição e justificação dos procedimentos estatísticos utilizados no teste das hipóteses delineadas.

Enquanto isso, o próximo capítulo apresenta e analisa os resultados encontrados na investigação empírica que passamos agora a descrever.

I. OBJECTIVOS, HIPÓTESES E METODOLOGIA

1. Objectivos

Este estudo foi desenvolvido com o objectivo de:

1. Caracterizar a interacção mãe-bebé, nos casos em que a mãe está deprimida após o parto, comparando essa interacção com aquela que acontece nos casos em que a mãe não está deprimida.

2. Avaliar possíveis repercussões adversas da depressão pós-parto da mãe no bem-estar, comportamento e desenvolvimento do bebé, durante o primeiro ano de vida.

3. Avaliar a influência de variáveis relativas ao bebé e à qualidade da interacção mãe-bebé no curso da depressão pós--parto da mãe.

Em relação à maior parte das investigações anteriormente citadas e descritas, nos capítulos referentes à revisão bibliográfica, a novidade deste estudo está em não só comportar simultaneamente medidas relativas à avaliação da interacção mãe-bebé e do desenvolvimento e bem-estar do bebé, como ainda também acompanhar intensivamente e no seu meio ambiente habitual os indivíduos ao longo de um ano de estudo.

2. Hipóteses

De acordo com os objectivos já enunciados, estabeleceram-se hipóteses de estudo nos domínios: a) da interacção mãe-bebé no caso particular da depressão pós-parto, b) das repercussões adversas da depressão pós-parto no bem-estar, comportamento e desenvolvimento do bebé durante o primeiro ano de vida e c) da

influência de variáveis relativas ao bebé e a outros elementos da família no curso da depressão pós-parto.

Estas hipóteses serão expostas separadamente para cada um dos domínios abaixo assinalados.

2.1. Interacção mãe-bebé

1. As mães que se encontram deprimidas, quando comparadas com as mães que não estão deprimidas (variável independente, VI), exibem uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com o bebé (variável dependente, VD).

2. Os bebés das mães que se encontram deprimidas, quando comparados com os bebés das mães que não estão deprimidas (VI), exibem uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com a mãe (VD).

3. As mães que se encontram deprimidas, quando comparadas com as mães que não estão deprimidas (VI), providenciam cuidados menos adequados ao bebé (VD).

4. As mães que se encontram deprimidas, quando comparadas com as mães que não estão deprimidas (VI), são menos tolerantes e mais preocupadas com as dificuldades que o bebé possa apresentar (VD).

5. Quanto mais grave é a depressão da mãe, avaliada em termos da intensidade e da duração dos sintomas (VIs), pior é a qualidade da conduta interactiva da mãe na interacção com o bebé, piores são os cuidados que são prestados pela mãe ao bebé, mais elevada é a sua preocupação com as dificuldades que o bebé possa apresentar (VDs).

6. Quanto mais grave é a depressão da mãe, avaliada em termos da intensidade e da duração dos sintomas (VIs), pior é a qualidade da conduta interactiva do bebé na interacção com a mãe (VD).

7. As mães deprimidas dos bebés do sexo masculino (VI) têm uma interacção menos positiva com os bebés (VD) do que as mães deprimidas dos bebés do sexo feminino.

8. As mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais desfavorecidas e/ou as mães deprimidas com níveis educacionais mais baixos e/ou as mães deprimidas com níveis ocupacionais mais baixos (VIs), exibem piores condutas interactivas na interacção com o bebé (VD) do que as mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais favorecidas e/ou possuem mais anos de escolaridade e/ou têm níveis ocupacionais mais elevados.

9. Os bebés do sexo masculino das mães deprimidas (VI) têm uma conduta interactiva menos positiva na interacção com a mãe (VD) do que os bebés do sexo feminino das mães deprimidas.

10. Os bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais desfavorecidas e/ou os bebés das mães deprimidas com níveis educacionais mais baixos e/ou os bebés das mães deprimidas com níveis ocupacionais mais baixos (VIs), exibem piores condutas interactivas na interacção com a mãe (VD) do que os bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais favorecidas e/ou possuem mais anos de escolaridade e/ou têm níveis ocupacionais mais elevados.

11. As mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal (VI) exibem piores condutas interactivas na interacção com o bebé (VD) do que as mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal.

12. Os bebés das mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal (VI) exibem piores condutas interactivas na interacção com a mãe (VD) do que os bebés das mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal.

13. As mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados à criança não são partilhados pelo pai e/ou nem por outro(s) susbstituto(s), membro ou não da família, — isto é, as mães deprimidas que cuidam do bebé sem a ajuda de outrém— (VIs), exibem piores condutas interactivas na interacção com o bebé (VD) do que as mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados são também prestados por substitutos e/ou o pai ajuda significativamente nos cuidados a prestar ao bebé.

14. Os bebés das mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados não são partilhados pelo pai e/ou nem por outro(s) susbstituto(s), membro ou

não da família, — isto é, os bebés das mães deprimidas que são exclusivamente cuidados pela mãe — (VIs), exibem piores condutas interactivas na interacção com a mãe (VD) do que os bebés das mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados são também fornecidos por substitutos e/ou o pai ajuda significativamente nos cuidados a prestar ao bebé.

2.2. Repercussões adversas no bebé

15. Os bebés das mães que se encontram deprimidas no puerpério (VI) exibem mais problemas de desenvolvimento (VD) do que os bebés das mães que não estão deprimidas após o parto.

16. Os bebés das mães que se encontram deprimidas no puerpério (VI) exibem piores índices de desenvolvimento mental e de desenvolvimento motor (VDs) do que os bebés das mães que não estão deprimidas após o parto.

17. Os bebés das mães que se encontram deprimidas no puerpério (VI) exibem uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com o observador (VD) do que os bebés das mães que não estão deprimidas após o parto.

18. Os bebés do sexo masculino das mães que se encontram deprimidas no puerpério (VI) exibem mais problemas de desenvolvimento, piores índices de desenvolvimento mental e de desenvolvimento motor e uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com o observador (VD) do que os bebés do sexo feminino das mães que se encontram deprimidas no puerpério.

19. Quanto mais grave é a depressão da mãe durante o puerpério, avaliada em termos da intensidade e da duração dos sintomas (VIs), pior é a qualidade da conduta interactiva do bebé na interacção com o observador, piores são os seus índices de desenvolvimento motor e mental e mais problemas de desenvolvimento ele apresenta (VDs).

20. Os bebés das mães que se encontram deprimidas no 3º mês do pós-parto (VI) exibem, alguns meses mais tarde, ao 12º mês do pós-parto, uma conduta interactiva de menor qualidade, na interacção com a mãe, mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas (repercussões a longo-prazo), embora menos do que no caso em que elas mantêm deprimidas (VDs).

21. Os bebés das mães que se encontram deprimidas ao 3° mês do pós-parto (VI) exibem alguns meses mais tarde, ao 12° mês do pós-parto, uma conduta interactiva de menor qualidade, na interacção com o observador, mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas (repercussões a longo-prazo), embora menos do que no caso em que elas mantêm deprimidas (VDs).

22. Os bebés das mães que se encontram deprimidas ao 3° e/ou 6° mês do pós-parto (VI) exibem, alguns meses mais tarde, ao 6° e/ou 12° mês do pós-parto, índices de menor desenvolvimento mental e motor, mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas (repercussões a longo-prazo), embora menos do que no caso em que elas mantêm deprimidas (VDs).

23. Os bebés das mães que se encontram deprimidas ao 3° e/ou 6° mês do pós-parto (VI) exibem, alguns meses mais tarde, ao 6° e/ou 12° mês do pós-parto, mais problemas de desenvolvimento, mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas (repercussões a longo-prazo), embora menos do que no caso em que elas mantêm deprimidas (VDs).

24. Os bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais desfavorecidas e/ou os bebés das mães deprimidas com níveis educacionais mais baixos e/ou os bebés das mães deprimidas com níveis ocupacionais mais baixos (VIs) exibem piores condutas interactivas com o observador, piores índices de desenvolvimento e mais problemas de comportamento (VDs) do que os bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais favorecidas e/ou possuem mais anos de escolaridade e/ou níveis ocupacionais mais elevados (acúmulo de circunstâncias de risco).

25. Os bebés das mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal (VI) exibem piores condutas interactivas na interacção com o observador, piores índices de desenvolvimento e mais problemas de desenvolvimento (VDs) do que os bebés das mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal.

26. Os bebés das mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados não são partilhados pelo pai e/ou nem por outro(s) susbstituo(s), membro ou não da família, — isto é, os bebés das mães deprimidas que são exclusivamente cuidados pela mãe — (VIs) exibem piores condutas interactivas na interacção com o observador, piores índices de desenvolvimento e mais problemas de desenvolvimento

(VDs) do que os bebés das mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados são também fornecidos por substitutos e/ou os pais ajudam significativamente nos cuidados a prestar ao bebé (circunstâncias protectoras).

2.3. Repercussões adversas na mãe

27. As mães dos bebés que exibem piores condutas interactivas na idade de 3 e/ou 6 meses (VI) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães dos bebés que exibem melhores condutas interactivas.

28. As mães dos bebés que exibem piores índices de desenvolvimento na idade de 3 e/ou 6 meses (VI) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães dos bebés que exibem índices melhores de desenvolvimento.

29. As mães dos bebés que exibem mais problemas de desenvolvimento na idade de 3 e/ou 6 meses (VI) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães dos bebés que não exibem tais problemas de desenvolvimento.

30. As mães que recebem menos ajuda dos maridos nos cuidados a prestar ao bebé e/ou têm mau relacionamento conjugal (VIs) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães dos bebés cujos maridos as ajudam mais e/ou têm com eles um melhor relacionamento conjugal.

31. As mães que são observadas a interagir menos positivamente com os seus bebés 3 meses após o parto (VI) mantêm-se por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães que são observadas a interagir mais positivamente com os seus bebés.

3. Método

Delimitados que estão os objectivos e hipóteses deste estudo empírico, apresentamos agora a amostra, os instrumentos, bem como a metodologia seguida na prossecução do mesmo.

3.1. Sujeitos

3.1.1. Selecção da amostra

A amostra foi seleccionada com base nos registos de nascimento realizados nas Conservatórias do Registo Civil da Cidade do Porto, no modo que especificamos de seguida.

1. Depois de consultar, junto dos Centros de Saúde de Miguel Bombarda, Aníbal Cunha, Foz do Douro, Aldoar I e II, Carvalhido, Ramalde I e II, as listagens de todos os nascimentos registados atempadamente nas Conservatórias do Registo Civil do Porto, procedemos ao levantamento das direcções das famílias residentes nas freguesias de Ramalde, Carvalhido, Aldoar, Foz do Douro, Lordelo, Nevogilde, Cedofeita, Miragaia e Massarelos, correspondente a uma área circunscrita e de mais fácil acesso.

2. Foi enviada uma carta a todas as famílias residentes nessas freguesias que, em data oportuna, fizeram o registo de nascimento de um bebé, entre Janeiro de 1989 e Dezembro de 1990. Nessa carta (ver Anexo I) foram referidos os objectivos do estudo em questão, tendo sido utilizadas estratégias no sentido de aumentar o nível de confiança e adesão das mães, nomeadamente ao apresentar o contributo do estudo para a promoção da saúde e bem-estar dos bebés, salvaguardando sempre o anonimato das mães.

Pediu-se às mães, e apenas àquelas que o eram pela primeira vez, que nos respondessem, devolvendo-nos um questionário de identificação que enviávamos junto (ver Anexo II). Solicitou-se ainda que as mães preenchessem e nos devolvessem igualmente uma escala que enviávamos junto, a Escala para detecção de Depressão Pós-parto proposta, em 1987, por Cox, Holden, e Sagovsky *(Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS).

3. Recebemos 348 cartas de resposta às 1008 que enviámos, o que corresponde a um índice de resposta de 35%; no entanto, 120 referiam-se a famílias que não preenchiam todos os critérios que previamente haviam sido definidos para a selecção da amostra, especificados a seguir (ver Anexo III).

4. Consideraram-se apenas as díades mãe-bebé que preenchiam na totalidade os 15 critérios especificados no quadro da página seguinte (ver Quadro 1).

No presente estudo, os critérios de a) a n) inclusive foram colocados de maneira a evitar que as variáveis que tais critérios envolvem interfiram de modo significativamente diferente nas variações susceptíveis de serem observadas nos valores da variável dependente, procurando-se, deste modo, a manutenção de tais variáveis sob valores constantes, nos grupos experimental e de controlo.

Deste modo e, por exemplo, para de algum modo assegurar que o fracasso interactivo e o menor desenvolvimento mental e motor dos bebés, que se espera observar nas díades em que a mãe está deprimida, se deve ao facto de a mãe estar deprimida e não ao facto de o bebé ser menos apto para a interacção, procurou-se assegurar as condições mínimas de saúde do bebé, através dos critérios definidos de a) a i), inclusive.

Quanto ao critério o), este foi incluido com o objectivo de garantir que as mães tivessem as competências mínimas necessárias ao preenchimento dos instrumentos que são utilizados no trabalho empírico.

Quadro 1
Critérios para selecção da amostra

a) gestação simples (não-gemelar) e sem complicações médicas;
b) trabalho de parto de duração não superior a 24 horas;
c) parto eutócico;
d) idade gestacional do bebé entre 38 e 42 semanas, inclusive;
e) peso do bebé à nascença entre o percentil 10 e 90, inclusive;
f) index de apgar de 10 ao 5° minuto;
g) exame pediátrico normal (i.e., sem perturbações detectáveis) à nascença;
h) período de separação do bebé em relação à mãe não superior a 12 horas;
i) ausência de problemas de saúde que envolvam o internamento do bebé durante os primeiros 3 meses;
j) idade da mãe entre os 18 e os 35 anos, inclusive;
k) estatuto matrimonial da mãe, casada com o pai do bebé ou coabitando com ele há pelo menos um ano;
l) naturalidade da mãe, portuguesa e/ou residente em Portugal há pelo menos 10 anos;
m) raça caucasiana;
n) primiparidade;
o) nível de instrução da mãe, igual ou superior ao 4° ano de escolaridade.

5. Tendo em conta as 228 restantes cartas de resposta, excluímos ainda as famílias de Classe Social V, avaliadas através da Classificação Social das Famílias de

Graffar (1956), por se tratar de situações de agregados familiares com carências sócio-económicas muito graves, os quais, aliás, a maior parte das vezes, não preenchiam os critérios estabelecidos no ponto 4, nem garantiam as condições mínimas à prossecução do trabalho empírico.

6. Foram deste modo seleccionadas, para o grupo experimental, 26 mães primíparas com depressão pós-parto ao 3º mês do puerpério (i.e., que tinham um resultado igual ou superior a 9 na escala EPDS) e os seus bebés, e, para o grupo de controlo, 25 mães sem depressão pós-parto ao 3º mês do puerpério (i.e., que tinham um resultado inferior a 9 na escala EPDS) e os seus bebés.

Muito embora, como alertam Cox, Holden, e Sagovsky (1987), a escolha do valor 11/12 no resultado da escala EPDS nos permitisse, com boa confiança (i.e., em 86% dos casos), assegurar a presença de uma depressão com expressão clínica, se assim o fizéssemos, iríamos, com a escolha de um valor tão elevado, excluir muitos casos de mães com depressão pós-parto. Considerámos então que a escolha do valor 9, possibilitaria recolher mais casos de mães com depressão pós-parto, sem no entanto diminuir em muito a confiança acima referida.

Com vista à distribuição das mães pelos grupos experimental e de controlo, todas as mães foram ainda sujeitas a uma entrevista clínica semi-estruturada, por forma a confirmar a classificação do estatuto de saúde mental da mãe obtido através da escala EPDS.

Deste modo, assegurou-se, em todos os elementos do grupo experimental, a presença de uma depressão com expressão clínica. Por outro lado, assegurou-se em todos os elementos do grupo de controlo, a ausência de qualquer perturbação susceptível de ser diagnosticada como perturbação psicopatológica.

A utilização da entrevista clínica semi-estruturada permitiu igualmente excluir da amostra as mães que apresentavam, associada à expressão de sintomatologia depressiva, uma perturbação psicopatológica diversa da depressão *major* ou *minor*, o que aconteceu num dos casos.

Para realizar o diagnóstico psicopatológico das mães, entrevistadas através da entrevista psiquiátrica SADS, utilizaram-se os critérios RDC de Spitzer, Endicott, e Robins (1978), tal como estes autores especificam para a depressão *major* e para a depressão *minor*.

Em todos os casos da nossa amostra verificou-se a confirmação do resultado da mãe na escala EPDS na avaliação através da entrevista clínica e dos critérios de diagnóstico considerados, como se especifica mais adiante.

7. Na escolha das mães para o grupo experimental utilizou-se o critério da aleatoridade. Assim, à medida que se recebiam as cartas enviadas, e sempre que as mães preenchiam os critérios estabelecidos em 3 e obtinham uma pontuação igual ou superior a 9 na escala EPDS, estas eram contactadas no sentido de integrar o grupo experimental.

Na escolha das mães para o grupo de controlo utilizou-se o critério do emparelhamento, caso a caso, em relação a um conjunto de variáveis significativas para o fenómeno em estudo, a saber: idade, estado civil, anos de instrução e nível ocupacional da mãe, classificação social do agregado familiar e sexo do bebé (ver Anexo III). Dado que não se consideraram as mães solteiras e que aquelas que coabitam com o pai do bebé são em número muito reduzido, o estado civil da mãe acabou por não ser considerado, pois impossibilitava a realização do emparelhamento.

As mães participaram voluntariamente nesta investigação, muito embora, no final de cada sessão de avaliação, tivessem sido presenteadas com leite/papas e fraldas descartáveis para o bebé, gentilmente cedidas pela Nestlé e Ausónia, bem como, sempre que o pediram, com uma pequena amostra da gravação *video* realizada.

3.1.2. Composição da amostra

A amostra foi constituída por 51 mães primíparas, distribuídas do modo seguinte:

a) grupo experimental: 26 mães com depressão pós-parto — isto é, com um resultado igual ou superior a 9 na escala EPDS e a presença de uma depressão *major* ou *minor*, consoante os critérios RDC de Spitzer, Endicott e Robins (1978) — e respectivos bebés com 3 meses de idade (entre 90 a 120 dias);

b) grupo de controlo: 25 mães sem perturbação psiquiátrica assinalável — isto é, com um resultado EPDS inferior a 9 e sem qualquer distúrbio susceptível de ser diagnosticado tendo em conta os critérios acima referidos — e respectivos bebés com 3 meses de idade (entre 90 a 120 dias).

As características sócio-demográficas mais relevantes da amostra são apresentadas nos quadros da página seguinte (ver Quadros 2 a 7).

Como pode verificar, a partir da leitura desses quadros, a amostra é constituída por indivíduos que se distribuem de uma forma heterogénea pelas diversas e mais importantes características sócio-demográficas para a questão em estudo, nomeadamente no que se refere à idade, ao estado civil, ao número de anos de

escolaridade e ao nível ocupacional da mãe, à classificação social do agregado familiar e ao sexo do bebé.

Quadro 2
Distribuição da amostra por idade da mãe

	18-20 anos	21-25 anos	26-30 anos	31-35 anos	Total
N	8	16	16	11	51
%	16%	31%	31%	22%	100

Quadro 3
Distribuição da amostra por estado civil da mãe

	casada	coabitando	Total
N	45	6	51
%	88%	12%	100%

Quadro 4
Distribuição da amostra por anos de escolaridade da mãe

	≥ 15 anos	≥ 9 anos	≥ 6anos	≥ 4 anos	Total
N	13	4	14	20	51
%	26%	8%	27%	39%	100%

Quadro 5
Distribuição da amostra por nível ocupacional da mãe

	Superior	Médio-superior	Médio	Médio-inferior	Inferior	Doméstica	Total
N	8	11	6	10	10	6	51
%	16%	21%	11.5%	20%	20%	11.5%	100%

Exemplos de ocupações para cada uma das categorias citadas:
Superior — quadros superiores, profissionais liberais, directoras de empresas, profissionais com título universitário ou de escolas especiais.
Médio-superior — quadros técnicos, chefes de secções administrativas, sub-directoras, peritos técnicos altamente qualificadas, comerciantes estabelecidas por conta própria.
Médio — operárias especializadas, ajudantes técnicas, desenhadoras, oficiais de primeira.
Médio-inferior — operárias fabris, funcionárias subordinadas em geral com alguma especialização, por exemplo, cozinheiras, costureiras.
Inferior — pessoal auxiliar, sem especialização, trabalhadoras manuais, mulheres de limpeza, ajudantes de cozinha.

Quadro 6
Distribuição da amostra por classificação social do agregado familiar

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV	Classe V	Total
N	8	13	18	12	0	51
%	16%	25%	35%	24%	0%	100%

Classes de Graffar da Família:
Classe I — Alta
Classe II — Média-Alta
Classe III — Média
Classe IV — Baixa
Classe V — Pobreza (classe excluída da amostra)

Quadro 7
Distribuição da amostra por sexo do bebé

	Feminino	Masculino	Total
N	20	31	51
%	39%	61%	100%

Muito embora fosse esta a composição inicial da nossa amostra (i.e, aquando da primeira avaliação realizada 3 meses após o parto), não nos foi possível manter a participação de todas as mães nos momentos seguintes do estudo, tendo ocorrido a perda de 6 elementos, a saber: 2 elementos do grupo experimental (os elementos 1 e 23) e 2 elementos do grupo de controlo (os elementos 1 e 23), 6 meses após o parto; 1 elemento do grupo experimental (o elemento 26, não emparelhado) e 1 elemento do grupo de controlo (o elemento 22), 12 meses após o parto. Assim sendo, a terceira avaliação contou com a presença de 23 dos 26 elementos do grupo experimental (ou seja, 89% da amostra inicial) e de 22 dos 25 elementos do grupo de amostra (ou seja, 88% da amostra inicial), o que corresponde a uma perda média de 6% dos efectivos por momento de avaliação.

Dado que as perdas de elementos da amostra se verificaram em díades emparelhadas dos grupos de controlo e experimental, as características sócio-demográficas destes dois grupos não se alteraram de modo significativamente diferente em função dessas mesmas perdas. As perdas resultaram de falha técnica na recolha dos dados relativos à terceira avaliação do elemento 22 do grupo de controlo, da mudança de residência do elemento 23 do grupo experimental e dos elementos 1 e 23 do grupo de controlo, da falta de colaboração do elemento 1 do grupo experimental e da impossibilidade de marcação da terceira avaliação com o elemento 26 do grupo experimental, por falta de disponibilidade do mesmo que argumentou falta de tempo para o efeito.

3.2. Material e instrumentos

Os instrumentos que fizeram parte da selecção que efectuámos, tendo em vista a avaliação das mães, bebés e pais da nossa amostra, foram todos eles empregues na sua versão original ou numa versão adaptada aos interesses deste estudo, conforme se especifica a seguir.

Os instrumentos foram traduzidos pelo autor, da língua original (inglês/francês) para o português, e sujeitos a uma retroversão; os itens em que não houve concordância foram corrigidos.

Todos os instrumentos foram previamente utilizados, junto de uma amostra de 6 famílias, pelos mesmos investigadores que conduziram posteriormente o estudo empírico, bem como por outros investigadores não envolvidos no mesmo. Foram rearranjados de seguida, para o estudo experimental, no sentido de minimizar as dúvidas relativas à sua administração, à compreensão dos itens, bem como à respectiva cotação.

De seguida, passamos a fazer uma breve caracterização do material e dos instrumentos de que nos servimos neste estudo. Apresentamos também os resultados relativos ao estudo psicométrico que efectuámos com as versões por nós traduzidas dos instrumentos de avaliação escolhidos, nomeadamente os resultados do estudo de fidelidade, do estudo de validade interna e do estudo de validade externa.

Avaliar a fidelidade, estabilidade ou consistência nos resultados de uma prova é um aspecto muito importante quando se pretende averiguar se um dado instrumento providencia uma boa medida daquilo que se propõe avaliar. O estudo da fidelidade de um instrumento consiste em estimar quanto na variabilidade dos resultados é devidoaa erros de medida — factores aleatórios ou situacionais — e quanto é supostamente devido a diferenças reais nas características do sujeito que o instrumento pretende avaliar (e.g., Cronbach, 1985; Friedenberg, 1995; Murphy & Davidshoffer, 1990).

Existem diversos métodos para estimar a fidelidade de um instrumento.

Podemos estimar a fidelidade de um instrumento quando o administramos duas vezes e avaliamos o grau de consistência nos resultados, fazendo-o através do estudo da correlação entre os resultados obtidos na primeira e na segunda administração (método de teste-reteste). A avaliação da fidelidade teste-reteste refere-se assim à estabilidade dos resultados ao longo do tempo. Quando a fidelidade teste-reteste é alta podemos, para além do mais, concluir que as características que a prova avalia são relativamente estáveis *"porque, caso os resultados dos indivíduos variem em função das sucessivas administrações de um teste, somos levados a concluir que tais diferenças reflectem mudanças reais nos conhecimentos ou características desses indivíduos"* (Friedenberg, 1995, p. 181).

O teste é administrado depois de um intervalo apropriado de tempo, que pode ir de várias semanas a alguns meses. O coeficiente de fidelidade tende a ser tanto menor quanto maiores forem os intervalos de tempo entre as sucessivas administrações, já que tais intervalos fazem aumentar as variações susceptíveis de serem observadas nas características analisadas (Cronbach, 1985; Friedenberg, 1995).

Habitualmente, o coeficiente de correlação utilizado no cálculo da fidelidade teste-reteste é o coeficiente de correlação de Pearson, que nos fornece um índice da estabilidade dos resultados associada à administração de um mesmo instrumento em dois momentos diferentes.

Podemos também avaliar a consistência nos resultados de uma prova através do estudo da correlação entre os resultados obtidos numa primeira e numa segunda metade da prova (método *split-half* ou método da divisão em duas partes): os itens do

teste são divididos em dois meios testes e os resultados nesses itens são correlacionados através do coeficiente de correlação de Spearman-Brown.

Podemos ainda estimar a fidelidade de um instrumento através do método de análise da consistência interna dos itens respectivos.

Este método refere-se ao estudo da homogeneidade dos itens de dado instrumento — com respeito ao mesmo tomado como um todo ou nas suas diferentes partes ou sub-escalas — e procura averiguar as correlações existentes entre os itens de parte ou todo o instrumento.

Se um instrumento tem consistência interna é porque todos os itens do teste são referentes a uma mesma área de conhecimento ou a um mesmo domínio de características da pessoa (Friedenberg, 1995). A fonte de erro resultará então de diferenças nos itens do teste, ou seja, do grau em que os itens do teste são heterogéneos em vez de homogéneos.

O coeficiente alpha de Cronbach (Cronbach, 1985) é o método usualmente mais utilizado para estimar a consistência interna de um teste. É considerado o melhor indicador da consistência interna de um instrumento porque compara a realização do indivíduo em cada um dos itens com a realização do indivíduo em todos os outros itens da prova e porque, assim sendo, considera todas as possíveis divisões em duas partes de um dado instrumento (Cronbach, 1985; Friedenberg, 1995; Murphy & Davidshoffer, 1990).

Se um teste se refere a um e único domínio psicológico, então a sua consistência interna deverá ser estimada a partir do coeficiente alpha de Cronbach. No entanto, como o assinala Friedenberg (1995), se um teste cobre um domínio heterogéneo de características do sujeito, o cálculo da fidelidade deverá fazer-se, através do método das duas partes, pois não é razoável esperar que a realização do sujeito em cada item tenha algo a ver com a sua realização nos restantes.

Note-se, para além disso, que quando um instrumento implica uma resposta dicotómica nos itens (0 ou 1), considera-se preferível a utilização da fórmula de Kuder-Richardson na análise da consistência interna (Friedenberg, 1995).

Como os instrumentos utilizados no nosso estudo empírico não possuem formas alternativas, não nos foi possível, para nenhum deles, recorrer a um quarto método habitualmente utilizado para estimar a fidelidade de um instrumento: o método das formas alternativas ou paralelas. Com efeito, este método compara os resultados obtidos pelo sujeito em duas formas alternativas ou paralelas de um mesmo instrumento, numa mesma administração, pelo que obriga a que essas mesmas formas alternativas existam.

Saliente-se por último que, consoante o tipo de instrumento considerado, nomeadamente consoante o tipo de características do indivíduo que esse instrumento

procura avaliar, é possível fazer diferentes considerações acerca do índice de fidelidade dos resultados que proporciona, não sendo possível estabelecer um critério único para se considerar determinado índice como insuficiente, suficiente, bom ou excelente (Friedenberg, 1995).

A avaliação da fidelidade de um instrumento não nos diz nada a respeito da sua validade. De facto enquanto que a primeira análise apenas nos indica a respeito da competência de uma prova para produzir resultados consistentes a segunda permite-nos saber se essa prova mede ou não aquilo que pretende medir. Assim sendo, a tarefa de estimar a validade de um instrumento — isto é, de averiguar se um instrumento mede ou não aquilo que se propõe medir e até que ponto o faz (Freeman, 1980) — é uma segunda tarefa que se impõe ao seu constructor.

Existem diferentes tipos de validade — a validade de conteúdo, a validade de constructo, a validade concorrente e a validade preditiva. Cada tipo de validade comporta uma questão distinta a respeito do significado dos resultados de um instrumento e pode ser estudada a partir de uma estratégia diferente, utilizada para avaliar a validade desse instrumento.

Com efeito, a validade de conteúdo e a validade de constructo referem-se mais propriamente à questão de se saber se o instrumento providencia uma medida válida de um atributo específico — neste caso, o teste é válido se mede aquilo que se propõe medir. Enquanto isso, a validade concorrente e a validade preditiva examinam a validade das decisões e das predições que se podem fazer com base nos resultados do teste — isto é, neste caso o teste é válido se pode ser usado para tomar decisões correctas e precisas. Estas duas dimensões não estão necessariamente relacionadas (Murphy & Davidshoffer, 1990). A validade de uma prova é sempre relativa aos objectivos que presidiram à sua construção e que presidem à sua administração.

Examinar o conteúdo de um instrumento é uma forma de avaliar a validade das medidas que ele proporciona e, assim, estabelecer a sua validade de conteúdo. Esse processo consiste em mostrar se *"a amostra dos comportamentos presente no instrumento é um conjunto representativo dos atributos susceptíveis de serem medidos"* (Murphy & Davidshoffer, 1990, p. 109).

Não existem fórmulas estatísticas para estimar a validade de conteúdo de uma prova, tal depende do trabalho qualitativo, nomeadamente de revisão teórica, do seu constructor.

A validade de constructo refere-se mais propriamente à questão de determinar se os resultados proporcionados por um dado instrumento providenciam ou não uma

boa medida para um constructo específico. Requer que se determine a relação entre os resultados no teste e outras medidas que são teoricamente relacionadas ou distintas do constructo.

A validade de constructo pode ser estimada de diversos modos, podendo nomeadamente procurar averiguar-se a respeito da correlação entre os resultados do instrumento em causa e os resultados obtidos com outras medidas — por exemplo, através do estudo da correlação entre avaliações de uma mesma característica por instrumentos diferentes, como acontece na *multitrait- multimethod approach*.

Para apreciar a validade de constructo de um instrumento pode também realizar-se a análise factorial dos resultados encontrados na administração do mesmo, visto que este tipo de análise providencia um método analítico para estimar a correlação entre cada variável específica e o resultado no factor que supostamente a explica. Com efeito, a análise factorial é um procedimento estatístico que pode ser usado para o estudo da estrutura interna de um instrumento, fornecendo-nos indicações acerca da validade de constructo, visto que o padrão das correlações dos itens pode servir para determinar diferentes factores ou características avaliadas pelo mesmo instrumento. Para a maior parte dos investigadores a validade factorial de um instrumento é a forma mais satisfatória de validade de constructo (e.g. Guilford & Fruchter, 1973).

Para estimar a validade de constructo pode ainda optar-se por uma terceira via e verificar se dois grupos de sujeitos que supostamente deveriam comportar-se de modo diferente na resposta a um dado instrumento, se comportam de facto e obtêm resultados significativamente diferentes nesse instrumento (método das percentagens de acerto).

Como vimos, as estratégias que avaliam a validade de conteúdo e a validade de constructo procuram evidências quanto a se um dado instrumento mede ou não aquilo que se propõe medir. Por um lado, a validade de conteúdo é estabelecida através da análise do teste em si e da verificação se este oferece uma amostra representativa do conteúdo do domínio que se propõe avaliar. Por seu turno a validade de constructo é estabelecida através da análise da relação entre os resultados do teste e uma variedade de outras medidas, referindo-se à descrição exacta do que é suposto o instrumento medir (Murphy & Davidshoffer, 1990).

Podemos também questionar-nos a respeito da validade das decisões que se podem tomar a partir dos resultados obtidos com um determinado instrumento. Estamos então a falar de validade concorrente ou de validade preditiva.

A correlação existente entre os resultados de uma prova e uma medida corrente num critério determinado, por exemplo, providencia uma estimativa quantitativa da validade das decisões que se podem tomar com base nos resultados de um teste, sendo indicadora da validade de critério do mesmo.

Deste modo, a validade de critério refere-se à habilidade de um teste para estimar ou predizer a realização do indivíduo numa outra medida ou critério. A validade, no que se refere à validade de critério, pode pois ser concorrente, quando a avaliação no instrumento e no critério é simultânea, ou preditiva, quando *"os resultados no preditor e no critério são obtidos em momentos diferentes no tempo"* (Friedenberg, 1995, p. 225). Estudar este tipo de validade é uma tarefa importante, sobretudo quando se pretende utilizar um instrumento para tomar decisões acerca dos indivíduos.

Calcula-se o coeficiente de validade de critério que nos indica a relação entre os resultados no teste e no critério, sendo que o quadrado desse coeficiente nos indica a extensão em que os resultados no teste predizem os resultados no critério — e, portanto, a proporção da variação nos resultados do teste que se deve a diferenças em características dos indivíduos relevantes para o critério. Habitualmente, consideram-se suficientes os coeficientes de correlação iguais ou superiores a .50.

Podemos também calcular o erro padrão de estimativa que representa a grandeza do erro na predição efectuada com base nos resultados de um dado instrumento e pode ser usado para estimar o intervalo de confiança com que podemos prever os resultados no critério com base nos resultados desse instrumento.

A validade concorrente ou preditiva de um instrumento pode assim ser avaliada pela comparação da proporção de predições correctas e incorrectas que se podem fazer tendo em conta os resultados do mesmo, sendo que a maior parte das vezes ele foi construído para que se obtenham predições acertadas.

Reconhece-se que o estudo da validade preditiva é a melhor forma de se apreciar a validade de um instrumento, muito embora esse tipo de estudo seja o mais difícil do ponto de vista da execuibilidade prática e tenha algumas limitações éticas importantes (Friedenberg, 1995; Murphy & Davidshoffer, 1990).

Dado que as características dos itens afectam a qualidade do instrumento impõe-se, sempre que possível, na avaliação psicométrica de um dado instrumento, uma análise dos itens respectivos, a qual se questiona a respeito da apropriação, da utilidade, do papel e do lugar de cada item no contexto do instrumento do qual faz parte.

São exemplos deste tipo de análise o estudo do poder distractor do item — que se refere ao estudo do padrão das respostas no item —, a análise do poder discriminante do item — que se refere à questão de saber se as respostas dadas ao

item se relacionam com as respostas dadas no instrumento — e a análise da dificuldade do item — que se questiona a respeito da dificuldade de cada item.

A análise da dificuldade dos itens adequa-se mais propriamente aos testes de aptidão, pelo que não fará parte do tipo de análise que efectuaremos aqui, ao passo que a análise do poder discriminante tem cabimento para quase todo o tipo de instrumentos, nomeadamente para aqueles que fazem parte do nosso estudo empírico, pelo que será levada a cabo no decorrer do estudo psicométrico das provas utilizadas.

A análise do poder discriminante do item indica a extensão em que diferentes tipos de pessoas respondem de modo diferente ao item e diz-nos se o item discrimina os indivíduos que realizam de modo diferente o teste, no sentido em que esses indivíduos são discriminados pelo teste. Refere-se, pois, à extensão em que determinado item avalia correctamente o constructo que o instrumento do qual ele faz parte pretende avaliar. Existe uma grande variedade de procedimentos para estimar o poder discriminativo do item, nomeadamente o índice de discriminação do item — para itens de resposta/cotação dicotómica — e a correlação item-escala total — para todo o tipo de itens.

O índice de discriminação do item refere-se à proporção em que são diferentes as respostas dadas por dois sub-grupos de indivíduos, o terço ou quarto inferior e o terço ou quarto superior, considerando-se o instrumento como um todo.

A correlação item-escala total refere-se à habilidade de um item para predizer o resultado obtido pelo sujeito quando o instrumento é tomado como um todo. Caso o item e o teste se reportem à mesma característica é suposto que a cotação do sujeito no item se correlacione com o resultado total por ele obtido no instrumento. Opta-se, habitualmente, pelo cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, a menos que as respostas nos itens tenham apenas duas alternativas, tendo neste caso que se escolher o coeficiente correlação ponto-biserial (Friedenberg, 1995). Os coeficientes são considerados bons, quando iguais ou superiores a .50 e excelentes quando iguais ou superiores a .80.

Os instrumentos que agora descrevemos nas suas principais características de construção e psicométricas são apresentados em anexo, nas versões em que foram empregues neste estudo empírico. O quadro da página seguinte (Quadro 8) especifica os instrumentos utilizados no estudo e sistematiza o objectivo a que se destina cada um deles, isto é, a variável que é estimada a partir dele.

Quadro 8

Instrumentos utilizados e Objectivos a que se destinam

Instrumento	Objectivo
Questionário de Identificação (Quest. Iden.)	Identificação e características sócio-demográficas
Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-parto (EPDS)	Ocorrência de depressão pós-parto
Entrevista Psiquiátrica Estandardizada (SADS)	Ocorrência de perturbação psiquiátrica (e.g., depressão major / minor)
Classificação Social da Família de Graffar (Graffar)	Classe social
Escalas para a Avaliação do Desenvolvimento do Bebé de Bayley (BSID): a escala motora (EMot), a escala mental (EMen) e a escala de registo do comportamento do bebé (RCB)	Nível do desenvolvimento motor , nível de desenvolvimento mental do bebé e orientação social do bebé sobre o meio (i.e., a qualidade da interacção bebé-observador)
Inventário Home para Crianças dos 0 aos 3 anos (Home)	Qualidade da interacção mãe-bebé e dos cuidados prestados ao bebé
Questionário de avaliação da Adaptação Mãe-bebé durante o Primeiro Ano de Vida (QMAC)	Problemas de desenvolvimento do bebé; preocupação da mãe com as dificuldades do bebé
Escalas de Avaliação da Interacção (IRS)	Qualidade da interacção mãe-bebé em situação alimentar e face-a-face
Grelha para a Observação da Interacção Mãe-bebé em Situação de Interacção Livre, aos 3, 6 e 12 meses de idade do Bebé (GOISIL)	Qualidade da interacção mãe-bebé em situação de interacção livre
Escala para a avaliação dos Cuidados prestados pelo Pai ao Bebé, durante o Primeiro Ano de Vida (ECPB)	Participação do pai nos cuidados prestados ao bebé
Escala de Ajustamento Social (EAS)	Qualidade do relacionamento conjugal

3.2.1. Questionário de Identificação (Quest. Iden.)

Trata-se de um questionário que nos permitiu a recolha dos dados sócio-demográficos necessários à selecção (14 itens), emparelhamento (6 itens) e caracterização da amostra (veja Anexo II).

3.2.2. Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-parto (EPDS)

A Escala de Edinburgh para a Depressão Pós-parto (*The Edinburgh Postnatal Depression Scale* , EPDS) é uma escala que se destina à detecção de depressão pós-parto. De fácil e rápido preenchimento, esta escala é auto-administrada e é composta por 10 itens, cada um dos quais se organiza em três pontos.

Foi construída por Cox, Holden, e Sagovsky (1987), e a tradução portuguesa que elaboramos da escala e utilizamos neste estudo é apresentada no Anexo III.

A avaliação da fidelidade dos resultados da versão original da escala EPDS, feita pelos autores através do método da divisão em duas partes iguais, forneceu um índice de fidelidade de 0.88 (Cox et al., 1987).

A avaliação da consistência interna dos itens da versão original da escala EPDS, tal como foi realizada pelos seus autores, traduziu-se num coeficiente alpha de .87 (Cox et al., 1987).

Utilizando os mesmos procedimentos que os autores citados, obtivemos, com a versão traduzida da escala EPDS administrada a uma amostra de 51 mulheres portuguesas 3 meses depois do parto, respectivamente os valores de .84 (N=51) para fidelidade avaliada através do método da divisão em duas partes e de .85 (N=51) para a consistência interna dos itens da escala, avaliada através do coeficiente alpha.

A fidelidade dos resultados da versão traduzida da escala foi igualmente estudada através do método de teste-reteste, tendo sido obtido um coeficiente de correlação de .75, calculado entre os resultados das três administrações da escala, com 3 meses de intervalo entre cada administração — ao 3°, 6° e 12° mês do puerpério (N=43).

Os indicadores de fidelidade encontrados no estudo que elaborámos com a versão traduzida da escala EPDS, mencionados no quadro seguinte (ver Quadro 9), podem ser considerados significativos, dado que são superiores a .70, e garantem a estabilidade e a consistência interna dos resultados que a escala providencia.

Quadro 9
Estudo psicométrico da versão traduzida da escala EPDS:
Fidelidade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
EPDS	Fidelidade	Teste-reteste (3-6m) (6-12m)	**.75** (N=45) **.75** (N=44) (Coef. de correlação de Pearson)
		Split-half	**.84** (3m, N=51) (Coef. de correlação de Spearman-Brown)
		Consistência interna	**.85** (3m, N=51) (Alpha de Cronbach)

O estudo que fizemos da versão traduzida da escala EPDS incluiu igualmente uma estimativa da validade da escala (ver Quadro 10).

Avaliamos a validade de constructo através do método das percentagens de acerto, verificando que as mães clinicamente deprimidas respondem ao questionário de um modo significativamente diferente ao modo como respondem as mães não deprimidas (ver Quadro 12). Testou-se o significado estatístico dessas diferenças — através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas — nos resultados obtidos com dois grupos de mães, as quais se mostraram altamente significativas ($z= -4.3724$, $p< 0.001$). Dado que as diferenças entre os dois grupos que supostamente realizariam de modo diferente o instrumento que estamos a analisar, são muito significativas, concluiu-se a respeito da validade de constructo do mesmo. Podemos assim concluir que os resultados proporcionados pela escala EPDS providenciam uma boa medida do contructo que a escala se propõe avaliar, a depressão pós-parto. À excepção do item 3, verificaram-se igualmente diferenças muito significativas ($p< 0.01$) — através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas — nas respostas a todos os itens do questionário EPDS, entre um grupo de mães que estavam clinicamente deprimidas (N=26) e um grupo de mães sem perturbação psiquiátrica assinalável (N=25).

Podemos assim concluir que a escala EPDS fornece resultados que providenciam uma boa medida do constructo que a escala se propõe avaliar — a depressão pós-parto.

Para além do mais, a análise factorial em componentes principais permitiu identificar 3 factores principais (Eigenvalue > 1) que explicam 84% da variância nos resultados da administração do questionário EPDS, 3 meses após o parto (N=51).

Quadro 10
Estudo psicométrico da versão traduzida da escala EPDS:
Validade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
EPDS	Validade de constructo	Método das percentagens de acerto	z= **-4.3724**, p< 0.0001 (3m, N=51) (Teste de Wilcoxon)
		Análise factorial	**3** factores que explicam **84%** da variância (3m, N=51)
	Validade concorrente	Coeficiente de validade de critério (SADS)	**.86** (3m, N=51) (Coef. Correlação de Pearson)

Avaliámos também a validade externa da escala, utilizando para esse efeito a entrevista psiquiátrica SADS que foi administrada por duas vezes a um grupo de 51 mulheres.

O estudo escocês (Cox et al., 1987) mostrou que 86% dos casos em que se estabeleceu o diagnóstico RDC para a depressão *major* ou *minor* tinham um resultado igual ou superior a 12/13 na escala EPDS e que esse mesmo valor subia para 96% quando se considerava um resultado na escala igual ou superior a 9/10; enquanto isso, os autores do estudo observaram igualmente que 78% das mães que não se encontravam deprimidas, segundo os mesmos critérios de diagnóstico, obtinham um resultado inferior a 12/13 na escala .

No nosso estudo da versão traduzida da escala EPDS, verificámos que muito embora apenas 66% dos casos em que se estabeleceu o diagnóstico RDC para a depressão *major* ou *minor* (N=38) tiivessem um resultado igual ou superior a 12/13 na escala EPDS, 100% dos casos tinham um resultado igual ou superior a 9/10. Verificamos ainda que 98% das mães que não se encontravam clinicamente deprimidas (N=58), tendo em conta os mesmos critérios, tinham um resultado inferior a 12/13 na versão traduzida da escala e que 96% dessas mesmas mulheres obtinham um resultado inferior a 9/10 na referida escala.

Assim, escolhendo o valor 9, a probabilidade de errar o diagnóstico clínico do sujeito, tendo em conta as respostas da mãe na escala EPDS, tal como ele poderia ser elaborado a partir de entrevista psiquiátrica, é praticamente nula. De acordo com o estudo que fizemos da versão traduzida da escala EPDS, as mulheres que obtêm um resultado igual ou superior a 9 na escala, encontram-se em 100% dos casos clinicamente deprimidas (N=38); enquanto que as mulheres que obtêm um resultado inferior a 9 na escala, encontram-se em 95% dos casos clinicamente não-deprimidas (N=58). Resta assim apenas uma reduzida margem de erro quando se estima a depressão pós-parto tendo em conta as respostas ao questionário — isto é, o erro de estimativa limita-se a apenas 5 em cada 100 mulheres que não se encontrando clinicamente deprimidas serão avaliadas como tal, por obterem um valor igual ou superior a 9 na escala.

Foram estas as razões que nos conduziram a considerar o valor 9 para a selecção da amostra do estudo empírico que agora relatamos. Esta opção tem a ver com 2 aspectos: por um lado, a inclusão de falsos positivos seria sempre controlada pela administração da entrevista psiquiátrica SADS e, por outro lado, não deixaríamos de seleccionar todas as mulheres que supostamente poderiam estar com depressão pós-parto, que a adopção de um valor mais elevado nos poderia conduzir a excluir.

A validade externa da versão traduzida da escala EPDS pôde ser estudada a partir da correlação entre o resultado do sujeito na escala e o resultado do sujeito no critério que foi aqui escolhido, a entrevista psiquiátrica SADS. Encontrou-se uma correlação de .86 ($p< 0.001$) (N=51) entre os resultados na versão traduzida da escala

EPDS e a avaliação clínica da gravidade da depressão da mãe (ausência, *minor*, *major*), após entrevista psiquiátrica (SADS), três meses depois do parto. Dado que a correlação é positiva e muito significativa, podemos considerar que a versão traduzida do questionário EPDS mostra boa validade externa.

Os autores da versão original da escala também verificaram que as mães que obtinham resultados mais elevados na escala eram aquelas que se apresentavam mais gravemente deprimidas, segundo os critérios RDC, que estabelece a depressão *major* como mais grave do que a depressão *minor*. No estudo que elaborámos com a versão traduzida da escala verificámos um coeficiente de correlação de .86 (N=51) entre o resultado obtido pela mãe na escala EPDS e a gravidade da depressão, consoante os critérios RDC, avaliada durante a entrevista clínica — o que, de igual modo, nos indica que quanto mais elevado é o resultado obtido pela mãe na escala EPDS, mais grave é a sua depressão, tal como pode ser clinicamente avaliada com recurso a um outro instumento.

Assim sendo, podemos tomar decisões seguras a respeito da depressão clínica da mãe com base na avaliação que fizemos através da escala, dado que apenas 2.5% dos resultados do critério — depressão / sem perturbação psiquiátrica — não são previsíveis a partir dos resultados obtidos na escala, referindo-se a dimensões que não são consideradas na escala.

Está deste modo assegurada a validade externa da versão traduzida da escala EPDS e podemos consequentemente garantir, dada a grandeza dos valores encontrados, que a escala avalia o estado de depressão dos indíviduos que a realizam.

Por último, analisado o poder discriminante dos itens da versão traduzida da escala, verificou-se uma correlação positiva — variando entre 0.32 para o item 3 e 0.80 para o item 5 — entre o resultado dos sujeitos em cada item da escala e o resultado total obtido na escala administrada no terceiro mês do puerpério (N=51), como poderá concluir da leitura do quadro abaixo (ver Quadro 11).

Quadro 11
Estudo psicométrico da versão traduzida da escala EPDS:
Análise dos itens (3m, N=51)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado	
			Item	r=
EPDS	Poder discriminante dos itens	Correlação item-escala (Coef. Cor. Pearson)	1	0.64
			2	0.59
			3	0.32
			4	0.65
			5	0.80
			6	0.71
			7	0.78
			8	0.79
			9	0.79
			10	0.62

Dado que os coeficientes de correlação variam globalmente entre .50 e .80, pode dizer-se que o poder discriminante dos itens do questionário situa-se entre o que pode ser considerado bom e o que pode ser considerado excelente, donde se conclui que a cotação do sujeito no item se relaciona com o resultado total no instrumento e que item e instrumento se reportam à mesma característica avaliada.

Do estudo que elaborámos das características psicométricas da versão traduzida da escala EPDS, e comparando-as com as que foram obtidas com a versão original, podemos concluir que estamos em presença de uma versão com boas qualidades de fidelidade, consistência interna e validade interna e externa.

O quadro abaixo apresenta os valores de média e de desvio-padrão obtidos em dois grupos de mães — 26 mães clinicamente deprimidas e 25 mães sem perturbação psiquiátrica assinalável — com a versão traduzida da escala EPDS.

No grupo das mães não deprimidas (N=25) os resultados no questionário EPDS variam entre 3 e 8, enquanto que no grupo das mães deprimidas os resultados variam entre 9 e 17. O significado das diferenças dos resultados obtidos nesses dois grupos foi estudado através do *Wilcoxon Matched Pairs Test*, sendo que tais diferenças entre pares — mães deprimidas/mães sem perturbação psiquiátrica — se mostraram altamente significativas ($z= -4.3724$, $p< 0.001$).

Quadro 12
Resultados: Médias e desvios-padrão
Versão traduzida da escala EPDS (3m, N=51)
Mães deprimidas/mães sem perturbação psiquiátrica assinalável

	Mães deprimidas (N=26)	Mães sem perturbação psiquiátrica assinalável (N=25)
Escala Total		
M	12.44	3.23
SD	2.10	2.57

Finalmente apresentamos os valores de média e de desvio-padrão que resultaram da administração sucessiva da versão traduzida do questionário EPDS — aos 3, 6 e 12 meses do pós-parto — a um grupo de 51 mães (ver Quadro 13).

Quadro 13
Resultados: Médias e desvios-padrão
Versão traduzida da escala EPDS
3°, 6° e 12° mês pós-parto

	3° mês (N=51)	6° mês (N=46)	12° mês (N=45)
Escala Total			
M	8.08	7.23	7.09
SD	5.0	4.03	4.18

3.2.3. Classificação Social da Família de Graffar (Graffar)

Trata-se de uma escala em 5 pontos proposta por Graffar (1956) e que utilizámos numa forma traduzida com ligeiras adaptações.

Avalia aspectos sócio-demográficos diversos, relativos à profissão, às habilitações académicas, ao estatuto ocupacional, às fontes de rendimento familiar e às condições de habitação do agregado familiar. Permite uma classificação social rápida das famílias em 5 classes (da I, elevada, a V, muito baixa).

A tradução portuguesa que elaborámos e utilizámos no presente estudo é apresentada no Anexo V.

3.2.4. Entrevista Psiquiátrica Estandardizada (SADS)

Como o salientam os autores da escala EPDS, o resultado obtido pela mãe na escala não nos oferece total garantia quanto à presença de uma depressão com algum significado clínico, pelo que *"uma cuidadosa avaliação clínica deve ser levada a cabo para confirmar o diagnóstico"* (Cox et al., 1987, p. 786).

Para esse efeito, utilizou-se, no presente estudo, uma tradução para português da Entrevista Psiquiátrica Estandardizada para as Desordens Afectivas e Esquizofrenia, apresentada, em 1978, por Endicott e Spitzer (*Schedule for Affective Disorders and Schizofrenia*, SADS).

Trata-se de uma entrevista psiquiátrica estandardizada e semi-estruturada que é dirigida à recolha de diversos sintomas psicopatológicos. Permite, tal como aconteceu aqui, a avaliação da ocorrência de perturbação psiquiátrica, possibilitando, nomeadamente, a realização de um diagnóstico psicopatológico tendo em conta os critérios RDC já da autoria de Spitzer, Endicott, e Robins (1978).

Foram administradas as duas versões da entrevista. Isto é, usou-se a versão *standard* (SADS) — que se reporta à totalidade da vida do sujeito (Endicott & Sptizer, 1978) —, aquando da primeira avaliação, 3 meses depois do parto; usou-se a versão *life-time* (SADS-L) — que se restringe a um período de vida do sujeito (Endicott & Sptizer, 1979) —, aquando da terceira avaliação, 12 meses depois do parto.

3.2.5. Escalas para a Avaliação do Desenvolvimento do Bebé de Bayley (BSID)

As Escalas de Bayley para a Avaliação do Desenvolvimento do Bebé (*Bayley's Scales of Infant Development,* BSID) são um conjunto de 3 escalas — a escala motora (EMot), a escala mental (EMen) e a escala de registo do comportamento do bebé (RCB) — desenvolvidas por Nancy Bayley (1969). Destinam-se, respectivamente, à avaliação do desenvolvimento motor do bebé, à avaliação do desenvolvimento mental do bebé e à avaliação da orientação social do bebé sobre o meio.

A escala mental tem 163 itens e a escala motora tem 81 itens, distribuídos por ordem crescente de dificuldade.

Como as situações estabelecidas com o propósito de avaliar o desenvolvimento mental e motor do bebé *"oferecem uma excelente oportunidade para avaliar o seu padrão de comportamento característico"* (Bayley, 1969, p. 99), estabeleceu-se a escala de registo do comportamento. Trata-se de uma escala descritiva de comportamentos típicos do bebé até aos 30 meses composta por 30 itens, cotados entre 1 e 5 ou 9. É preenchida pelo examinador logo após a administração das escalas motora e mental, através da observação do comportamento da criança durante a administração dessas mesmas escalas. Em alguns itens, a pontuação mais alta corresponde a uma conduta mais adequada por parte do bebé (itens 2, 3, 4, 7, 11, 12, 13, 25); ocorrendo o inverso noutros itens, ou seja, a pontuação mais baixa corresponde a uma conduta mais adequada por parte do bebé (itens 5, 9, 10, 26, 27); há ainda outro tipo de itens em que a conduta mais adequada do bebé estabelece-se junto da pontuação média (nos itens 1, 6, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19 20, 21, 22, 23, 24).

Dada a inexistência de uma escala aferida para a população portuguesa, escolhemos então estas três escalas uma vez que têm sido amplamente utilizadas na investigação científica levada efeito no campo da primeira infância.

Na investigação que agora expomos, utilizámos uma tradução das escalas para o português que nós próprios elaborámos, a qual é apresentada em anexo (ver Anexo VI).

As BSID foram originalmente estandardizadas com uma amostra de 1262 crianças, com idades entre os 2 e os 30 meses, distribuídas por 14 classes de idade. Existem normas americanas, para cada idade, podendo o desempenho da criança ser comparado com o de outras crianças da mesma idade, donde resulta um índice de desenvolvimento.

Se tivermos em conta o número adequado de crianças que deveríamos testar, por forma a estandardizar a versão traduzida das escalas BSID para a população portuguesa, o número daquelas que efectivamente testamos (N=143) é manifestamente insuficiente. Dada essa limitação, apresentamos agora apenas os resultados dos estudos psicométricos que nos foi possível efectuar com a versão traduzida das escalas BSID.

Como não existem nem pudemos construir normas portuguesas para as escalas BSID, no estudo empírico que agora descrevemos optámos por adoptar apenas os resultados brutos obtidos pelos bebés nas referidas escalas. Os valores de média, de desvio-padrão e de percentil recolhidos com a administração das escalas mental e motora de desenvolvimento de Bayley numa amostra de 51 bebés portugueses, nas idades de 3, 6 e 12 meses, encontram-se referidos no quadro seguinte (ver Quadro 14).

Quadro 14
Resultados brutos : Médias, desvios-padrão e percentis
Versão traduzida das escalas de desenvolvimento mental e motor de Bayley
3, 6 e 12 meses de idade do bebé

	3 meses (N=51)	6 meses (N=47)	12 meses (N=45)
Bmen			
M	44.92	75.85	102.73
SD	5.92	5.76	12.29
P < 25	<40	<73	<98
P (25-75)	40-49	73-80	98-110
P > 75	>49	>80	>110
Bmot			
M	16.76	30.15	99.64
SD	2.13	10.02	12-86
P < 25	<15	<26	<92
P (25-75)	15-18	26-30	92-111
P > 75	>18	>30	>111
Btotal			
M	61.74	106	200.15
SD	7.46	13.24	27.43
P < 25	<55	<100	<190
P (25-75)	55-68	100-110	190-218
P > 75	>68	>110	>218

Uma das questões estudadas pela autora das escalas BSID, que pôde também ser abordada junto da nossa amostra, refere-se à correlação entre os resultados brutos obtidos pelo bebé nas escalas mental e motora.

Os valores de correlação calculados entre os resultados brutos da escala motora e da escala mental recolhidos com a versão traduzida das escalas de desenvolvimento de Bayley mostraram-se altamente significativos ($p < .001$) e foram os seguintes: aos 3 meses —.64 (N=51) —, aos 6 meses — .53 (N=47) —, aos 12 meses — .70 (N=45). Assemelham-se aos valores de correlação entre os resultados obtidos com as versões originais das referidas escalas, respectivamente de — .63 — aos 3 meses, de — .78 — aos 6 meses e de — .24 — aos 12 meses (Bayley, 1969).

Para o estudo da fidelidade a autora da versão original das escalas BSID optou particularmente pela avaliação da fidelidade teste-reteste, pela avaliação da fidelidade examinador-observador e pela avaliação da fidelidade através do método da divisão em duas partes iguais.

A fidelidade teste-reteste obtida com a versão original das escalas, no estudo de normalização, foi de .76 para a escala mental e de .75 para a escala motora.

A fidelidade examinador-observador, calculada com a versão original das escalas através da percentagem de concordância conseguida por dois avaliadores independentes, foi de .89 e .93, para a escala mental e motora, respectivamente.

O estudo de fidelidade através do cálculo do coeficiente *split-half* foi também efectuado, sendo que os valores obtidos com a escala original foram, respectivamente para a escala mental e motora, de .93 e .78 aos 3 meses, de .92 e .89, aos 6 meses e de .82 e .87 aos 12 meses (Bayley, 1969).

O erro padrão de medida foi igualmente calculado com a versão original das escalas, respectivamente para a escala mental e motora: 4.2 e 7.5, na idade de 3 meses, 4.7. e 5.4, na idade de 6 meses e 6.7 e 5.8 na idade de 12 meses (Bayley, 1969).

Estes estudos não puderam ser realizados com a versão traduzida das escalas, tendo em conta que não dispunhámos do número de sujeitos necessários.

No que se refere ao estudo psicométrico da versão traduzida da escala de registo do comportamento do bebé (RCB), a fidelidade dos resultados foi analisada através do método da divisão em duas partes e do método de análise da consistência interna dos itens. Os valores encontrados na avaliação dos bebés de 3 meses de idade, mencionados no quadro abaixo (ver Quadro 15) — respectivamente .83 (N=46) e .82 (N=46) —, garantem qualidade psicométrica à versão traduzida da escala de registo do comportamento do bebé. Tendo em conta que os indicadores de consistência interna são elevados, podemos concluir que todos os itens da escala são referentes a uma mesma área que é avaliada.

Quadro 15
Estudo psicométrico da versão traduzida da escala RCB:
Fidelidade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
RCB	Fidelidade	*Split-half*	**.83** (3m, N=46) (Coef. de correlação de Spearman-Brown)
		Consistência interna	**.82** (3m, N=46) (Alpha de Cronbach)

No que se refere à fidelidade teste-reteste da versão traduzida da escala de registo do comportamento do bebé RCB, alguns itens relacionados com características que são altamente influenciadas por variações desenvolvimentais entre as idades de 3

e 12 meses — como por exemplo, os itens 5, 10, 15, 16, 17, 18, 21, e 24 — não mostraram grande estabilidade ao longo do tempo nos resultados que providenciaram. No entanto, a maior parte dos resultados obtidos com os outros itens mostraram elevada fidelidade quando recolhidos com 3 meses de intervalo. Por exemplo, entre os 6 e os 12 meses de idade do bebé, os resultados nos itens 2**, 3**, 4**, 7*, 8*, 9**, 11*, 12*, 13*, 14*, 19*, 22*, 23* e 25** mostraram uma correlação positiva significativa (*p>0.05) ou muito significativa (**p>0.01) .

No que se refere à validade da versão traduzida da escala de registo do comportamento do bebé RCB (ver Quadro 16) é pertinente salientar que a validade de constructo foi estimada pela análise factorial em componentes principais dos resultados providenciados com a administração da escala. Essa análise permitiu detectar 8 factores principais (Eigenvalue > 1) que explicam 76% da variância nos resultados da administração da escala a uma amostra de bebés com 3 meses de idade (N=51).

A classificação na maior parte dos itens da escala RCB tem, por outro lado, uma correlação positiva, significativa (* p< 0.05) ou muito significativa (** p< 0.01), com o resultado do bebé nas restantes escalas de desenvolvimento mental e motor de Bayley. Particularmente, aos 12 meses de idade (N=45) verificou-se uma correlação significativa de .32*, .49**, .38*, .55**, .53**, .61**, .48**, .52**, .64**, .59**, .46**, .45**, .55**, .38*, .36*, .61**, .53**, .55**, -.50**, -.57**, respectivamente entre o item 1, o item 2, o item 3, o item 4, o item 7, o item 8, o item 11, o item 12, o item 13, o item 14, o item 15, o item 16, o item 17, o item 18, o item 19, o item 20, o item 21, o item 25, o item 26, o item 27 e o resultado bruto total do bebé nas escalas de desenvolvimento de Bayley.

A questão da validade concorrente da versão traduzida da escala RCB foi ainda abordada através do cálculo da correlação entre os resultados do bebé na escala e os resultados do bebé na versão traduzida das escalas IRS — para a situação face-a-face e para a situação alimentar — na mesma idade.

Obteve-se assim, em todas as idades consideradas, uma correlação positiva muito significativa (p< 0.01) entre a orientação social do bebé para a mãe (item 3), avaliada através da escala RCB, e a qualidade da conduta interactiva do bebé com a mãe, avaliada na mesma idade através das escalas IRSff e IRSal: — .52 — aos 3 meses, — .40 — aos 6 meses e — .41 — aos 12 meses.

Saliente-se também a existência de correlações positivas, significativas (* p< 0.05) ou muito significativas (** p< 0.01), entre a avaliação da orientação social do bebé realizada através da escala RCB — orientação para as pessoas, para o examinador e para a mãe (itens 1 a 5) — e a avaliação da qualidade da conduta do bebé na

interacção com a mãe realizada pelas escalas IRS. Por exemplo, aos 3 meses de idade do bebé, a avaliação da orientação social do bebé na escala RCB correlaciona-se com a avaliação da conduta interactiva do bebé realizada através das escalas de interacção IRS e os coeficientes encontrados são, respectivamente, para o item 1 — .30* —, para o item 2 — .43** —, para o item 3 — .52** —, para o item 4 — .38* —, e para o item 5 — .41**. Resultados semelhantes a estes foram obtidos nas avaliações realizadas aos 6 e 12 meses de idade do bebé.

A validade preditiva foi encontrada através do cálculo da correlação entre os resultados do bebé aos 3 meses de idade na versão traduzida da escala RCB e os resultados do bebé na versão traduzida da escala IRS — para a situação face-a-face e para a situação alimentar —, 9 meses mais tarde. Assim, verificou-se elevada validade preditiva do item orientação social do bebé para a mãe, dado que se obteve uma correlação positiva — .44 — altamente significativa ($p< 0.01$) entre a avaliação do bebé no referido item aos 3 meses de idade e a qualidade interactiva do mesmo com a mãe avaliada 9 meses mais tarde, na idade de 12 meses através das escalas IRSff e IRSal. Correlações semelhantes foram obtidas para os outros itens da escala.

Quadro 16
Estudo psicométrico da versão traduzida da escala RCB:
Validade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado			
RCB	Validade de constructo	Análise factorial	8 factores explicam 76% da variância dos resultados (3m, N=51)			
	Validade concorrente	Coeficiente de validade de critério (Bayley e IRS)	Bayley		(12m, N=45)	
			Item	r=	Item	r=
			1	.32	15	.46
			2	.49	16	.45
			3	.38	17	.55
			4	.55	18	.38
			5	.53	19	.36
			6	.61	20	.61
			7	.48	21	.53
			8	.52	25	.55
			11	.64	26	.50
			14	.59	27	.57
			Irs	(3m,	N=51)	
			item	r=	Item	r=
			1	.30	4	.38
			2	.43	5	.41
			3	.52		
	Validade preditiva	Coeficiente de validade de critério (IRS)	Irs (12m, N=45) Item 2, r= .44			

Apresentamos de seguida (ver Quadro 17), para cada item da escala de registo do comportamento do bebé, os valores relativos à média, desvio-padrão e percentil encontrados, na administração da versão traduzida da escala RCB aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé.

Quadro 17
Resultados: Médias, desvios-padrão, modas e percentís
Versão traduzida da escala de registo do comportamento do bebé
3, 6 e 12 meses de idade do bebé

	3 meses (N=51)	6 meses (N=47)	12 meses (N=45)
item 1			
M	5.88	6.51	6.36
SD	1.27	1.14	1.48
Moda	7	7	7
P < 25	1-4	1-5	1-4
P (25-75)	5-7	6-7	5-7
P > 75	8-9	8-9	8-9
item 2			
M	3.18	3.28	3.47
SD	0.75	0.71	0.84
Moda	3	3	3
P < 25	1-2	1-2	1-2
P (25-75)	3-4	3-4	3-4
P > 75	5	5	5
item 3			
M	3.46	3.79	4.13
SD	0.61	0.66	0.87
Moda	3	4	5
P < 25	1-2	1-2	1-2
P (25-75)	3-4	3-4	3-5
P > 75	5	5	-
item 4			
M	5.60	5.96	5.71
SD	1.54	1.32	1.79
Moda	5	7	7
P < 25	1-4	1-4	1-4
P (25-75)	5-7	5-7	5-7
P > 75	8-9	8-9	8-9
item 5			
M	4.12	4.19	4.04
SD	1.35	1.60	1.72
Moda	5	5	4
P < 25	1-2	1-2	1-2
P (25-75)	3-5	3-5	3-5
P > 75	6-9	6-9	6-9
item 6			
M	4.24	4.06	4.04
SD	1.45	1.39	1.24
Moda	3	3	3
P < 25	1-2	1-2	1-2
P (25-75)	3-5	3-5	3-5
P > 75	6-9	6-9	6-9
item 7			
M	5.52	5.87	6.20
SD	1.76	1.33	1.52
Moda	5	5	8
P < 25	1-3	1-4	1-4
P (25-75)	4-7	5-7	5-8
P > 75	8-9	8-9	9
item 8			
M	4.80	6.02	6.02
SD	1.63	1.33	1.48
Moda	7	7	7
P < 25	1-2	1-4	1-4
P (25-75)	3-7	5-7	5-7
P > 75	8-9	8-9	8-9
item 9			
M	1.94	1.96	1.96
SD	0.31	0.20	0.20
Moda	2	2	2
P < 25	1	1	1
P (25-75)	2	2	2
P > 75	-	-	-
item 10			
M	1.96	1.92	1.93
SD	0.59	0.28	0.25
Moda	2	2	2
P < 25	1	1	1
P (25-75)	2	2	2
P > 75	-	-	-

Quadro 17 (continuação)

	3 meses (N=51)	6 meses (N=47)	12 meses (N=45)
item 11			
M	3.96	5.06	4.93
SD	1.53	1.51	1.63
Moda	3	5	5
P < 25	1-2	1-3	1-3
P (25-75)	3-5	4-7	4-7
P > 75	6-9	8-9	8-9
item 12			
M	4.20	5.11	4.89
SD	1.32	1.34	1.76
Moda	3	5	3
P < 25	1-2	1-3	1-2
P (25-75)	3-5	4-6	3-7
P > 75	6-9	7-9	8-9
item 13			
M	5.22	5.81	6.11
SD	1.60	1.39	1.73
Moda	5	5	7
P < 25	1-3	1-4	1-4
P (25-75)	4-7	5-7	5-8
P > 75	8-9	8-9	9
item 14			
M	4.40	5.51	5.96
SD	1.65	1.53	1.77
Moda	4	5	7
P < 25	1-2	1-4	1-3
P (25-75)	3-5	5-7	4-7
P > 75	6-9	8-9	8-9
item 15			
M	5.06	5.66	5.67
SD	1.19	1.40	1.52
Moda	5	5	5
P < 25	1-3	1-4	1-4
P (25-75)	4-6	5-6	5-7
P > 75	7-9	7-9	8-9
item 16			
M	5.96	6.15	6.64
SD	1.86	1.52	1.75
Moda	7	7	8
P < 25	1-3	1-4	1-5
P (25-75)	4-7	5-7	6-8
P > 75	8-9	8-9	9
item 17			
M	5.56	6.09	6.40
SD	1.62	1.69	1.75
Moda	7	7	7
P < 25	1-3	1-4	1-4
P (25-75)	4-7	5-7	5-8
P > 75	8-9	8-9	9
item 18			
M	4.32	4.62	5.13
SD	1.71	1.91	2.06
Moda	3	3	5
P < 25	1-2	1-2	1-2
P (25-75)	3-6	3-6	3-7
P > 75	7-9	7-9	8-9
item 19			
M	2.64	4.60	5.42
SD	1.47	1.84	1.56
Moda	2	6	7
P < 25	1	1-2	0-3
P (25-75)	2-3	3-6	4-7
P > 75	4-9	7-9	8-9
item 20			
M	3.48	4.98	5.42
SD	1.76	1.80	1.56
Moda	2	6	7
P < 25	1	0-3	0-3
P (25-75)	2-5	4-6	4-7
P > 75	6-9	7-9	8-9

Quadro 17 (continuação)

	3 meses (N=51)	6 meses (N=47)	12 meses (N=45)
item 21			
M	4.76	5.45	5.44
SD	1.55	2.02	1.88
Moda	5	3	5
P < 25	1-3	1-2	1-3
P (25-75)	3-6	3-7	4-7
P > 75	7-9	8-9	8-9
item 22			
M	3.90	5.77	4.18
SD	2.00	2.27	2.09
Moda	2	8	2
P < 25	1	1-3	1
P (25-75)	2-5	4-8	2-5
P > 75	6-9	9	6-9
item 23			
M	3.42	3.89	3.31
SD	2.06	1.90	1.87
Moda	1	3	2
P < 25	-	1	1
P (25-75)	1-5	2-5	2-5
P > 75	6-9	6-9	6-9
item 24			
M	3.74	4.75	5.24
SD	1.93	1.73	1.98
Moda	2	5	4
P < 25	1	1-3	1-3
P (25-75)	2-5	4-6	4-7
P > 75	6-9	7-9	8-9
item 25			
M	3.06	3.57	3.71
SD	0.79	0.93	0.87
Moda	3	4	4
P < 25	1	1-2	1-2
P (25-75)	2-4	3-4	3-4
P > 75	5	5	5
item 26			
M	3.10	3.04	2.89
SD	0.79	1.06	1.51
Moda	3	3	3
P < 25	1-2	1	1
P (25-75)	3-4	2-4	2-4
P > 75	5	5	5
item 27			
M	2.96	2.96	2.80
SD	0.83	0.83	0.87
Moda	3	3	3
P < 25	1	1	1
P (25-75)	2-4	2-4	2-3
P > 75	5	5	4-5

3.2.6. Inventário Home para Crianças dos 0 aos 3 anos (Home)

Um dos instrumentos utilizados neste estudo, destinado à avaliação da interacção e dos cuidados da mãe para com o bebé, foi uma tradução para português, que nós próprios elaborámos para o efeito (veja o Anexo VII), do Inventário Home de Bradley e Caldwell (1984) para crianças dos 0 aos 3 anos (*Home Inventory for Families of Infants and Toodlers*, Home).

Este inventário serve para apreciar a qualidade dos cuidados dispensados pela família ao bebé. Trata-se de um conjunto de 45 itens de resposta Sim/Não — e classificação 1 ou 0 — que são preenchidos com base na entrevista com a mãe e na observação do meio-ambiente de casa da criança.

Os itens organizam-se em 5 sub-escalas, que são as seguintes:

sub-escala I — resposta emocional e verbal da mãe

sub-escala II — aceitação do comportamento da criança

sub-escala III — organização do meio-ambiente físico e temporal

sub-escala IV — provisão de material de jogo apropriado

sub-escala V — envolvimento da mãe com a criança

sub-escala VI — oportunidades de variedade na estimulação diária.

Administrado no contexto de variadíssimos estudos empíricos conduzidos em diferentes países, o *"inventário Home provou ser um meio muito adequado para sumariar a qualidade do meio-ambiente de casa e mostrou ser um instrumento capaz de discriminar as famílias que cuidam adequadamente das crianças das famílias que não o fazem"* (Puckering et al., 1995, p. 575). O inventário Home mostrou ainda ser um dos preditores mais eficazes da qualidade do desenvolvimento posterior do indivíduo — em particular do desenvolvimento cognitivo e verbal da criança ao longo dos primeiros anos de vida (Molfese, DiLalla, Lovelace, 1996) —, razões que presidiram à selecção deste instrumento de avaliação para se tornar parte integrante do estudo que agora descrevemos.

O coeficiente produto-momento de Pearson permitiu estudar a fidelidade teste-reteste dos resultados obtidos com o inventário Home. Foi estimado com o inventário original sobre uma amostra de 91 crianças com idades entre os 6 e os 12 meses. O valor encontrado para a escala total foi de — .62 —; e, para as diferentes sub-escalas do inventário conseguiram-se os valores de correlação seguintes: sub-escala I — .32 —, sub-escala II — .29 —, sub-escala III — .45 —, sub-escala IV — .40 —, sub-escala V — .47 — e sub-escala VI — .62 — (Caldwell & Bradley,1984).

Esse coeficiente foi igualmente estimado para a versão traduzida do inventário, sobre uma amostra de 46 crianças, entre as idades de 3 e 6 meses e sobre uma amostra de 45 crianças, entre as idades de 6 e 12 meses. Quando se comparou a cotação no inventário entre as idades de 3 e 6 meses e entre as idades de 6 e 12 meses do bebé, os valores de correlação obtidos foram respectivamente, na sub-escala I — .45 e .38 —, na sub-escala II — .56 e .52 —, na sub-escala III — .63 e .74 —, na sub-escala IV — .58 e 1 —, na sub-escala V — .52 e .51 —, na sub-escala VI — .38 e .41. No estudo psicométrico realizado com a versão traduzida do inventário Home os valores de correlação teste-reteste encontrados, referentes ao resultado total do inventário, foram também altamente significativos, sendo respectivamente de — .83 — entre as avaliações de 3 e 6 meses e de — .79 — entre as avaliações de 6 e 12 meses ($p< 0.001$). Todos estes valores de correlação teste-reteste são superiores aos que foram obtidos com a

versão original da escala e garantem a estabilidade dos resultados obtidos com a versão traduzida do inventário Home.

Do estudo psicométrico do inventário levado a efeito pelos autores do mesmo, salienta-se ainda que a fidelidade — estimada através da análise da consistência interna dos itens calculada pelo coeficiente de Kuder-Richardson sobre uma amostra de 174 casos — foi de .89 para a escala total, e, para as diferentes sub-escalas do inventário, respectivamente de: .72 para a sub-escala I, .67 para a sub-escala II, .89 para a sub-escala III, .77 para a sub-escala IV, .69 para a sub-escala V e .44 para a sub-escala VI (Caldwell & Bradley, 1984).

Num estudo que elaborámos da versão traduzida do inventário para uma amostra de 263 crianças residentes na Cidade do Porto, com idades compreendidas entre os 3 e os 36 meses (52 sujeitos de 3, 53 sujeitos de 6, 54 sujeitos de 12, 18 sujeitos de 18, 40 sujeitos de 24, 6 sujeitos de 30 e 41 sujeitos de 36 meses de idade), de ambos os sexos (52% meninos e 47% meninas) e distribuídas por cinco níveis sócio-económicos (16 % de classe alta, 23% de classe média-alta, 41% de classe média, 18% de classe baixa, 2% de classe muito baixa), investigámos algumas características psicométricas da versão traduzida do inventário Home. O coeficiente de Kuder-Richardson foi calculado e a consistência interna dos itens na escala total definiu-se por um coeficiente de .81 ($p< 0.001$), valor que pode ser considerado muito significativo, dado que é bastante superior ao valor limite de .70.

A fidelidade dos resultados proporcionados pelo inventário foi ainda apreciada através do método da divisão em duas partes, sobre uma amostra de 50 famílias de bebés com 3 meses de idade a quem se administrou a versão traduzida do inventário. O valor de correlação encontrado para a escala total — .78 — garante igualmente boa fidelidade nos resultados da versão traduzida, dado que é igualmente superior a .70.

O quadro da página seguinte sistematiza os resultados encontrados no estudo da fidelidade da versão traduzida do inventário Home (ver Quadro 18). Da leitura do mesmo, podemos concluir que, tendo em conta que os indicadores de estabilidade e consistência interna são elevados, todos os itens do inventário são referentes a um mesmo domínio de estudo. Dado que a fidelidade teste-reteste é alta, conclui-se igualmente a respeito da estabilidade dos resultados obtidos com o questionário Home em sucessivas avaliações ao longo do tempo.

Quadro 18
Estudo psicométrico da versão traduzida do inventário Home:
Fidelidade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
Home	Fidelidade	Teste-reteste (3-6m) (6-12m)	**.83** (N=46) **.79** (N=45) (Coef. de correlação de Pearson)
		Split-half	**.78** (3m, N=51) (Coef. de correlação de Spearman-Brown)
		Consistência interna	**.81** (3-12m, N=263) (Coef. de correlação Kuder-Richardson)

Procurámos também formular alguns juízos acerca da validade da versão traduzida do inventário Home, pelo que avaliámos a validade interna e a validade externa — concorrente e preditiva — do mesmo.

Através do método das percentagens de acerto, entre o grupo dos 27% superiores e o grupo dos 27% inferiores, averiguou-se acerca do poder discriminativo dos itens da versão traduzida do inventário, e, consequentemente, acerca da validade interna dos mesmos. Todos os itens são válidos internamente, na medida em que discriminam os sujeitos do grupo superior e do grupo inferior, no mesmo sentido em que a escala total o faz. No que se refere aos itens que compõem cada sub-escala, verificou-se também o elevado poder discriminativo dos mesmos, dado que os índices fornecidos indicam coeficientes de correlação positivos e significativos entre os resultados obtidos em cada item e o resultado obtido na sub-escala de que o item faz parte.

Da análise factorial em componentes principais que realizamos, emergiram 15 factores principais (Eigenvalue > 1) que explicam 82% da variância nos resultados obtidos com a administração do inventário Home a 51 famílias, aos 3 meses de idade do bebé.

No estudo psicométrico realizado com a versão traduzida do inventário Home encontrou-se igualmente correlações positivas e significativas entre os resultados obtidos em cada uma das sub-escalas e o resultado quando se teve em conta o inventário como um todo. As correlações entre os resultados em cada uma das sub-escalas e o resultado total no inventário foram as seguintes: — .43 — para a sub-escala I, — .66 — para a sub-escala II, — .65 — para a sub-escala III, — .78 — para a sub-escala IV, — .71 — para a sub-escala V e — .55 — para a sub-escala VI. Tal significa que todas as

sub-escalas contribuem positiva e efectivamente para o resultado total do inventário, confirmando a validade interna do mesmo.

Concluímos, tendo em conta os indicadores agora assinalados, que os resultados proporcionados por este instrumento providenciam uma boa medida para o constructo que está a ser avaliado.

Se o inventário Home avalia, tal como o intenta, a qualidade dos cuidados que são prestados pela mãe ao bebé, é suposto que o resultado neste instrumento se correlacione positiva e significativamente com outras medidas destinadas a avaliar a qualidade dos cuidados prestados, como seja a qualidade da interacção proporcionada pela mãe ao bebé. E, com efeito, constata-se, como o veremos já de seguida, que o resultado no inventário Home — principalmente nas sub-escalas I, II e IV que se referem mais propriamente à qualidade da acção da mãe para com o bebé — está altamente correlacionado ($p< 0.001$) com a qualidade da conduta interactiva da mãe para com o bebé, tal como pode por exemplo ser avaliada através das escalas de interacção IRS.

Um dos critérios utilizados para avaliar a validade externa do inventário foi a idade, o nível sócio-económico da família e o nível sócio-profissional da mãe. O resultado da escala total apresentou uma correlação altamente significativa ($p< 0.001$), com a idade do bebé (.55), com o nível sócio-económico da família (.66) e com o nível sócio-profissional da mãe (.72), mostrando que os resultados no inventário aumentam com a idade, assim como aumentam com o NSE da família, avaliado através da escala de Graffar, e com o nível sócio-profissional das mães, testemunhando a elevada sensibilidade do inventário às variações de idade, de nível sócio-económico e de nível sócio-profissional.

Um outro critério que utilizámos para estudar a validade externa do inventário Home foi a qualidade da conduta interactiva da mãe, na situação face-a-face, tal como pode ser encontrada através da escala IRS. Os coeficientes de correlação encontrados entre a avaliação dos cuidados maternos através do inventário Home e a avaliação da conduta interactiva materna através da escala IRS são muito significativos a saber: — .36 — ($p< 0.05$) na avaliação dos 3 meses, — .61 — na avaliação dos 6 meses ($p< 0.001$) e — .58 — na avaliação dos 12 meses ($p< 0.001$).

Na administração do inventário Home aos 3 meses de idade do bebé, verificou-se que a avaliação da resposta emocional e verbal da mãe (sub-escala I) possibilitada pelo inventário se correlacionava de modo positivo e significativo — .40 — ($p< 0.01$) com a avaliação, na mesma idade, da conduta materna na interacção face-a-face com o bebé através da escala IRS. O mesmo sucedeu com as restantes sub-escalas do inventário Home, nomeadamente com a sub-escala que se refere ao envolvimento da

mãe, o resultado na qual mostrou igualmente ter uma correlação positiva significativa — .43 ($p< 0.01$) — com a avaliação IRS, na mesma altura, da conduta materna na interacção face-a-face com o bebé (ver Quadro 19).

Aos 6 e 12 meses de idade do bebé, os coeficientes de validade de critério calculados entre os resultados Home e IRS foram ainda superiores aos que acabámos de referir para a avaliação dos 3 meses (ver Quadro 19).

Finalmente, a respeito da validade preditiva, assinale-se que o resultado total do questionário Home administrado aos 3 meses de idade do bebé permite prever alguns resultados relativos ao comportamento da mãe, meses mais tarde, dado que esse resultado se de forma correlaciona positiva e altamente significativa ($p< 0.001$) com os resultados da mãe, 12 meses depois do parto, no que se refere à preocupação materna, avaliada pelo questionário QMAC — .53 —, e no que se refere à qualidade da conduta interactiva materna, avaliada pelas escalas IRS para a situação face-a-face — .65 — e alimentar — .59.

Quadro 19
Estudo psicométrico da versão traduzida do inventário Home:
Validade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado		
Home	Validade de constructo	Análise factorial	15 factores que explicam 82% da variância (3m, N=51)		
		Método das percentagens de acerto	100% (3m, N=51)		
	Validade concorrente	Coeficiente de validade de critério (IRSmff)	Irsmff 3m (N= 51) **.36**	6m (N=46) **.61**	12m (N=45) **.58**
	Validade preditiva	Coeficiente de validade de critério (QMAC e IRSm)	Qmac (12m, N=45) **.53**	Irsmff (12m, N=45 **.65**	Irsmal (12m, N=45) **.59**

Para itens dicotómicos, como é o caso dos itens do inventário Home, o coeficiente de correlação utilizado para se calcular o poder discriminante dos itens é o coeficiente de correlação ponto-bisserial. Os coeficientes de correlação encontrados com cada item do inventário (ver Quadro 20) certificam que a cotação do sujeito no item se relaciona com o resultado total, pelo que se conclui que item e instrumento se reportam à mesma dimensão avaliada.

Para além do mais, todas as sub-escalas têm também uma correlação positiva altamente significativa ($p< 0.001$) com o resultado total na administração que fizemos do inventário Home aos 3 meses de idade do bebé (N=51), o que reitera a afirmação anterior.

Quadro 20
Estudo psicométrico da versão traduzida do inventário Home:
Análise dos itens (3m, N=51)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado			
			Item	rpb	Item	rpb
Home	Poder discriminante dos itens	Correlação item-escala (Coeficiente de correlação ponto-bisserial)	1	.05	24	.37
			2	.56	25	.45
			3	.09	26	.61
			4	.07	27	.38
			5	.31	28	.05
			6	.17	29	.48
			7	.06	30	.35
			8	.41	31	.38
			9	.38	32	.18
			10	.21	33	.22
			11	.38	34	.50
			12	.15	35	.19
			13	.45	36	.44
			14	.14	37	.55
			15	.09	38	.43
			16	.37	39	.37
			17	.29	40	.36
			18	.42	41	.23
			19	.16	42	.05
			20	.05	43	.12
			21	.11	44	.02
			22	.28	45	.25
			23	.43		
	Poder discriminante das sub-escalas	Correlação sub-escala -escala total	sub-escala		r=	
			I		.52	
			II		.57	
			III		.61	
			IV		.81	
			V		.79	
			VI		.48	

Os quadros seguintes apresentam os resultados obtidos na administração da versão original e da versão traduzida do inventário Home (ver Quadros 21 e 22). Os resultados conferidos pela versão traduzida do inventário Home podem ser comparados com os resultados obtidos com a versão original. Tais resultados — médias, desvios-padrão e percentís — são apresentados, em cada idade, para cada sub-escala e para a escala total.

Assim sendo, dispomos de valores padrão — relativos às sub-escalas e à escala total — que encontramos com a administração da versão traduzida do inventário Home a uma amostra de mães com bebés com 3 meses (N=51), 6 meses (N=46) e 12 meses (N=45) de idade.

Note que não se observaram diferenças significativas entre os dois sexos, no que se refere aos resultados na escala total e nas diferentes sub-escalas, no estudo que fizemos da versão traduzida do inventário Home.

Quadro 21
Resultados: Médias e desvios-padrão
Versão original e versão traduzida do Inventário Home
3, 6 e 12 meses de idade do bebé

	Versão Original		Versão Traduzida		
	6m	12m	3m (N=51)	6m (N=46)	12m (N=45)
EscalaTotal					
M	28.49	30.85	30.04	31.20	34.24
SD	6.59	7.59	4.92	4.85	4.96
Sub-escala I					
M	7.60	8.02	9.42	10.04	10.29
SD	2.40	2.18	1.47	1.03	1.04
Sub-escala II					
M	5.91	5.29	6.32	6.11	5.78
SD	1.37	1.62	1.13	1.04	1.13
Sub-escalaIII					
M	4.62	4.89	4.82	4.96	5.18
SD	1.14	1.17	1.21	0.99	1.01
Sub-escalaIV					
M	5.04	6.36	4.20	6.37	6.38
SD	2.29	2.37	1.73	2.21	2.23
Sub-escalaV					
M	3.01	3.32	2.94	2.83	3.36
SD	1.60	1.59	1.36	1.10	0.83
Sub-escalaVI					
M	2.25	2.97	2.34	2.46	2.98
SD	1.06	1.14	0.80	0.94	1.08

Quadro 22
Resultados: Percentis
Versão original e versão traduzida do inventário Home
0-12/24 meses

	Versão Original (0-24m)	Versão Traduzida (0-12m)
Escala Total		
P < 25	0-25	0-27
P (25-75)	26-36	28-37
P > 75	37-45	38-45
Sub-escala I		
P < 25	0-6	0-8
P (25-75)	7-9	9-10
P > 75	10-11	11
Sub-escala II		
P < 25	0-4	0-5
P (25-75)	5-6	6-7
P > 75	7-8	8
Sub-escala III		
P < 25	0-3	0-3
P (25-75)	4-5	4-5
P > 75	6	6
Sub-escala IV		
P < 25	0-4	0-3
P (25-75)	5-7	4-7
P > 75	8-9	8-9
Sub-escala V		
P < 25	0-2	0-1
P (25-75)	3-4	2-4
P > 75	5-6	5-6
Sub-escala VI		
P < 25	0-1	0-1
P (25-75)	2-3	2-3
P > 75	4-5	4-5

3.2.7. Questionário para a avaliação da Adaptação Mãe-bebé durante o Primeiro Ano de Vida (QMAC)

A fim de estimar o estado de bem-estar do bebé durante o primeiro ano de vida, administramos uma versão abreviada e traduzida do Questionário de avaliação da Adaptação Mãe-bebé durante o Primeiro Ano de Vida (*Questionnaire d'Adaptation Mère-Enfant pour la Première Année*) de Lézine (1964). Usamos apenas as primeiras duas partes deste questionário, numa versão adaptada por nós e que nos pareceu de mais fácil preenchimento do que a versão original (ver Anexo VII).

Este questionário destinou-se a avaliar os dois aspectos a seguir enunciados: a) as dificuldades de adaptação do bebé, tal como são apresentadas pela mãe, em diversos domínios do comportamento do bebé: alimentação, sono, asseio, saúde, choro e mobilidade (Parte I); b) a reacção da mãe a essas dificuldades do bebé, nas suas dimensões de tolerância e preocupação (Parte II).

O questionário é constituído por 27 itens e é atribuída uma nota máxima (1, 2 ou 3) caso o comportamento evocado no item seja muito frequente, uma nota que corresponde a metade da nota máxima caso o comportamento seja mais raro (0.5, 1 ou 1.5) e a nota 0 caso o comportamento seja inexistente. Os resultados variam entre o valor mínimo de 0 e o valor máximo de 26 na primeira parte do questionário, e variam entre o valor mínimo de 0 e o valor máximo de 27 na segunda parte do questionário.

Originalmente aferido com base nas respostas dadas por 199 mães de bebés com idades compreendidas entre os 0 e 1 ano, o resultado mediano no questionário, encontrado após administração da parte relativa às dificuldades do bebé, foi de 5 pontos — sendo de 3 para o percentil inferior e de 7 para o percentil superior. Para a parte do questionário que se refere à mãe, o resultado mediano foi de 7, sendo de 4 para o percentil inferior e de 10 para o percentil superior (Lézine, 1964). Não é do nosso conhecimento que mais estudos relativos às características psicométricas da versão original do questionário QMAC tenham sido publicados.

No estudo que elaboramos da versão traduzida e transformada do questionário QMAC, sobre as respostas dadas por 51 mães sucessivamente avaliadas em três idades diferentes dos bebés (aos 3, 6 e 12 meses), obtivemos os valores de média, de desvio-padrão e de percentil que o quadro da página seguinte mostra (ver Quadro 23).

Quadro 23
Resultados: Médias, desvios-padrão e percentís
Versão traduzida do QMAC
3, 6 e 12 meses do bebé

	3 meses (N=51)	6 meses (N=46)	12 meses (N=45)
Parte I			
M	6.46	9.97	6.98
SD	3.30	2.65	3.09
P < 25	<3	<8	<5
P (25-75)	3-9	8-12.5	5-9.5
P > 75	>9	>12.5	>9.5
Parte II			
M	16.98	12.87	16.14
SD	4.45	4.71	3.85
P < 25	<12	<10.5	<13
P (25-75)	12-20	10.5-16	13-19.5
P > 75	>20	>16	>19.5

Avaliámos a consistência interna dos itens da versão traduzida do questionário (ver Quadro 24) e obtivemos um coeficiente alpha de ..72 e .76 (N=51), respectivamente para cada uma das duas partes do questionário, após administração do mesmo a uma amostra de 51 mães com bebés de 3 meses de idade. Os valores de correlação obtidos para o estudo da fidelidade pelo método da divisão em duas partes foram respectivamente de .60 para a parte I e de .71 para a parte II do questionário QMAC, na administração do mesmo às mães 3 meses depois do parto. Podemos concluir que, tendo em conta que os indicadores de consistência interna são moderadamente elevados, todos os itens de cada uma das partes do questionário QMAC são referentes a um mesmo domínio psicológico — respectivamente, dificuldades de desenvolvimento do bebé e preocupação materna — que essa parte avalia. No entanto, não é suposto que a presença de uma dificuldade relativa a uma área comportamental específica, por exemplo, implique a presença de dificuldades noutras áreas igualmente específicas, donde que a consistência interna seja apenas moderada.

A fidelidade teste-reteste foi igualmente estimada, pela correlação entre os resultados obtidos em cada uma das partes do questionário QMAC na administração do mesmo aos 3 e 6 meses e aos 6 e 12 meses de idade do bebé. Note que, tal como pode concluir da leitura do quadro seguinte, os valores de correlação obtidos com a parte I do questionário (respectivamente, .31 e .38), e dado que se referem a dimensões relativamente instáveis dos indivíduos — dificuldades comportamentais do bebé —, são bastante menos elevados do que os valores de correlação obtidos com dimensões mais estáveis do indivíduo, como seja a preocupação da mãe para com as dificuldades do bebé, avaliada pela parte II do questionário (respectivamente, .61 e .68). Dado que a fidelidade teste-reteste da parte I do questionário é moderada, conclui-se uma moderada estabilidade dos resultados relativos à mesma, e dado que a

fidelidade teste-reteste da parte II do questionário é alta, conclui-se uma boa estabilidade dos resultados relativos à mesma.

Em conjunto, estes três indicadores, mencionados no quadro abaixo (ver Quadro 24), garantem-nos boa fidelidade nos resultados providenciados pela versão traduzida e modificada do questionário QMAC.

Quadro 24
Estudo psicométrico da versão traduzida do questionário QMAC:
Fidelidade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
QMAC	Fidelidade	Teste-reteste (3-6m) (6-12m)	Parte I: **.31** (N= 45) **.38** (N= 45) Parte II: **.61** (N= 45) **.68** (N= 45) (Coef. de correlação de Pearson)
		Split-half	Parte I: **.60** (3m, N=51) Parte II: **.71** (3m, N=51) (Coef. de correlação de Spearman-Brown)
		Consistência interna	Parte I: **. 72** (3m, N=51) Parte II: **.76** (3m, N=51) (Alpha de Cronbach)

O estudo da validade da versão traduzida do QMAC comportou uma análise factorial em componentes principais dos resultados da administração da escala a uma amostra de 51 mães com bebés de 3 meses de idade. Esta análise permitiu concluir que, no que se refere à Parte I deste questionário, a variância observada nos resultados pode ser explicada por 3 factores principais (Eigenvalue> 1) que por si só são responsáveis por 68% da variância observada nos resultados; enquanto que na Parte II do mesmo a variância dos resultados pode ser explicada por 2 factores principais (Eigenvalue> 1) que são responsáveis por uma variância acumulada de 54%.

O valor de correlação encontrado entre a administração de cada uma das duas partes do questionário é de — -.30 — ($p< 0.05$) aos 3 meses, de — -.18 — aos 6 meses e de — -.24 — aos 12 meses, o que nos indica que as dimensões avaliadas em cada uma das partes são dimensões relativamente independentes.

Estudou-se ainda a validade externa da versão traduzida do questionário QMAC, o que efectuámos através do cálculo da correlação entre os resultados da parte I do questionário e os resultados do bebé nas escalas IRS e RCB e entre os resultados da parte II do questionário e os resultados da mãe na administração das escalas IRS.

Verificou-se, por exemplo, aos 12 meses de idade, uma correlação negativa altamente significativa ($p< 0.01$) entre o resultado do bebé relativo à parte I do questionário QMAC e a avaliação da conduta interactiva do bebé através das escalas IRS (-.41), assim se verificaram correlações altamente significativas ($p< 0.01$) entre o resultado do bebé na parte I do questionário QMAC e a avaliação da conduta do bebé nos itens 1 (.42), 3 (-.49), 4 (-.53), 5 (.39), 6 (.50), 7 (-.38), 8 (-.34), 10 (-.31), 13 (-.35), 15 (-.40), 16 (-.41), 17 (-.39), 20 (.-34), 22 (-.30) e 24 (-.49) da escala RCB.

Observou-se ainda uma correlação positiva altamente significativa ($p< 0.001$) entre os resultados da mãe na parte II do questionário QMAC e os resultados da mãe na administração das escalas IRS em todas as idades, particularmente aos 3 meses de idade — .57 —, aos 6 meses de idade —.49— e, aos 12 meses de idade do bebé — .61. Também se encontrou uma correlação positiva significativa entre os resultados da mãe na parte II do questionário QMAC e os resultados da mãe no inventário Home, a qual foi, por exemplo aos 6 meses de idade, de — .40 ($p< 0.01$), e aos 12 meses de idade, de .53 — ($p< 0.001$).

Refira-se finalmente que o questionário mostrou ter uma boa validade preditiva, dado que a presença precoce de dificuldades de desenvolvimento do bebé parece antever dificuldades no relacionamento do bebé com a mãe. Com efeito, a avaliação referente às dificuldades do bebé na parte I do questionário QMAC administrado aos 3 meses correlaciona-se de modo negativo e altamente significativo — -.61 e .55 — ($p< 0.001$) com a qualidade da interacção mãe-bebé que pode ser observada, 9 meses mais tarde, aos 12 meses de idade do bebé, respectivamente na situação de face-a-face e de alimentação. A presença de uma elevada preocupação materna aos 3 meses de idade do bebé, permite, por sua vez, garantir a presença de uma acção interactiva mais adequada por parte da mãe, por exemplo na avaliação através das escalas IRS 9 meses mais tarde (.44), o que igualmente se refere à validade preditiva do questionário QMAC.

Assim, valores que encontrámos no estudo psicométrico do questionário QMAC e mencionamos no quadro da página seguinte (ver Quadro 25), garantem validade externa à versão traduzida do questionário QMAC. Conclui-se que este instrumento permite tirar conclusões correctas a respeito da posição do indivíduo em relação aos critérios considerados em cada uma das partes.

Quadro 25
Estudo psicométrico da versão traduzida do questionário QMAC:
Validade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
QMAC	Validade de constructo	Análise factorial	Parte I: **3** factores que ex-plicam **68%** da variância (3m, N=51) Parte II: **2** factores que ex-plicam **54%** da variância (3m, N=51)
	Validade concorrente	Coeficiente de validade de critério (IRS, RCB e Home)	Parte I: IRSbff (6 m) **.41** RCB Item (6 m) r= 1 **.42** 3 **-.49** 4 **-.53** 5 **.39** 6 **.50** 7 **-.38** 8 **-.34** 10 **-.31** 13 **-.35** 15 **-.40** 16 **-.41** 17 **-.39** 20 **-.34** 22 **-.30** 24 **-.49** Parte II: IRSmff (3, 6 e 12 m) **.57, .49** e **.61.** Home (6 m): **. 40** (Coefs. Correlação de Pearson) Parte I (3m, N=51): IRSff12m — **-.41** IRSbal12m — **-.55** (Coefs. Correlação de Pearson)
	Validade Preditiva	Coeficiente de Validade de Critério (RCB e IRS)	Parte II (3m, N=51): IRSmff 12m — **.44** (Coefs. Correlação de Pearson)

No que se refere agora à análise dos itens do questionário QMAC, considere-se que os resultados da correlação item-escala total que se encontram no quadro seguinte permitem-nos concluir que todos os itens do questionário QMAC discriminam consistentemente os sujeitos da mesma forma que o discrimina cada parte do questionário como um todo, muito embora alguns itens contribuam mais do que outros para o resultado em cada uma das partes do questionário (ver Quadro 26).

Quadro 26
Estudo psicométrico da versão traduzida do questionário QMAC:
Análise dos itens (3m, N=51)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado			
			Parte I:		Parte II:	
			Item	r=	Item	r=
QMAC	Poder Discriminante dos Itens	Correlação item-escala	1	**.72**	1	**.63**
			2	**.75**	2	**.43**
			3	**.36**	3	**.48**
			4	**.38**	4	**.48**
			5	**.67**	5	**.72**
			6	**.25**	6	**.64**

3.2.8. Escalas de Avaliação da Interacção Mãe-bebé de Field (IRS)

Utilizou-se uma tradução portuguesa por nós elaborada (ver Anexo IX) das Escalas para a Avaliação da Interacção Mãe-bebé propostas por Field (1980) (*Interaction Rating Scales,* IRS): a escala construída para a avaliação das interacções mãe-bebé em situação de face-a-face *(Face-to-Face Interactions)* e a escala construída para a avaliação das interacções mãe-bebé em situação alimentar *(Feeding Interactions).*

Trata-se de duas escalas para a observação e avaliação da interacção mãe-bebé que se preenchem no final da sessão de visionamento do registo *video* da interacção mãe-bebé, efectuado, no presente estudo, em casa da família. O período de registo é de 5 a 8 minutos para cada uma das situações assinaladas.

A escala para a situação face-a-face (IRSff) comporta 7 itens que se referem à conduta do bebé e 10 itens que se referem à conduta da mãe. Cada item comporta uma graduação e é classificado em três pontos (1, 2 e 3), pelo que os resultados variam entre os valores mínimo de 7 e máximo de 21 para o bebé e entre os valores mínimo de 10 e máximo de 30 para a mãe. Quanto mais elevada é a classificação de cada sujeito — mãe e bebé — na escala, melhor é a qualidade da sua conduta interactiva, pelo que a qualidade da interacção mãe-bebé pode ser estimada pela grandeza da soma dos resultados obtidos pela mãe e pelo bebé

A escolha para o nosso estudo da situação de face-a-face prende-se com o facto de a maior parte das mães estabelecer esta situação, que parece ser a mais típica para a interacção e comunicação com o bebé, sobretudo quando o bebé é ainda pequeno. Com efeito, sempre que os pais pretendem chamar sobre si a atenção do bebé, para começar a brincar e a comunicar com ele, têm por hábito trazer o bebé à linha média, por forma a proporcionar o contacto ocular mútuo, estabelecendo assim a situação de face-a-face, na qual os bebés pequenos estão tipicamente mais alerta (e.g. Field, 1990).

A escala para a situação alimentar (IRSal) comporta 5 itens que se referem à conduta do bebé e 9 à conduta da mãe, pelo que os resultados variam respectivamente entre os valores 5 e 15 para o bebé e 9 e 27 para a mãe, dado que cada item pode ser classificado em 1, 2 ou 3. Quanto mais elevada é a classificação do sujeito — mãe e bebé — na escala, melhor é a qualidade da sua conduta interactiva, pelo que a qualidade da interacção mãe-bebé pode ser estimada pela grandeza da soma dos resultados obtidos pela mãe e pelo bebé .

Na situação alimentar, a interacção mãe-bebé tal como pode ser observada, é muito reveladora do grau de adaptação que existe na díade, dado que se exige a colaboração efectiva de ambos os parceiros na realização de um objectivo comum (Missio, Botet, Costas, & Deulofeu, 1995). Assim, a sintomatologia psicopatológica precoce, resultante do desequilíbrio interactivo, ocorre com frequência nesta situação interactiva (e.g., anorexia do bebé) e numerosos estudos levados a cabo sobre a qualidade da interacção alimentar verificaram a sua elevada relação com a realização da criança avaliada anos mais tarde (e.g., Sharp et al., 1995).

Trata-se, por outro lado, sobretudo durante o primeiro semestre de vida, da situação mais fácil de ser observada e, provavelmente aquela que ocupa a maior parte do tempo total da interacção mãe-bebé (Missio et al., 1995).

Para além do mais, durante a amamentação, as mães passam cerca de 70% do tempo a olhar para o bebé, pelo que, pelo menos durante os primeiros meses de vida, esse é o momento em que o bebé tem maior probabilidade de olhar para a face da mãe e, especialmente, para os seus olhos. Ora nós sabemos da importância do contacto ocular mútuo para a comunicação, para a formação do vínculo afectivo e para a constituição de uma imagem de si por parte do bebé (e.g., Lebovici, 1983).

Estas foram as principais razões que presidiram à escolha desta situação de observação para o nosso estudo.

No estudo psicométrico das escalas IRS para a situação face-a-face e alimentar efectuamos as *démarches* que descrevemos a seguir.

Avaliámos a fidelidade dos resultados encontrados na administração das escalas IRS — para a situação alimentar e para a situação de face-a-face — a 51 díades mãe-bebé aos 3 meses de idade do bebé (ver Quadro 27).

A fidelidade dos resultados obtidos com a versão traduzida das escalas foi inicialmente estudada através do método de teste-reteste. Encontrou-se um coeficiente de correlação de .56 e de .62 no que se refere à conduta interactiva do bebé avaliada através da escala IRSff e um coeficiente de correlação de .53 e de .60 no que se refere à conduta interactiva do bebé avaliada através da escala IRSal, nas duas administrações sucessivas que fizemos das escalas, respectivamente, aos 3 e aos 6 meses de idade do bebé (N=46), aos 6 e aos 12 meses de idade do bebé (N=45). Encontrou-se ainda um coeficiente de correlação de .70 e de .77 para a escala IRSff e de .54 e .63 para a escala IRSal, no que se refere à conduta interactiva da mãe, coeficientes esses calculados sobre o mesmo número de sujeitos entre os resultados das três administrações das escalas, aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé. Tais coeficientes permitem concluir quanto à estabilidade dos resultados providenciados através da versão traduzida das escalas IRS.

A fidelidade das escalas foi igualmente apreciada através do método da divisão em duas partes. Os valores de correlação encontrados foram de .82 e .87, respectivamente para a avaliação da mãe e do bebé aos 3 meses de idade através da escala IRS para a situação alimentar (N=51), e de .90 e .86 , respectivamente para a avaliação da mãe e do bebé aos 3 meses de idade através da escala IRS para a situação face-a-face (N=51).

Para estimar a consistência interna dos itens das versões traduzidas das escalas IRS, calculamos ainda os coeficientes alpha respectivos. Os valores encontrados foram os seguintes: .87 e .82 — respectivamente para a avaliação do bebé aos 3 meses de idade e para a avaliação da mãe três meses após o parto através da escala IRS para a situação alimentar (N=51) — .85 e .91 — respectivamente para a avaliação do bebé aos 3 meses de idade e para a avaliação da mãe três meses após o parto através da escala IRS para a situação face-a-face (N=51). Tendo em conta que os indicadores de consistência interna acima referidos são elevados, podemos concluir acerca da elevada homogeneidade dos itens das escalas de interacção IRS, quer para a situação alimentar quer para a situação de face-a-face, relativamente ao comportamento da mãe e do bebé.

A avaliação da fidelidade dos resultados da versão original da escala IRS não foi feita pela autora da escala, o que nos impede de tecer comparações. No entanto, os coeficientes mencionados para as versões traduzidas das escalas IRS que apresentamos resumidamente no quadro seguinte fornecem boa garantia de fidelidade para o instrumento agora analisado (ver Quadro 27).

Quadro 27
Estudo psicométrico da versão traduzida das escalas IRS:
Fidelidade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado mãe	Resultado bebé
IRS ff	Fidelidade	Teste-reteste (3-6m) (6-12m) (Coef. de cor. de Pearson)	.70 .77 (N=45)	.56 .62 (N=45)
		Split-half (Coef. de cor. de Spearman-Brown)	.90 (3m, N=51)	.86 (3m, N=51)
		Consistência interna (Alpha de Cronbach)	.91 (3m, N=51)	.85 (3m, N=51)
IRS af		Teste-reteste (3-6m) (6-12m) (Coef. de correlação de Pearson)	.54 .63 (N=45)	.53 .60 (N=45)
		Split-half (Coef. de cor. de Spearman-Brown)	.82 (3m, N=51)	.87 (3m, N=51)
		Consistência interna (Alpha de Cronbach)	.82 (3m, N=51)	.87 (3m, N=51)

A validade externa de cada uma das escalas de interacção IRS pôde ser estudada através da correlação entre os resultados que fornece e os resultados que são obtidos através da outra escala. Os coeficientes de correlação assim calculados — entre os resultados da mãe na escala IRSff e os resultados da mãe na escala IRSal, bem como entre os resultados do bebé na escala IRSff e os resultados do bebé na escala IRSff —, são bastante elevados o que garante que as dimensões avaliadas por estas duas escalas se reportam a um mesmo constructo psicológico.

Aos 12 meses de idade, a correlação entre a avaliação da qualidade da conduta interactiva da mãe — através da escala para a situação face-a-face e da escala para a situação alimentar — é de .69 ($p< 0.001$), aos 6 meses é de .53 ($p< 0.001$) e aos 3 meses de .49 ($p< 0.001$). Também 12 meses após o parto, a correlação entre a avaliação da qualidade da conduta interactiva do bebé — através da escala para a situação face-a-face e da escala para a situação alimentar — é de .62 ($p< 0.001$), aos 6 meses é de .51 ($p< 0.001$) e aos 3 meses de .33 ($p< 0.05$).

Para estudar a validade concorrente das escalas IRS, procurou-se igualmente avaliar a correlação entre a avaliação da conduta interactiva da mãe realizada nas escalas IRS, quer na situação face-a-face quer na situação alimentar, e a avaliação da conduta da mãe através do inventário Home. Três meses após o parto, a avaliação da qualidade da conduta interactiva da mãe realizada através da escala IRSff correlaciona-se positiva e significativamente com a avaliação da qualidade dos cuidados maternos realizada através do inventário Home — .36 ($p< 0.05$) —, o mesmo se verificando aos 6 meses de idade do bebé — .61 ($p< 0.001$)— e aos 12 meses de idade do bebé — .58 ($p< 0.001$). A avaliação da qualidade da conduta interactiva da mãe realizada através da escala IRSal correlaciona-se positiva e significativamente com a avaliação da qualidade dos cuidados maternos realizada através do inventário Home — .60 —, o mesmo se verificando aos 6 meses de idade do bebé — .46 ($p< 0.001$)— e aos 12 meses de idade do bebé — .37 ($p< 0.01$).

Procurou-se ainda estimar a correlação entre a avaliação da conduta interactiva do bebé nas escalas IRS e a avaliação do comportamento do bebé na escala RCB de Bayley, a qual se mostrou positiva e significativa em relação a determinados itens, como já reportámos atrás (ver pp. 403 a 406 e Quadro 16).

A validade preditiva da versão traduzida das escalas IRS foi também considerada no estudo psicométrico que fizemos do instrumento. A correlação entre os resultados do bebé aos 3 meses de idade nas escalas IRS e a avaliação da conduta do bebé através da escala RCB, nove meses mais tarde, isto é aos 12 meses de idade, bem como a correlação entre os resultados da mãe nas escalas IRS três meses após o parto

e a avaliação da conduta interactiva da mãe no inventário Home, nove meses mais tarde, isto é doze meses após o parto, foi calculada.

Observou-se que os bebés que foram avaliados nas escalas IRS (IRSff e IRSal) como tendo uma conduta interactiva mais adequada com a mãe aos 3 meses de idade, entre outros aspectos apresentavam, nove meses mais tarde, isto é, aos 12 meses de idade, uma orientação social mais adequada, tal como foi avaliada pela escala RCB de Bayley — quer com a mãe (.52**), quer com o observador (.43**), quer com as pessoas em geral (.30*), sendo mais cooperantes com o observador (.30*) e evidenciando menos receio para com ele (-.40**).

Em relação às mães que foram avaliadas três meses depois do parto nas escalas IRS (IRSff e IRSal) como tendo uma conduta interactiva mais adequada para com o bebé, observou-se que, nove meses mais tarde , aos 12 meses de idade do bebé, providenciavam cuidados mais adequados quando foram avaliadas no inventário Home (.46 e .14), como consta do quadro abaixo (ver Quadro 28).

Quadro 28
Estudo psicométrico da versão traduzida das escalas IRS:
Validade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado mãe	Resultado bebé
IRS ff	Validade de constructo	Análise factorial	2 factores que explicam **73%** da variância (3m, N=51)	1 factor que explica**54%** da variância (3m, N=51)
	Validade concorrente	Coeficiente de validade de critério (IRSal e Home)	Irsal: **.49** (3m N=51) **.53** (6m, N=46) **.69** (12m, N=45) Home: **.36** (3m, N=51) **.61** (6m, N=46) **.58** (12m, N=45)	Irsal: **.33** (3m, N=51) **.51** (6m, N=46) **.62** (12m, N=45)
	Validade preditiva	Coeficiente de validade de critério	Home: (12m, N=45) **.46**	RCB: (12m, N=45) 1. . **30** 2. **.44** 3. **.54** 4. **.30** 5. **-.40**
IRS al	Validade de constructo	Análise factorial	2 factores que explicam **62%** da variância (3m, N=51)	2 factores que explicam **77%** da variância (3m, N=51)
	Validade Concorrente	Coeficiente de Validade de Critério (IRSff e Home)	Irsff: **.49** (3m, N=51) **.53** (6m, N=46) **.69** (12m, N=45) Home: **.06** (3m, N=51) **.46** (6m, N=46) **.34** (12m, N=45)	Irsff: **.33** (3m, N=51) **.51** (6m, N=46) **.62** (12m, N=45)
	Validade preditiva	Coeficiente de validade de critério	Home: (12m, N=45) **.14**	RCB: (12m, N=45) 1. . **17** 2. **.28** 3. **.52** 4. **.14** 5. **-.40**

Os resultados da avaliação da qualidade da interacção mãe-bebé através das escalas IRS são — para a situação face-a-face e alimentar — concordantes, dado que os resultados relativos às duas situações de avaliação se correlacionam positivamente e de modo significativo, a saber .49 aos 3 meses ($p< 0.01$), .53 aos 6 meses ($p< 0.001$) e .69 aos 12 meses ($p< 0.001$). Por outro lado, aos 3 meses de idade do bebé, por exemplo, a correlação entre o resultado da mãe e do bebé nas escalas IRSff é de .79 ($p< 0.001$) sendo a correlação entre o resultado do bebé e o resultado total da escala IRS é .92 ($p< 0.001$) e o resultado da mãe e o resultado total da escala IRS de .96 ($p< 0.001$). Em função destes resultados somos levar a concluir que: a) existem dimensões relativas ao comportamento interactivo da mãe e do bebé que se mantêm relativamente estáveis de situação para situação, e essas dimensões são abarcadas pelas escalas; b) a qualidade da conduta interactiva da mãe e a qualidade da conduta interactiva do bebé estão relacionadas, pelo que existem dimensões interactivas específicas da díade, as quais também são consideradas pelas escalas; c) ambos os membros da díade contribuem igualmente pela qualidade da sua conduta para o sucesso ou fracasso interactivo, o qual a escala também avalia. Estes aspectos introduzem a questão da validade de constructo das escalas IRS.

A análise factorial em componentes principais, levada a cabo sobre a administração da escala a uma amostra de 51 díades mãe-bebé, mostrou que os resultados do bebé na escala IRS para a situação face-a-face podem ser explicados por 1 factor (Eigenvalue > 1) responsável por 54% da variância dos mesmos, enquanto que os resultados da mãe na referida escala podem ser explicados por 2 factores (Eigenvalue > 1) responsáveis por 73% da variância dos mesmos. Da análise factorial em componentes principais dos resultados da administração da escala para a situação alimentar emergiram 2 factores principais (Eigenvalue > 1) responsáveis por 77% da variância dos resultados relativos ao bebé e 2 factores principais (Eigenvalue > 1) responsáveis por 62% da variância encontrada nos resultados relativos ao bebé.

Do estudo que elaborámos da versão traduzida das escalas IRS saliente-se que os resultados encontrados nesse estudo, mencionados nos quadros acima, garantem que estamos em presença de uma versão com elevada fidelidade, consistência interna e validade externa.

A análise dos itens mostra, por sua vez, que os resultados em todos os itens das escalas de interacção que agora analisamos se correlacionam positiva e significativamente com o resultado total (ver Quadro 29). Os coeficientes de correlação obtidos nesta análise são da ordem dos .50 a .90, pelo que podemos considerar que o poder discriminativo dos itens das escalas IRS se estabelece entre

bom e excelente, o que garante que os mesmos foram bem construídos e se referem, cada um por si, à mesma dimensão que a escala se propõe estimar. A cotação do sujeito no item relaciona-se positiva e significativamente com o resultado total para o qual contribui, pelo que se conclui que item e instrumento avaliam o mesmo constructo psicológico e que os itens avaliam correctamente o constructo que o instrumento do qual fazem parte pretende avaliar.

Quadro 29
Estudo psicométrico da versão traduzida das escalas IRS:
Análise dos itens (3m, N=51)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado			
			mãe		bebé	
			Item	r=	Item	r=
IRS ff	Poder discriminante dos Itens	Correlação item-escala	1	.83	1	.54
			2	.89	2	.65
			3	.58	3	.85
			4	.50	4	.83
			5	.47	5	.86
			6	.90	6	.73
			7	.90	7	.59
			8	.78		
			9	.88		
			10	.84.		
			Item	r=	Item	r=
IRS al	Poder discriminante dos Itens	Correlação item-escala	1	.57	1	.58
			2	.63	2	.64
			3	.72	3	.37
			4	.66	4	.57
			5	.62	5	.10
			6	.63		
			7	.75		
			8	.60		
			9	.63		

Apresentamos na página seguinte os valores de média, de desvio-padrão e de percentil encontrados na administração das escalas IRS, respectivamente para a situação face-a-face (ver Quadro 30) e para a situação alimentar (ver Quadro 31), nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé.

3.2.9. Grelha para a Observação da Interacção Mãe-bebé em Situação de Interacção Livre, aos 3, 6 e 12 meses de idade do Bebé (GOISIL)

A GOISIL é uma grelha que nós próprios elaborámos e que se destina a avaliar a qualidade da interacção mãe-bebé numa situação de interacção livre. A qualidade da interacção mãe-bebé é estimada a partir da observação do tipo de conduta interactiva da mãe e do bebé, dos objectivos da conduta interactiva da mãe e da frequência de um conjunto de 26 comportamentos de conduta interactiva da mãe, de 26 comportamentos de conduta interactiva do bebé e de 3 comportamentos interactivos mãe-bebé.

Quadro 30
Resultados: Médias, desvios padrão e percentís
Versão traduzida da escala IRS ff
3, 6 e 12 meses de idade do bebé

	3 meses (N=51)	6 meses (N=46)	12 meses (N=45)
Bebé			
M	15.84	15.91	17.35
SD	3.23	2.84	2.89
P < 25	<14	<14	<15
P (25-75)	14-18	14-18	15-20
P > 75	>18	>18	>20
Mãe			
M	23.96	24.23	25.12
SD	4.56	4.30	4.12
P < 25	<20	<22	<22
P (25-75)	20-28	22-28	22-29
P > 75	>28	>28	>29
Escala Total			
M	39.80	40.01	42.47
SD	7.37	6.83	6.71
P < 25	<35	<36	<36
P (25-75)	35-46	36-46	36-48
P > 75	>46	>46	>48

Quadro 31
Resultados: Médias, desvios padrão e percentís
Versão traduzida da escala IRS af
3, 6 e 12 meses de idade do bebé

	3 meses (N=51)	6 meses (N=46)	12 meses (N=45)
Bebé			
M	10.80	11.00	11.33
SD	2.76	2.55	2.29
P < 25	<8	<9	<9
P (25-75)	8-14	9-13	9-13
P > 75	>14	>13	>13
Mãe			
M	21.82	21.48	22.03
SD	4.04	3.91	2.77
P < 25	<19	<20	<21
P (25-75)	19-25	20-24	21-24
P > 75	>25	>24	>24
Escala Total			
M	32.62	32.48	33.35
SD	6.30	5.81	4.65
P < 25	<27	<28	<31
P (25-75)	27-37	28-37	31-37
P > 75	>37	>37	>37

Os comportamentos e dimensões considerados na respectiva grelha GOISIL são apresentados no Anexo XI, assim como os índices de fidelidade inter-observadores conseguidos para cada um dos itens. O processo de construção e as características psicométricas da grelha já foram descritos (Figueiredo, 1992).

A situação de interacção livre é, como o comenta Stern (1983), a actividade social mais pura que se produz entre a mãe e o bebé. Nesse sentido, este autor

considera que é nos períodos de jogo livre que melhor se pode observar a interacção mãe-bebé porque, nessa altura, mãe e bebé *"fixam a sua atenção nos comportamentos sociais do parceiro e reagem a esses mesmos comportamentos com os seus próprios comportamentos sociais"* (Stern, 1980, p. 101).

Por outro lado, como refere ainda este autor, é inequívoco o valor desenvolvimental e clínico da avaliação da interacção mãe-bebé na situação de interacção livre. Com efeito, foi no decurso das interacções de jogo livre que a maior parte dos autores detectaram modalidades interactivas conflituais entre a mãe e o seu bebé. Foram estas as razões pelas quais escolhemos a situação de interacção livre para o nosso estudo sobre a interacção mãe-bebé.

Como salientam O'Brien, Johnson, e Anderson-Goetz (1988) os comportamentos interactivos diferem de situação para situação, donde a necessidade que sentimos, tal como o fizemos no estudo que agora descrevemos, de avaliar a qualidade da interacção mãe-bebé num conjunto variado de contextos interactivos, a saber a situação face-a-face, a situação alimentar e a situação livre.

A escolha destas três situações resulta igualmente do facto de *"as interacções alimentares serem usualmente estudadas durante as primeiras semanas de vida do bebé, o jogo face-a-face, durante os primeiros meses, e o jogo em situação livre, durante os meses seguintes, à medida que se desenvolvem as competências da criança"* (Field, 1990, p. 73). Obtivemos assim, para cada idade considerada, um quadro significativo do tipo de interacção mais habitual nessa idade.

Optámos pela observação em casa, por forma a obter uma imagem mais próxima e espontânea dos comportamentos que habitualmente ocorrem entre a mãe e o bebé nas condições em que naturalmente ocorrem, tal como o aconselham, entre outros, Als (1979), Field (1990), Lewis e Lee-Painter (1975), Murray (1988) e Stern (1974). Uma das críticas feitas à investigação no domínio da interacção mãe-bebé refere-se ao facto de, em mais de 80% dos estudos, a avaliação destas dmensões se ter efectuado em laboratório (Field, 1990). A recomendação de se passar das observações no laboratório para as situações concretas onde habitualmente têm lugar as interacções mãe-bebé é assim uma recomendação actual.

Apesar de polémica a questão de saber se a presença de uma câmara pode ou não aumentar a reactividade dos sujeitos ao facto de estarem a ser observados, alguns autores consideram que não (e.g., Hartman & Wood, 1982). No nosso estudo, optámos pela gravação em *video* porque, como refere a maior parte dos autores, entre outros Schaffer (1989) e Bakeman e Gottman (1989), este tipo de registo permitir-nos uma análise à *posteriori* mais detalhada dos fenómenos observados — o que nunca

conseguiríamos alcançar pela observação directa — para além de facilitar também o estudo de fidelidade.

Sentimos igualmente a necessidade de observar por mais tempo do que o fizeram a maior parte dos investigadores que até ao momento estudaram a interacção mãe-bebé no caso da depressão pós-parto, de modo a poder obter um retrato mais correcto do que se passa entre a mãe e o bebé na generalidades dos dias. O alargamento temporal das sessões de observação tem sido amplamente defendido, na sequência dos primeiros estudos empíricos levados a cabo no campo específico da interacção mãe-bebé no caso da depressão pós-parto se limitarem a observações de poucos minutos (Rutter, 1990) e conduziu mais recentemente à correcção metodológica de algumas investigações (Heermann, Jones, & Wikoff, 1994).

3.2.10. Escala para a avaliação dos Cuidados prestados pelo Pai ao Bebé, durante o Primeiro Ano de Vida (ECPB)

Trata-se de uma escala desenvolvida por que nós próprios com o intuito de avaliar a participação do pai nos cuidados prestados ao bebé, durante o primeiro ano de vida. A escala é constituída por um conjunto de 14 itens, de resposta em 4 pontos e classificação 0, 1, 2 ou 3, referentes a tarefas diversas de cuidados relativos ao bebé (dar de comer, dar banho, etc.) e é preenchida pelo pai do bebé (ver Anexo XII).

A classificação do sujeito na escala varia entre a nota mínima de 0 e a nota máxima de 42, sendo que quanto maior é o resultado maior é a participação do pai, em termos da quantidade ou da frequência das actividades desempenhadas, nos cuidados que presta ao bebé durante o primeiro ano de vida.

A fidelidade dos resultados na administração do questionário ECPB a 32 pais de crianças com 12 meses de idade foi estimada e os indicadores são os seguintes: um coeficiente de correlação de .84 entre os resultados nas duas partes do teste (método da divisão em duas partes) e um coeficiente alpha de .82, o que garante a consistência interna dos itens do questionário, tal como pode confirmar pela leitura do quadro abaixo (ver Quadro 32).

Quadro 32
Estudo psicométrico do questionário ECBP:
Fidelidade (12m, N=32)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
ECPB	Fidelidade	*Split-half*	.84 (Coef. de correlação de Spearman-Brown)
		Consistência interna	.82 (Alpha de Cronbach)

No que se refere ao estudo de validade interna do questionário ECPB, a análise factorial em componentes principais dos resultados da administração já referida permitiu que se identificassem 5 factores (Eigenvalue > 1) susceptíveis de explicar 75% da variância nos resultados.

Os resultados que encontramos e mencionamos no quadro seguinte (ver Quadro 33), referem-se à validade interna do questionário ECBP.

Quadro 33
Estudo psicométrico do questionário ECBP:
Validade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
ECBP	Validade de constructo	Análise factorial	**5** factores que explicam **75%** da variância (12m, N=32)

Para estimar a qualidade dos itens do questionário, recorremos à análise dos itens, nomeadamente ao cálculo do poder discriminante dos 14 itens que o compõem. Os valores encontrados e que apresentamos no quadro abaixo (ver Quadro 34) garantem que todos os itens apresentam um valor discriminativo de suficiente a bom.

Quadro 34
Estudo psicométrico do questionário ECPB:
Análise dos itens (12m, N=32)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado			
			Item	r=	Item	r=
ECBP	Poder discriminante dos itens	Correlação item-escala	1	.47	8	.75
			2	.42	9	.55
			3	.55	10	.54
			4	.40	11	.47
			5	.18	12	.62
			6	.50	13	.26
			7	.44	14	.16

Por último, no quadro seguinte podem ler-se os valores de média, desvio-padrão e percentil obtidos na administração do questionário a uma amostra de 32 pais de bebés de 12 meses, e referem-se aos cuidados prestados pelos pais ao bebé ao longo do primeiro ano de vida do mesmo (ver Quadro 35).

Quadro 35
Resultados: Média, desvio-padrão e percentís
ECBP
Primeiro ano de vida do bebé

	média	desvio-padrão	P < 25	P (25-75)	P > 75
ECBP	19.76	7.01	<15	15-25	>25

3.2.11. Escala de Ajustamento Social (EAS)

Trata-se de um questionário que avalia o ajustamento social do indivíduo em diversas áreas da sua vida, tais como o trabalho fora de casa, o trabalho em casa e outras ocupações — como a ocupação dos tempos livres. Avalia ainda o relacionamento do indivíduo com os amigos e familiares, bem como o seu relacionamento com o cônjuge ou companheiro, assim como a área da economia familiar.

Proposta por Weissman, Paykel, e Prusoff (1985), esta escala foi utilizada na sua versão auto-administrada (*Social Adjustment Scale — Self Report Version*, SASR).

Por razões que se referem à economia de recursos e tempo, foram unicamente considerados os itens da escala relativos às questões pertinentes para o estudo, isto é, ao relacionamento da mãe com o cônjuge ou companheiro e à economia familiar (ver Anexo XIII).

Deste modo, a classificação dos sujeitos na versão reduzida que adoptámos da escala varia entre o valor mínimo de 13 e o valor máximo de 65, dado que foram apenas escolhidos alguns itens da versão original da escala. O quadro que se segue (ver Quadro 36) apresenta os valores encontrados na administração da versão traduzida e reduzida do questionário EAS a uma amostra de 31 mães com bebés de 1 ano de idade.

Quadro 36
Resultados: Média, desvio-padrão e percentís
Versão traduzida e reduzida do questionário EAS

	média	desvio-padrão	P < 25	P (25-75)	P > 25
EAS	23.90	5.57	<20	20-26	>26

Da análise que fizemos dos itens escolhidos para a versão traduzida e reduzida do questionário EAS, conclui-se acerca do poder discriminativo dos mesmos. Com efeito, como pode verificar-se da leitura do quadro da página seguinte (ver Quadro 37), à excepção do item 6, todos os itens da versão traduzida e reduzida do questionário EAS apresentam um poder discriminativo que pode ser considerado de bom a elevado.

Finalmente, tal como se assinala no quadro também na página seguinte (ver Quadro 38), os índices de fidelidade fornecidos pelo estudo dos resultados da versão traduzida e reduzida da escala EAS, administrada 12 meses depois do parto a 31 mães, são bons e garantem que estamos perante uma versão com qualidade psicométrica, dentro do que é esperado para este tipo de instrumento.

Quadro 37
Estudo psicométrico da versão traduzida e reduzida do questionário EAS :
Análise dos itens (12m, N=31)

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado			
			Item	r=	Item	r=
EAS	Poder discriminante dos itens	Correlação item-escala	1	.56	8	72
			2	.56	9	.75
			3	.27	10	.74
			4	.57	11	.43
			5	.17	12	.49
			6	.77	13	.65
			7	.55		

Quadro 38
Estudo psicométrico da versão traduzida e reduzida do questionário EAS :
Fidelidade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
EAS	Fidelidade	*Split-half*	. 74 (12m, N=31) (Coef. de corr. de Spearman-Brown)
		Consistência interna	.75 (12m, N=31) (Alpha de Cronbach)

Saliente-se ainda, do estudo da validade interna e externa da versão traduzida e reduzida da escala EAS (ver Quadro 39), que a validade interna — de constructo — da escala foi estudada através da análise factorial em componentes principais dos resultados da administração da escala a 31 mães, 12 meses depois do parto. Assim se identificaram 5 factores (Eigenvalue > 1) susceptíveis de explicar 75% da variância nos resultados da escala EAS administrada 12 meses depois do parto.

Quadro 39
Estudo psicométrico da versão traduzida e reduzida do questionário EAS:
Validade

Instrumento	Objectivo	Método	Resultado
EAS	Validade de constructo	Análise factorial	5 factores que explicam 75% da variância (12m, N=32)

3.3. Acordo entre observadores

Avaliar a fidelidade das observações ou avaliações susceptíveis de ser realizadas com um determinado instrumento é uma das tarefas que se impõe ao seu constructor e utilizador.

A comparação dos registos efectuados por dois ou mais observadores independentes, simultaneamente face ao mesmo facto observável, é uma das formas mais utilizadas de que dispomos para avaliar a fidelidade das observações. "*Consiste em sujeitar dois observadores ingénuos a conduzir de modo independente a*

codificação dos mesmos eventos" (Bakeman & Gottman, 1986, p. 101) e em estimar o acordo entre eles — ou seja *"a extensão em que ..., usando o mesmo sistema de codificação na observação do mesmo evento... eles concordam que o indivíduo se comportou de um mesmo modo particular"* (Foster, Beel-Dolan, & Burge, 1988, p. 145). Só assim se pode assegurar que não existe qualquer enviesamento nas observações realizadas por um determinado investigador com um determinado instrumento.

O cálculo da percentagem de concordância (PC) é o meio mais fácil e correntemente utilizado para estimar o acordo entre observadores e avaliar acerca da fidelidade das avaliações proporcionadas por um dado instrumento. Tal percentagem envolve a divisão do número de acordos entre os observadores (i.e., NA — o número de vezes em que ambos os observadores concordaram quanto à presença ou quanto à ausência de um mesmo comportamento) pela soma do número de acordos com o número de desacordos entre os observadores (i.e., ND — o número de vezes em que à presença ou à ausência de um mesmo comportamento foi assinalada por um, mas não pelo outro observador).

Calcular a percentagem de concordância entre dois observadores independentes é o meio mais simples de ajuizar a respeito da aceitabilidade dos resultados que se obtêm na observação de um certo acontecimento. No entanto, alguns autores (e.g., Bakeman & Gottman, 1986) alertam para o facto de esse método de avaliação da fidelidade sobrestimar a concordância entre os observadores, visto que não toma em consideração que certos acordos entre eles podem resultar do acaso. Em função disso, optam pelo cálculo do coeficiente kappa de Cohen (Cohen, 1960) o qual, dado que corrige o efeito do acaso — são eliminados os casos concordantes que se obteriam pela acção do acaso —, forneceria uma estimativa mais correcta da consistência dos resultados. O coeficiente de concordância de Cohen é assim utilizado quando se pretende avaliar a semelhança entre duas classificações dos mesmos elementos nas mesmas categorias (d'Hainaut, 1992).

No estudo empírico que agora descrevemos calculámos a percentagem de concordância entre observadores e o coeficiente kappa para as observações realizadas com a tradução portuguesa que fizemos das Escalas de Avaliação da Interacção de Field (1980), IRS, já apresentadas.

Para esse efeito, seleccionámos uma amostra aleatória de casos, constituída por 48 avaliações da interacção mãe-bebé com a utilização da escala IRS para a situação face-a-face (IRSff), em todas as idades, o que corresponde a uma percentagem de 35% da totalidade dos casos observados, e 18 registos da interacção mãe-bebé com a utilização da IRS para a situação alimentar (IRSal) em todas as idades, o que corresponde a uma percentagem de 15% da totalidade dos casos observados.

O objectivo foi testar o acordo das cotações efectuadas por um primeiro juiz com as cotações de segundos juízes, seleccionados entre os alunos do 1° ano da Licenciatura em Psicologia da Universidade do Minho, com base na disposição voluntária dos mesmos. Todos os segundos juízes tinham uma formação inicial em Psicologia do Desenvolvimento e receberam um treino específico na aplicação das referidas grelhas de avaliação, realizado em grupos de 2 a 2 elementos, sobre uma amostragem de 2 ou 3 casos. Os segundos juízes realizaram as suas avaliações em absoluto desconhecimento dos resultados obtidos pelo primeiro. Para o efeito, ambos os juízes utilizaram uma sala ampla onde se dispôs uma mesa e um aparelho televisor de *écran* gigante (60 x 80 cm).

A avaliação do acordo entre juízes teve em consideração todos os itens que estiveram na base da classificação dos registos de *video* da interacção mãe-bebé.

Os resultados, obtidos com base nos dois testes estatísticos utilizados já descritos (i. e., a percentagen de concordância e o coeficiente kappa), são apresentados nos Quadros 40 e 41, respectivamente para a situação de interacção face-a-face e de interacção alimentar.

Quadro 40
Acordo entre observadores:
Percentagem de Concordância (PC) e Coeficiente de Cohen (K)
Versão traduzida da escala IRS ff (3-12m, N=50)

		Percentagem de Concordância (PC)	Coeficiente de Cohen (K)
MÃE	A. Estado	.90	.82 (z = 6.37**)
	B. Actividade Física	.92	.87 (z = 7.54**)
	C. Orientação da Cabeça	.92	.82 (z = 5.27**)
	D. Contacto Ocular	.94	.81 (z = 2.96**)
	E. Silêncio, Aversão do Olhar	.88	.83 (z = 5.66**)
	F. Expressões Faciais	.92	.87 (z = 7.53**)
	G. Vocalizações	.90	.87 (z = 8.06**)
	H. Comport. Infantilizados	.90	.87 (z = 7.98**)
	I. Resposta Contingente	.94	.77 (z = 6.79**)
	J. Comportamento de Jogo	.92	.90 (z = 12.68**)
BEBÉ	A. Estado	.90	.62 (z = 3.35**)
	B. Actividade Física	.92	.75 (z = 5.94**)
	C. Orientação da Cabeça	.90	.76 (z = 6.19**)
	D. Contacto Ocular	.90	.79 (z = 7.85**)
	E. Expressões Faciais	.81	.70 (z = 6.11**)
	F. Rabugice	.94	.90 (z = 12.30**)
	G. Vocalizações	.85	.77 (z = 6.89**)

* a concordância é significativa se z> 1.96
** a concordância é muito significativa se z > 2.58

Quadro 41
Acordo entre observadores:
Percentagem de Concordância (PC) e Coeficiente de Cohen (K)
Versão traduzida da escala IRS al (3-12m, N=18)

		Percentagem de Concordância (PC)	Coeficiente de Cohen (K)
MÃE	A. Posição de alimentar	.83	.71 (z = 3.54**)
	B. Estado	.78	.61 (z = 2.96**)
	C. Actividade Física	.89	.82 (z = 4.53**)
	D. Orientação da Cabeça	.72	.61 (z = 3.56**)
	E. Contacto Ocular	.89	.81 (z = 3.99**)
	F. Vocalizações	.89	.81 (z= 4.20**)
	G. Remoção do Biberão	.72	.78 (z = 3.44 **)
	H. Arrotar	.89	.71 (z = 2.38 *)
	I. Persistência no aleitar	.72	.66 (z = 3.80**)
BEBÉ	A. Estado	.95	.89 (z= 3.78**)
	B. Actividade Física	.78	.66 (z = 3.80**)
	C. Orientação da Cabeça	.95	.99 (z = 5.70**)
	D. Contacto Ocular	.78	.65 (z= 3.59**)
	E. Persistência Alimentação	.78	.65 (z = 3.55**)

* a concordância é significativa se z> 1.96
** a concordância é muito significativa se z > 2.58

Os coeficientes kappa abaixo de 0.40 são considerados fracos, baixos ou pobres, entre 0.41 e 0.60 permitem concluir uma concordância moderada, entre 0.61 e 0.80 permitem inferir uma concordância substancial, e a concordância é julgada quase perfeita quando os coeficientes kappa se estabelecem entre 0.81 e 1.00 (Everitt & Hay, 1992). Dado que a maior parte dos autores (e.g., Everitt & Hay, 1992; Hartman, 1982; Schweigert, 1994) consideram que são aceitáveis os coeficientes kappa que se situam acima de .60 ou .70 e excelentes os que se situam acima de .75 ou .80, concluímos que os resultados obtidos permitem assegurar um acordo muito significativo entre as avaliações realizadas pelo primeiro juiz e as avaliações realizadas pelos segundos juízes, o que nos dá boa garantia relativamente à fidelidade das observações que foram feitas pelo primeiro.

Por outro lado, como se pode também verificar através da leitura dos quadros da página seguinte (ver Quadro 42 e Quadro 43), os resultados do estudo da fidelidade inter-observadores, realizado com as versões traduzidas das escalas de avaliação da interacção, assemelham-se aos que foram obtidos com as versões originais das mesmas, o que nos dá garantias acrescidas quanto à fidelidade dos resultados obtidos com a administração da IRSff e da IRSal no estudo empírico que levamos a cabo.

Quadro 42
Acordo entre observadores:
Coeficiente de Cohen (K)
Versão original e versão traduzida da escala IRS ff (3-12m, N=50)

		Escala original	Escala traduzida
	A. Estado	.83	.82
	B. Actividade Física	.83	.87
	C. Orientação da Cabeça	.96	.82
M	D. Contacto Ocular	.92	.81
Ã	E. Silêncio, Aversão do Olhar	.82	.83
E	F. Expressões Faciais	.83	.87
	G. Vocalizações	.92	.87
	H. Comport. Infantilizados	.91	.87
	I. Resposta Contingente	.82	.77
	J. Comportamento de Jogo	.98	.90
B	A. Estado	.91	.62
E	B. Actividade Física	.82	.75
B	C. Orientação da Cabeça	.96	.76
É	D. Contacto Ocular	.85	.79
	E. Expressões Faciais	.84	.70
	F. Rabugice	.96	.90
	G. Vocalizações	.82	.77

Quadro 43
Acordo entre observadores:
Coeficientes de Cohen (K)
Versão original e versão traduzida da escala IRS al (3-12m, N=18)

		Escala original	Escala traduzida (N=18)
	A. Posição de alimentar	.98	.71
	B. Estado	.83	.61
	C. Actividade Física	.81	.82
M	D. Orientação da Cabeça	.95	.61
Ã	E. Contacto Ocular	.92	.81
E	F. Vocalizações	.84	.81
	G. Remoção do Biberão	.82	.78
	H. Arrotar	.97	.71
	I. Persistência no aleitar	.84	.66
B	A. Estado	.94	.89
E	B. Actividade Física	.87	.66
B	C. Orientação da Cabeça	.92	.99
É	D. Contacto Ocular	.89	.65
	E. Persistência Alimentação	.91	.65

Por fim, saliente-se que não se realizou aqui a avaliação da fidelidade das observações efectuadas com base na grelha GOISIL, dado que esse trabalho — que assegurou margens suficientes de garantia, tal como se pode verificar pela consulta do Anexo XI — já foi publicado (Figueiredo, 1992).

3.4. Procedimento

Depois de justificar a calendarização escolhida para os diferentes momentos de avaliação considerados no estudo, neste ponto, descreveremos ainda o procedimento levado a efeito na realização dessas mesmas avaliações.

Dadas as características dos objectivos e hipóteses da investigação que agora reportamos, optou-se por uma metodologia prospectiva, realizando-se três avaliações sucessivas dos sujeitos da amostra (mães e bebés), respectivamente aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé.

Estas idades foram consideradas pelas razões que agora apresentamos.

Como vimos no capítulo 3, grande parte das depressões que se sucedem ao nascimento de um bebé iniciam-se no decorrer dos primeiros meses do pós-parto, sendo que, na maior parte dos estudos empíricos efectuados até ao momento, o 3º mês do puerpério corresponde ao pico de maior incidência na ocorrência de depressão pós-parto (e.g., Kumar & Robson, 1984).

Por sua vez, aos 3 meses de idade, o bebé está capaz de fixar visualmente os olhos da mãe e de manter essa fixação, pelo que a mãe tem uma impressão mais nítida de que uma verdadeira interacção está agora a acontecer. O bebé está também já mais capaz de ajudar a mãe a regular os acontecimentos interactivos, nomeadamente através da direcção do olhar e da posição da cabeça (e.g., Stern, 1977). A idade dos 3 meses do bebé tem consequentemente sido considerada a idade mínima para a obtenção de registos significativos da interacção mãe-bebé.

Assim sendo, a maior parte dos estudos sobre interacção mãe-bebé, particularmente os que se referem à situação face-a-face, foram realizados na idade de 3 meses do bebé, dado que esta corresponde a um momento óptimo para a observação da interacção mãe-bebé e já seguramente se pode falar da existência de um padrão interactivo singular na díade.

Por outro lado, também em termos da observação do desenvolvimento do bebé, os 3 meses correspondem à idade mínima na qual as observações podem realizar-se com alguma garantia. Nomeadamente, a avaliação do desenvolvimento mental e motor do bebé assegura já alguma fidelidade e validade, dada a maior estabilidade comportamental que nesse momento é conseguida pelo bebé, resultante do facto de o seu comportamento estar agora menos dependente de estados internos e menos sujeito a indisposições momentâneas. O bebé de 3 meses já ganhou alguma homeostasia comportamental, está mais capaz e por mais tempo de fixar a sua atenção sobre os estímulos externos (e.g., Cooper, 1987), o que por sua vez também facilita a realização das observações.

O sexto mês corresponde a um outro marco desenvolvimental importante no percurso de vida do bebé, e por isso foi, no nosso estudo, escolhido para ser o momento da segunda avaliação.

Durante os primeiros meses de vida, mãe e bebé, utilizando cada um o seu repertório de comportamentos interactivos, desenvolvem em conjunto um estilo

interactivo próprio, sendo que aos 6 meses *"a sua própria adaptação interactiva como um par"* (Stern, 1977, p.) é já uma realidade.

O sexto mês corresponde também ao momento em que os objectos são introduzidos na interacção da mãe com o bebé, o que traz novas dimensões e significados à comunicação na díade (e.g., Field, 1990). A importância da observação da interacção mãe-bebé nesse preciso momento resulta, pelo menos em parte, do facto do futuro desenvolvimental do bebé, nomeadamente o seu desenvolvimento intelectual, depender do modo como isso é feito.

Assim, a interacção mãe-bebé ganha novas e importantes tonalidades em termos do desenvolvimento futuro do bebé, na idade de 6 meses.

Para além do mais, 3 meses de intervalo pareceu-nos ser o espaçamento temporal suficiente, relativamente à avaliação anterior, para que se observassem mudanças e os efeitos dessas mesmas mudanças nas diferentes dimensões de interesse do estudo. Nomeadamente, algumas mães com depressão pós-parto poderiam já ter regredido na sintomatologia, já que, como o vimos no capítulo 3, a depressão pós-parto , caracteristicamente mantem-se por poucos meses apenas (e.g., Cooper et al., 1988).

A escolha dos 12 meses para a realização da terceira avaliação do nosso estudo prende-se com a necessidade de um espaçamento temporal igual entre todas avaliações efectuadas. Mas, tal escolha justifica-se também porque o ano de idade corresponde a um novo marco importante no percurso desenvolvimental do bebé. O bebé, cada vez mais diferenciado e separado da mãe, tem um interesse acrescido na exploração do meio exterior, particularmente dos objectos, observando-se uma diminuição significativa da dependência corporal do bebé em relação à mãe, efectuada particularmente através da marcha (Mahler, 1979).

A partir dessa idade a observação da interacção mãe-bebé, nas situações e através dos instrumentos considerados na avaliação dos 3 e 6 meses, deixava de ter qualquer significado e validade psicológica, o que condicionou de igual modo a escolha dos 12 meses para momento da nossa terceira avaliação.

Passamos agora a descrever os passos que seguimos na realização das avaliações que fizeram parte do procedimento deste estudo.

As mães foram contactadas pelo telefone e um primeiro encontro foi marcado. Todas as mães que foram contactadas acederam a participar na investigação.

Foi dito às mães que se tratava de um estudo sobre mães e bebés e que elas tinham sido seleccionadas ao acaso a partir das cartas que nos tinham devolvido.

Desde logo, as mães foram advertidas de que seriam filmadas a brincar com os seus bebés, pelo que ambos deveriam estar presentes, numa altura em que o bebé estivesse bem desperto por exemplo, cerca de meia-hora antes da mamada. As mães foram também informadas que se tratava de um estudo acerca da evolução dos bebés, pelo que seriam posteriormente visitadas em mais duas ocasiões, mais precisamente quando o bebé fizesse 6 meses e quando fizesse um ano de idade. O trabalho só foi iniciado após confirmação da disponibilidade por parte da mãe.

Entre o terceiro e o quarto mês de idade do bebé, dois investigadores — para medidas independentes das variáveis dependente e independente — deslocaram-se a casa das famílias e deram início à primeira avaliação.

Dado que a maior parte dos investigadores considera que o período imediatamente anterior à refeição é o momento adequado para se observarem os bebés, por eles se encontrarem mais alerta (e.g., Brazelton, 1973), dentro das conveniências da mãe, procurou-se marcar a visita a casa da família cerca de 1 hora e meia antes da hora habitual da mamada ou refeição, de forma a terminar a nossa observação com esse acontecimento.

Os investigadores referidos mantiveram-se os mesmos ao longo do estudo e tinham formação prévia na administração dos instrumentos, dado que tinham participado no trabalho de tradução e realizado o ensaio dos instrumentos junto de indivíduos que não vieram a fazer parte da amostra do estudo.

A primeira avaliação, assim como as restantes (a 2ª avaliação, realizada na idade de 6 meses do bebé e a 3ª avaliação, realizada na idade de 12 meses do bebé), comportou os seguintes passos que foram dados na ordem que se especifica a seguir, por forma a permitir a avaliação em simultâneo e em separado da mãe e do bebé:

1. Administração à mãe da Entrevista Psiquiátrica para as Desordens Afectivas e Esquizofrenia de Endicott e Spitzer (1978, 1979), SADS. Esta entrevista foi apenas administrada na 1ª e 3ª avaliação, isto é, a versão *standard* — que se reporta a toda a vida do sujeito — foi empregue na primeira avaliação, 3 meses depois do parto, e a versão *life-time* — que se reporta a um momento específico de vida do sujeito, neste caso ao primeiro ano do pós-parto — na terceira avaliação, 12 meses depois do parto.

2. Administração ao bebé das três Escalas para a Avaliação do Desenvolvimento do Bebé propostas por Bayley (1969), respectivamente e nesta ordem: a escala para a avaliação do desenvolvimento mental, a escala para a avaliação do desenvolvimento motor e a escala para a avaliação do comportamento do bebé.

3. Preenchimento por parte do investigador, após entrevista à mãe e observação dos cuidados e ambiente geral de casa, da versão traduzida do Inventário Home para Famílias de Crianças dos 0 aos 3 anos, publicado por Caldwell e Bradley, em 1984.

4. Administração à mãe de uma versão abreviada e traduzida do Questionário de Adaptação mãe-bebé para o primeiro ano de vida, da autoria de I. Lézine (1964).

5. Administração à mãe da versão traduzida da escala para a depressão pós-parto de Cox, Holden, e Sagovsky (1987), EPDS, em todas as avaliações.

6. Administração à mãe do bebé da escala de ajustamento social de Weissman, Paykel, e Prusoff (1985), EAS, apenas na avaliação dos 12 meses pós-parto.

7. Administração ao pai do bebé da escala relativa à sua participação nos cuidados que prestou ao bebé durante o primeiro ano de vida (ECBP), apenas na avaliação dos 12 meses pós-parto.

Estes três últimos questionários, dado que são auto-administrados, foram directamente preenchidos pelo pai e mãe dos bebés, enquanto se realizava a avaliação do desenvolvimento do bebé.

8. Gravação em *video-tape* (5 a 8 minutos) da interacção mãe-bebé em situação face-a-face.

Para proporcionar esta situação, o bebé é sentado numa cadeira *standard* (manteve-se a mesma ao longo do estudo), posta em cima de uma mesa frente à mãe, de maneira a que os olhos da mãe fiquem à altura dos olhos do bebé. É dito à mãe para estar com o bebé como costuma estar habitualmente — mantendo-se à sua frente, preferencialmente a uma distância de cerca de 20 a 30 cm dele — não sendo, no entanto, permitida a intervenção de outras pessoas ou a utilização de objectos ou brinquedos.

O investigador zela, ao longo da gravação, pela manutenção destas condições de observação, intervindo, caso necessário, e só se for caso disso, para relembrar as mesmas.

9. Gravação em *video-tape* da interacção mãe-bebé numa situação semi-estruturada de interacção livre (8 a 10 minutos).

A mãe é convidada a retirar o bebé da cadeira e a estar com ele num compartimento da casa à sua escolha e a fazer o género de coisas que faz habitualmente, podendo à sua vontade utilizar ou não brinquedos, mas sendo limitada a presença e interferência de outras pessoas, bem como as deslocações para fora da área escolhida.

O investigador zela, ao longo da gravação, pela manutenção destas condições de observação, intervindo, caso necessário, e só se for caso disso, para relembrar as mesmas.

10. Gravação em *video-tape* da interacção mãe-bebé em situação alimentar.

É pedido à mãe que alimente o seu bebé como o costuma fazer habitualmente, de preferência ao peito ou ao biberão (corresponde ao tempo total da mamada ou da refeição). Não é permitida a presença ou intervenção de outro membro da família, a não ser pontualmente e apenas em casos em que tal seja mesmo necessário.

O investigador zela, ao longo da gravação, pela manutenção destas condições de observação, intervindo, caso necessário, e só se for caso disso, para relembrar as mesmas.

No sentido de minimizar a reactividade habitual dos sujeitos ao facto de estarem a ser observados, tivemos os seguintes cuidados: a) a observação da interacção mãe-bebé teve lugar em casa dos sujeitos; b) o observador manteve-se o mais discreto e o mais distante possível, abstendo-se de interferir no fenómeno a observar; c) a observação só se realizou após um período de habituação à presença do observador (Als, 1979, Foster, Bell-Dolan, & Burge, 1988).

Prevenir o desgaste do bebé, cuja disponibilidade para estar atento, particularmente na idade de 3 meses, se limita ainda a poucos minutos, obrigou a que se iniciasse o processo de observação pela avaliação do desenvolvimento do bebé.

Não foi controlado o efeito de ordem, e todos os indivíduos do grupo experimental e de controlo foram sujeitos ao mesmo procedimento acima descrito.

Esta ordem, na administração dos instrumentos e nas situações propostas, foi escolhida em função dos critérios desenvolvimentais e metodológicos seguintes: a) necessidade de observar mães e bebés em simultâneo, por forma a rentabilizar o tempo de avaliação e a garantir a obtenção de medidas independentes para as variáveis dependentes e independentes do estudo; b) garantir o máximo de participação por parte do bebé.

Note que se assegurou a obtenção de medidas independentes para as variáveis dependentes e independentes, dado que o investigador que realizou a avaliação da mãe não era o mesmo que realizou a avaliação do bebé, as quais, foram aliás realizadas em simultâneo.

Para além do mais, os investigadores eram cegos relativamente à condição do caso avaliado, ou seja, se pertencia ao grupo de controlo ou ao grupo experimental.

A presença dos dois investigadores permitiu, ainda, uma maior rentabilidade do tempo disponível das mães; mas, mesmo assim, cada avaliação durou cerca de 2 horas e, pelo menos na idade de 3 meses, teve algumas vezes de ser realizada em dois dias consecutivos.

Os observadores mantiveram-se sempre os mesmos ao longo do estudo, por forma a fomentar o estabelecimento de um relacionamento de confiança entre eles e a família e a assegurar que a interferência de características pessoais na avaliação das mães e bebés se mantivesse sempre constante para todos os casos.

As condições óptimas de avaliação foram asseguradas, em todas as observações realizadas, dado que sempre, à chegada a casa da família, se questionava a mãe a esse respeito, e quando o bebé não se encontrava bem de saúde, estava indisposto, com fome ou com sono, uma altura mais conveniente foi aguardada, no mesmo ou em outro dia.

Todas as avaliações e as informações recolhidas neste estudo realizaram-se em casa dos sujeitos.

Como já se referiu, a totalidade do procedimento descrito foi repetido entre o sexto e o sétimo mês e entre o décimo segundo e o décimo terceiro mês do bebé, sendo que, nesta última avaliação, se administrou ao pai um questionário relativo à ajuda que deu à mãe, durante o primeiro ano de vida do bebé, nos cuidados a prestar ao bebé e à mãe um questionário à qualidade do relacionamento conjugal, igualmente respeitante ao primeiro ano do pós-parto.

A avaliação da conduta interactiva da mãe e do bebé foi realizada a partir dos registos de *video*, por um observador treinado na aplicação das referidas grelhas da avaliação da interacção mãe-bebé. O observador foi sempre o mesmo para todos os casos e era cego relativamente aos grupos em estudo. As avaliações foram realizadas a partir do tempo total (5 minutos) para as situações alimentar e de face-a-face e dos primeiros 5 minutos de gravação da situação de interacção livre. Tal verificou-se no sentido de uniformizar os tempos de registo *video*, que variavam consoante os casos, minimizando a interferência dessa variável, que poderia funcionar como variável parasita.

A totalidade das observações foi realizada entre Janeiro de 1989 e Dezembro de 1991.

O esquema proposto no quadro 44 pretende elucidar a respeito dos instrumentos utilizados junto dos elementos da amostra nos diferentes momentos de avaliação; enquanto que, no quadro 45, são apresentadas as idades do bebé em que se realizaram as observações atrás descritas.

Quadro 44
Instrumentos e Tempos de avaliação

Sujeitos	Instrumentos de avaliação 1a. Avaliação 3meses	 2a. Avaliação 6meses	 3a. Avaliação 12meses
Mãe	Quest. Iden. EPDS SADS Graffar Home	EPDS Home	EPDS SADS-L Home EAS
Bebé	BSID: Emot Emen RCB	BSID: Emot Emen RCB	BSID: Emot Emen RCB
Mãe e Bebé	IRSal IRSff GOISIL QMAC	IRSal IRSff GOISIL QMAC	IRSal IRSff GOISIL QMAC
Pai			ECPB

Quadro 45
Idade do Bebé na 1a., 2a. e 3a. avaliação:
Médias e desvios padrão

	1a. avaliação	2a. avaliação	3a. avaliação
Grupo de controlo (N=25) M SD	 3m e 19d 13d	 6m e 11d 16d	 2m e 8 d 17d
Grupo experimental (N=26) M SD	 3m e 19d 12d	 6m e 14 d 17d	 12m e 1d 31d
Amostra total (N=51) M SD	 3m e 19 d 13d	 6m e 13 d 17d	 12m e 2d 25 d

3.5. Procedimentos estatíticos utilizados

Para o tratamento estatístico dos dados recorremos ao programa SPSS na versão MsWindows 6.0 e os procedimentos estatísticos utilizados, escolhidos de acordo com os objectivos a testar em cada uma das hipóteses consideradas, como especificamos na secção que se segue, foram os que passamos desde já a apresentar.

3.5.1. Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos e Teste T de Wilcoxon para amostras de sujeitos emparelhados

No nosso estudo, muito embora alguns requisitos para a utilização de testes paramétricos estivessem presentes (Shavelson, 1988) — dado que existe uma variável independente com dois níveis e cada sujeito aparece referido em apenas um desses níveis —, não nos foi possível, para a maior parte dos instrumentos que utilizámos, assegurar que os resultados obtidos se distribuíssem segundo a curva normal na população em geral e que exista homogeneidade na variância dos mesmos, nos grupos considerados. Com efeito, os dados que tais instrumentos fornecem são, na sua grande maioria, dados métricos, mas não podemos garantir que a intervalos numéricos iguais correspondam distâncias iguais relativamente à propriedade medida (Grimm, 1993).

Assim, e dado que os valores providenciados pelos instrumentos utilizados no estudo empírico que descrevemos são principalmente dados ordinais e não se referem a uma escala intervalar, optámos pela utilização de testes não-paramétricos, se bem que estes testes estatísticos tenham a desvantagem de serem menos potentes, sendo mais difícil considerar que as diferenças são significativas quando elas na verdade o podem ser (Greene & D'Oliveira, 1991).

Muito embora pudéssemos tratar os resultados providenciados por alguns dos instrumentos utilizados no presente estudo empírico recorrendo a testes paramétricos, preferimos optar por testes não-paramétricos, susceptíveis de serem usados com todo o tipo de dados, de modo a uniformizar o tratamento estatístico relativo ao testar das diferenças de grupo e assim manter a consistência interna da análise estatística.

Tal como foi exposto no capítulo anterior, os sujeitos foram distribuídos pelos 2 grupos em estudo — grupo experimental e grupo de controle — através da estratégia de emparelhamento.

Assim, conseguimos formar 25 pares de díades mãe-bebé supostamente o mais possível semelhantes entre si num elevado número de características relacionadas com as variáveis dependentes em estudo, menos na variável independente cujo efeito iríamos analisar — a depressão pós-parto.

Quando pretendemos comparar os resultados relativos a 2 grupos onde os sujeitos foram distribuídos através da estratégia de emparelhamento, é apropriado o uso do teste paramétrico *t-test* para amostras correlacionadas ou o uso do teste não-paramétrico *Wilcoxon T* — também designado por *Wilcoxon's matched-pairs signed-rank test* (Schweigert, 1994) e por *Wilcoxon T test for two dependent groups* (Shavelson,

1988). Com efeito, *"com grupos emparelhados de sujeitos, considera-se que ... também é legítimo efectuar uma comparação directa entre as performances desses grupos de sujeitos ..., pelo que designs que utilizam sujeitos emparelhados são tratados como se se tratassem dos mesmos sujeitos"* (Greene & D'Oliveira, 1991, p. 70).

No entanto, quando acontece sujeitos diferentes serem colocados em grupos diferentes, o que também se verifica no presente estudo — por exemplo, no tratamento dos resultados das avaliações realizadas aos 6 e 12 meses do pós-parto, quando se pretende comparar as mães deprimidas e não-deprimidas, as quais já não são supostamente as mesmas que definimos anteriormente no grupo experimental e no grupo de controle pelo método do emparelhamento — o teste de Mann-Whitney *(Mann-Whitney t test for two independents groups)* é o mais indicado (Shavelson, 1988).

Assim sendo, optámos por utilizar o teste T de Wilcoxon, teste não-paramétrico, que permite determinar se duas amostras emparelhadas (i.e., estabelecida aos pares), são significativamente diferentes (d'Hainaut, 1990). Este teste pode ser utilizado desde que se tenha 2 conjuntos de medidas que estejam de algum modo emparelhadas (Guilford & Fruchter, 1973). O objectivo do teste T de Wilcoxon é ajudar a decidir se os resultados obtidos por pares emparelhados de sujeitos são significativamente diferentes, ou seja permite comparar as *performance* de pares de sujeitos no sentido de verificar a existência de diferenças significativas (Greene & D'Oliveira, 1991).

Se não há diferenças entre os 2 conjuntos de resultados, então o somatório das ordens baseadas nas diferenças negativas deverá ser aproximadamente igual ao somatório das ordens baseadas nas diferenças positivas. A hipótese nula verifica-se quando o somatório das diferenças entre os pares de valores é aproximadamente 0, o que, por outras palavras, corresponde a dizer que os 2 conjuntos de resultados foram retirados da mesma população (Schweigert, 1994). A hipótese alternativa é a da não equivalência das distribuições que corresponde à situação inversa da que acabamos de descrever (Grimm, 1993). Quando se verifica que a soma das diferenças encontradas entre cada par — constituído por um elemento do grupo experimental e o elemento correspondente do grupo de controle — é significativamente diferente de 0, podemos concluir que são significativas as diferenças assinaladas entre os 2 grupos.

Foi igualmente usado o teste de Mann-Whitney, teste não-paramétrico que permite avaliar se os resultados de duas amostras independentes são significativamente diferentes (d'Hainaut, 1990), ou seja, que possibilita determinar se os dois grupos donde foram retirados os dados *"são idênticos ou não no que se refere à sua tendência central"* (Shavelson, 1988, p. 608). O valor U, determinado por este teste

estatístico, é tanto menor quanto mais significativas forem as diferenças entre as ordens dos resultados obtidos nos dois grupos (Greene & D'Oliveira, 1991).

Tal como acontece com o teste estatístico anterior, a vantagem deste teste estatístico é a de poder aplicar-se a distribuições que não sejam normais, assim como a amostra pequenas, como é aqui o caso (d'Hainaut, 1990).

Por último, assinale-se que estão preenchidos os requisitos para se poderem aplicar os testes estatísticos referidos neste ponto: 1) existe uma variável independente com dois níveis, 2) cada membro do par ou cada elemento da amostra é referido a apenas um dos dois grupos, 3) os níveis da variável independente diferem qualitativa ou quantitativamente, 4) os sujeitos foram distribuídos aleatoriamente pelos grupos, 5) os valores nas populações distribuem-se de forma contínua e 6) as duas populações têm tamanhos idênticos (exclusivamente para o teste T de Wilcoxon).

3.5.2. Análise de Variância simples para ordens de Kruskal-Wallis

Quando se pretende comparar, simultaneamente, os resultados de 3 ou mais grupos, é aconselhável a utilização da análise de variância (Schweigert, 1994). Quando se pretende apreciar se são significativas as diferenças entre as medidas de uma mesma característica geral avaliada em 3 ou mais grupos de sujeitos diferentes, deve igualmente aplicar-se a análise de variância (Greene & D'Oliveira, 1991; Guilford & Fruchter, 1973; d'Hainaut, 1990). A análise de variância permite concluir que, no seu conjunto, relativamente a uma dada medida os grupos analisados diferem significativamente.

Na análise de variância considera-se o grupo total, formado pelo conjunto dos grupos a comparar, e estima-se a variância (variância total) que, no caso dos grupos terem resultados significativamente diferentes, será maior do que a variância no interior de cada grupo.

Podemos concluir que existe uma diferença com significado estatístico entre os resultados dos grupos a comparar quando a variância crítica — que compreende a variabilidade dos indivíduos e dos grupos e pressupõe a existência de uma diferença eventual entre os resultados a comparar — é superior à variância residual — que corresponde somente à variabilidade entre os indivíduos e não pressupõe a existência de uma diferença sistemática eventual entre os grupos.

O teste F — variância crítica/variância residual — permite saber se estas duas estimativas da variância são ou não iguais, dentro dos limites das flutuações devidas ao acaso. Se a razão F for inferior a 1 a diferença não é significativa e pode considerar-se

que não há diferenças entre os grupos analisados, se a razão F for superior a 1, as diferenças poderão ou não ser significativas, sendo preciso, para o certificar, consultar a tabela do F.

Efectua-se uma análise de variância simples quando se quer avaliar se são significativamente diferentes os resultados para uma dada variável estimada em vários grupos, sem que se tenha a necessidade de operar subgrupos.

A análise de variância simples para ordens de Kruskal-Wallis — *Kruskal-Wallis nonparametric one-way analysis of variance* (Shavelson, 1988) — é um método cujo objectivo é comparar o valor global de várias amostras independentes — utiliza-se por haver mais de dois grupos a comparar — quando os dados são ordinais, mas também é útil quando se trata de dados métricos em que não é permitido aplicar a análise de variância paramétrica (d'Hainaut, 1990; Schweigert, 1994).

A análise da variância simples para ordens de Kruskal-Wallis é um teste não-paramétrico que deverá ser utilizado nas condições em que não são preenchidos os critérios seguintes: normalidade dos resultados, homogeneidade da variância nos grupos, variável dependente avaliada numa escala intervalar ou de razão (Schweigert, 1994).

Este tipo de análise é usada para testar hipóteses acerca de diferenças entre 3 ou mais grupos e estabelece se tais diferenças se devem ao acaso ou se devem à pertença a grupos diferentes (Shavelson, 1988). Determina se k amostras independentes são ou não provenientes da mesma população (SPSS, 1993). A hipótese nula é de que não há diferenças significativas entre os resultados dos diferentes grupos, enquanto que a hipótese alternativa é de que há diferenças significativas em pelo menos 2 das populações representadas pelos valores dos grupos respectivos (Schweigert, 1994).

Para utilizar este teste os dados devem referir-se a uma escala no mínimo ordinal e devem distribuir-se de forma contínua na população. Exige-se ainda que o número mínimo de indivíduos em cada célula seja 6 elementos (Shavelson, 1988). Quando H for superior ou igual ao limiar na tabela do qui-quadrado, para p= 0.01, a diferença é muito significativa; quando H for superior ou igual a esse limiar, para p= 0.05, a diferença é apenas significativa.

Estudar os efeitos de 2 ou mais variáveis independentes com duas ou mais situações cada sobre uma medida dependente ou ainda comparar 2 ou mais grupos divididos em 2 ou mais subgrupos, exige — dado que há pelo menos duas bases distintas de classificação da variável independente — que se faça uma análise de variância com várias dimensões, do tipo classificação hierarquizada, *two way* (II) ou mutlivariada (Greene & D'Oliveira, 1991; Guilford & Fruchter, 1973; Shavelson, 1988).

No caso presente teríamos necessidade de efectuar uma análise de variância multivariada, dado que pretendemos ter em conta diversos subgrupos em cada um dos grupos analisados — por forma a, por exemplo, revelar a influência do estado de saúde mental e da pertença a diferentes condições de existência sobre as variáveis dependentes em estudo. No entanto, tal obrigaria à adopção de fórmulas paramétricas que o tipo de dados recolhidos pelos instrumentos escolhidos não permitem (SPSS, 1993).

Concluindo, os *t-test*, referidos no ponto 1.1, serão usados quando se pretender comparar os resultados em apenas 2 grupos, enquanto que a análise de variância será empregue sempre que se pretender comparar os resultados em mais de 2 grupos.

Usaremos a análise de variância simples para ordens de Kruskal-Wallis que se utiliza com dados ordinais e no caso das amostras serem independentes.

A análise de variância não será usada quando formos testar os efeitos de cada 2 ou mais variáveis independentes sobre as diferenças observadas na variável dependente, dado que, para esse fim, necessitaríamos de recorrer à análise multivariada, a qual apenas se aplica quando os dados se referem a uma escala intervalar. Realizaremos com esse propósito a análise de regressão múltipla, a qual pode aplicar-se a dados ordinais, e recorreremos também à ajuda de *t-test*.

Os tratamentos estatísticos que apresentámos até ao momento, permitem constatar a existência de diferenças significativas entre os grupos, mas, no entanto, não possibilitam o estabelecimento de relações de predição, como acontece na análise de regressão múltipla e na análise discriminante que descreveremos mais adiante.

3.5.3. Coeficientes de Correlação

Quando procurámos avaliar a intensidade da relação entre duas variáveis calculámos o coeficiente de correlação entre essas mesmas variáveis, para tentar encontrar um índice que permita averiguar qual o tipo de relação que elas têm entre si — positiva, negativa ou nula. Quando a correlação é positiva, é porque as variáveis se alteram num e mesmo sentido; há entre essas variáveis uma relação directa, o que significa que ambas variam no mesmo sentido. Quando a correlação é negativa é porque as variáveis se alteram em sentido inverso, isto é, variam em sentido opostos. Quando a correlação é nula concluímos que não existe relação entre as variáveis. Assim, *"o quadrado do coeficiente de correlação pode interpretar-se ... como sendo a proporção da variância de Y, atribuível à variância de X"* (d'Hainaut, 1992, p. 26).

Existem diferentes tipos de coeficientes de correlação, adequados ao tipo de variáveis que se pretende correlacionar. O coeficiente de correlação linear de Bravais-Pearson, r, por exemplo, pode apenas ser aplicado com dados métricos — embora se admita a sua utilização no caso das distribuições não serem normais — e quando há indicações de uma relação linear entre as variáveis. O coeficiente de correlação de Spearman, rs, é um coeficiente de correlação de estatística não-paramétrica. Quando uma das variáveis é dicotómica e pode tomar apenas dois valores enquanto que a outra variável se refere a dados métricos (i.e., dados que se exprimem por números, de modo que intervalos iguais representam distâncias iguais), utiliza-se o coeficiente de correlação ponto-bisserial, rpbi. Quando ambas as variáveis são dicotómicas utiliza-se o coeficiente Fi.

3.5.4. Análise de Regressão Múltipla

A análise de regressão linear é o método estatístico indicado *"para estudar a contribuição, em separado ou em conjunto, de uma ou mais variáveis independentes Xi na variação da variável dependente Y"* (Wampold & Freund, 1987, p. 372); estabelece a relação sistemática entre 2 ou mais variáveis, por forma a que os valores das variáveis independentes possam ser usados para predizer os valores da variável dependente (Shavelson, 1988).

O propósito é estabelecer a relação funcional entre X (variável independente) e Y (variável dependente), de modo a que sabendo o valor de X possamos estabelecer o valor de Y. Podemos então identificar a proporção ou percentagem de variância de uma variável que é responsável pela variação observada na outra.

Na regressão linear simples, apenas uma variável preditora é usada, enquanto que na regressão linear múltipla emprega-se mais do que uma variável preditora (Grimm, 1993; Wampold & Freund, 1987).

A análise de regressão múltipla permite-nos saber quais os factores (V.I.s.) que melhor servem para predizer os valores da variável dependente (V.D.); e, para melhor predizer os diversos valores da variável dependente, a análise de regressão múltipla dá-nos a combinação linear mais adequada de factores independentes. Assim, a análise de regressão múltipla é usada quando se pretende estudar a relação entre um conjunto de variáveis independentes Xs — as quais não têm que ser estatisticamente independentes, permitindo-se que estejam intercorrelacionados — e uma variável dependente Y (Afifi & Clark, 1984).

No estudo que agora apresentámos tivemos necessidade de optar pela análise multivariada porque realizamos numerosas observações e obtivemos muitas medidas para cada indivíduo (Afifi & Clark, 1984). A análise de regressão múltipla foi

encetada quer para descrever a relação entre as diversas variáveis susceptíveis de funcionar como variáveis independentes e cada uma das variáveis dependentes a explicar, quer para encontrar o peso relativo dessas mesmas variáveis na determinação de cada uma das variáveis dependentes a explicar. A variável cujos valores nos interessa predizer — a variável dependente, por exemplo, a conduta interactiva materna — pode supostamente ser função de uma conjunção específica de várias variáveis independentes, que interferem conjuntamente ou não com a variável independente em estudo — a depressão pós-parto da mãe —, e é esse tipo de questões que será analisado através deste método estatístico.

Existem 3 formas de fazer entrar as variáveis independentes na equação de regressão, o que origina 3 tipos diferentes de análise de regressão múltipla: a) o método *enter* que introduz, em simultâneo, todas as variáveis independentes na equação de regressão; b) o método *stepwise* que selecciona as variáveis que vão entrar na equação de regressão de acordo com a grandeza da sua contribuição para a variável dependente; c) o método *hierárquico* no qual o investigador escolhe a ordem pela qual as variáveis vão entrar na equação de regressão (Wampold & Freund, 1987).

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos no estudo que agora descrevemos, utilizamos a regressão múltipla de tipo *stepwise*, método que se caracteriza por ser o próprio programa a seleccionar as variáveis independentes susceptíveis de predizerem significativamente a variável dependente e por ser o próprio programa a introduzir apenas estas mesmas variáveis na equação de regressão, pela ordem de grandeza da sua participação na determinação da variável dependente em estudo. No entanto, considere-se as condições de utilização deste método: destina-se a investigações mais do tipo preditivo do que explanatório, o número de sujeitos deve ser elevado, e os resultados devem ser replicados em outras amostras (Wampold & Freund, 1987).

Chama-se variável-critério (Y*) à variável cujo valor se pretende predizer e variável-preditora (X) à variável que serve para predizer o valor da variável critério. Chama-se recta de regressão à recta que representa a relação linear entre o critério e o preditor que melhor se ajusta aos dados.

A análise de regressão fornece-nos indicações muito úteis, as quais sempre que possível serão apresentadas nos quadros que se referem ao tratamento estatístico dos dados. Dá-nos o valor de B (coeficiente de regressão parcial) — a estimação da mudança na variável dependente que pode ser atribuída a uma mudança na variável independente —; dá-nos o valor de R (coeficiente de correlação parcial) — que varia entre -1 e +1 e é a medida da correlação parcial entre uma variável dependente e uma independente; dá-nos o valor de R^2 (coeficiente de correlação múltipla) — que é a proporção da variância da variável dependente explicável pelas variáveis

independentes —; dá-nos ainda o valor de S^2 (erro *standard* de estimativa) — que é a variação de Y que não é explicada pela intervenção da variável preditora X — (SPSS, 1993).

Por último, note que, enquanto que os *t-test* e os coeficientes de correlação para uma dada variável independente ignoram a contribuição das outras variáveis independentes, o coeficiente de regressão parcial toma em consideração a contribuição de todas as variáveis independentes e o coeficiente de correlação múltipla é a medida do grau em que a melhor combinação das variáveis independentes prediz a variável dependente, o qual, se for significativo, permite que se conclua que as variáveis independentes consideradas predizem a variável dependente na população (Wampold & Freund, 1987).

No estudo que agora descrevemos foram consideradas as variáveis preditoras discriminadas na página seguinte (ver Quadro 46), as quais, nos quadros relativos aos dados e nas análises estatísticas referentes à análise de regressão e à análise discriminante, serão designadas pelas abreviaturas agora colocadas entre parênteses.

3.5.5. Análise Discriminante

A análise discriminante é o método estatístico indicado para *"examinar a extensão em que múltiplas variáveis preditoras se relacionam com um critério categórico, como é a pertença a um grupo"* (Betz, 1987, p. 393). É usada para classificar os indivíduos em 1, 2 ou mais grupos alternativos, com base num conjunto de medidas, e é particularmente apropriada quando se pretende *"descrever, sumariar ou compreender as diferenças entre os grupos"* (Betz, 1987, p. 393).

Esta análise também é usada para identificar quais as variáveis independentes que contribuem para a classificação num grupo determinado relativo a uma variável dependente (Afifi & Clark, 1984), ou seja, permite avaliar a capacidade preditora de um conjunto de variáveis para uma dada classificação. Tal como a análise de regressão múltipla, a análise discriminante tem por propósito a predição, mas, enquanto que a análise de regressão múltipla se refere à predição de variáveis contínuas, a análise discriminante refere-se à predição de um critério ou categoria, tal como a pertença a um grupo (Betz, 1987). A *cluster analysis*, por sua vez, é um tipo particular de análise discriminante que agrupa os indivíduos em grupos não conhecidos (Afifi & Clark, 1984). Assim, quando temos múltiplas variáveis preditoras, a análise de regressão múltipla é o método apropriado quando a variável dependente é contínua, enquanto que a análise discriminante será o método apropriado quando a variável dependente for categórica,

como acontece quando se estabelecem, por exemplo, 2 ou mais níveis para a variável dependente.

Quadro 46
Variáveis consideradas na Análise de Regressão Múltipla e na Análise Discriminante

Tempo	Variável	Designação	Variação
***	presença de depressão materna aos 3 meses	(d3)	+
**	presença de depressão materna aos 6 meses	(d6)	+
*	presença de depressão materna aos 12 meses	(d12)	+
***	grandeza da sintomatologia depressiva materna aos 3 meses	(epds3)	+
**	grandeza da sintomatologia depressiva materna aos 6 meses	(epds6)	+
*	grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses	(epds12)	+
***	gravidade da depressão materna aos 3 meses	(gr3)	+
***	nível ocupacional da mãe	(nom)	-
***	nível educacional	(nem)	-
***	idade da mãe	(im)	+
***	classe social da família	(csf)	-
***	tipo de cuidados prestados ao bebé	(cb)	1
***	estatuto matrimonial da mãe	(em)	2
***	ajustamento conjugal da mãe	(am)	-
***	sexo do bebé	(sb)	3
***	qualidade da conduta interactiva da mãe aos 3 meses	(im3)	+
**	qualidade da conduta interactiva da mãe aos 6 meses	(im6)	+
*	qualidade da conduta interactiva da mãe aos 12 meses	(im12)	+
***	cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 3 meses	(cm3)	+
**	cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 6 meses	(cm6)	+
*	cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 12 meses	(cm12)	+
***	preocupação materna aos 3 meses	(pm3)	+
**	preocupação materna aos 6 meses	(pm6)	+
*	preocupação materna aos 12 meses	(pm12)	+
***	nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses	(nb3)	+
**	nível de desenvolvimento do bebé aos 6 meses	(nb6)	+
*	nível de desenvolvimento do bebé aos 12 meses	(nb12)	+
***	qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses	(ib3)	+
**	qualidade da conduta interactiva do bebé aos 6 meses	(ib6)	+
*	qualidade da conduta interactiva do bebé aos 12 meses	(ib12)	+
***	dificuldades desenvolvimentais do bebé aos 3 meses	(db3)	+
**	dificuldades desenvolvimentais do bebé aos 6 meses	(db6)	+
*	dificuldades desenvolvimentais do bebé aos 12 meses	(db12)	+
***	cuidados prestados pelo pai ao bebé	(cp)	+
***	qualidade da interacção mãe-bebé aos 3 meses	(imb3)	+
**	qualidade da interacção mãe-bebé aos 6 meses	(imb6)	+
*	qualidade da interacção mãe-bebé aos 12 meses	(imb12)	+

*** variáveis consideradas aos 3, 6 e 12 meses
** variáveis consideradas aos 3 e 6 meses
* variáveis consideradas aos 3 meses

\+ variável de grandeza proporcional positiva
\- variável de grandeza proporcional negativa

1 — Fica em casa com a mãe (1) / os cuidados são fornecidos por outros (2)
2 — Casada (1) / cohabitando (2)
3 — Masculino (1) / Feminino (2)

A análise discriminante foi aqui utilizada para determinar uma função linear de factores que pudesse ser eficazmente usada para predizer a pertença a um de dois grupos — por exemplo, as mães que se encontram deprimidas e as mães que não se encontram deprimidas aos 12 meses do pós-parto. Tem sido muito utilizada na tentativa de identificar, a partir de uma série de medidas, indivíduos em alto-risco de desenvolver determinadas patologias (Betz, 1987).

A análise discriminante tem, em relação aos *t-test*, a vantagem de permitir considerar a existência de diferenças entre os grupos, tomando em simultâneo todas as variáveis independentes que podem contribuir para essa diferença.

Tal como a análise de regressão, a análise discriminante fornece ao investigador uma equação — neste caso designada de discriminante — que indica a importância relativa de cada variável independente na predição da classificação do indivíduo no critério — ou seja, na discriminação dos grupos. Também aqui o investigador pode optar por diferentes estratégias para fazer entrar as variáveis independentes na equação de predição. Encontrar a função discriminante consiste em estimar a combinação linear de variáveis discriminantes que maximize a distancia — ou seja, as diferenças — entre os grupos em estudo (Betz, 1987; SPSS, 1993).

Numa função discriminante a correlação canónica ao quadrado é a proporção da variabilidade total explicada pelas diferenças entre os grupos.

Os indicadores estatísticos *(Wilks's lambda)*, por sua vez, referem-se à proporção de variância nos valores discriminantes que não é explicada pela pertença ao grupo. Deste modo, um valor de 1 ocorre quando as diferenças entre os grupos não são significativas, enquanto que valores que se aproximam de 0 indicam que a maior parte da variabilidade nos resultados pode ser atribuída às diferenças entre grupos, pelo que quanto menores forem os valores *Wilks's lambda*, mais as variáveis a que se referem diferenciam melhor os grupos.

As variáveis utilizadas na(s) análise(s) disciminante(s) realizada(s) neste estudo são as mesmas e têm as mesmas designações que anteriormente apresentámos no quadro da página anterior (ver quadro 46).



CAPÍTULO II

RESULTADOS
E
ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS

Este capítulo é dedicado à apresentação e à análise estatística dos resultados obtidos no estudo empírico que descrevemos no capítulo anterior.

Cada hipótese é confrontada com os resultados recolhidos nas observações realizadas junto das díades mãe-bebé da amostra em estudo.

No entanto, os resultados só serão discutidos do ponto de vista clínico, conceptual e da revisão bibliográfica já elaborada, na parte final desta dissertação, relativa às conclusões da mesma.

II. RESULTADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS

Este segundo capítulo é dedicado à apresentação e análise estatística dos resultados do estudo empírico cujos objectivos, metodologia e instrumentos foram já descritos no capítulo anterior. Dado que também já se introduziram e justificaram os procedimentos estatísticos a utilizar, os resultados empíricos são agora directamente apresentados e analisados do ponto de vista estatístico, à luz das hipóteses então estabelecidas. Cada hipótese é considerada e testada separadamente e os resultados são discutidos no seu significado estatístico.

1. Depressão Pós-parto e Interacção mãe-bebé

1.1. Depressão pós-parto e conduta interactiva da mãe

Para testar a hipótese 1 — que as mães que se encontram deprimidas a seguir ao parto, quando comparadas com as mães que não estão deprimidas (variável independente, VI), exibem uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com o bebé (variável dependente, VD) — realizaram-se os procedimentos os estatísticos que passamos a descrever.

1. Estudou-se, através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas *(Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test)*, junto dos pares de sujeitos emparelhados já definidos (mães com/sem depressão pós-parto no 3º mês do puerpério), o significado das diferenças encontradas na conduta interactiva das mães, avaliada através do questionário Home, das escalas de interacção IRS para a situação alimentar e face-a-face, e da grelha de observação GOISIL, nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé.

Os resultados que se encontram nos quadros seguintes indicam a presença de uma conduta interactiva de menor qualidade por parte das mães que se encontram deprimidas no 3º mês do pós-parto, durante a interacção com o bebé em todas as

situações interactivas observadas — situação de interacção alimentar, de interacção face-a-face e de interacção livre — e em todos os momentos considerados — ou seja, aos 3, 6 e 12 meses do bebé (ver os Quadros 1, 3 e 5 — que se referem, respectivamente, à primeira, segunda e terceira avaliação da qualidade da conduta interactiva materna).

2. Estudou-se, através do teste de Mann-Whitney *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças encontradas na conduta interactiva das mães que estão deprimidas e das mães que não estão deprimidas ao 6° e 12° mês do pós-parto, avaliadas através do questionário Home, das escalas de interacção IRS para a situação alimentar e face-a-face e da grelha de observação GOISIL.

Os resultados que se encontram nos quadros seguintes indicam, por parte das mães que estão deprimidas no 6° e no 12° mês do pós-parto, quando apenas se considera o facto de estarem ou não deprimidas respectivamente no 6° e no 12° mês do pós-parto, a presença de uma conduta interactiva de menor qualidade durante a interacção com o bebé, em todas as situações interactivas observadas — situação de interacção alimentar, de interacção face-a-face e de interacção livre — e em qualquer um dos momentos considerados — ou seja, aos 6 e 12 meses do bebé (ver os Quadros 2 e 4 que se referem, respectivamente, à segunda e terceira avaliação da qualidade da conduta interactiva materna).

Conduta interactiva materna 3 meses após o parto: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=50)

Aos 3 meses de idade do bebé, pode assinalar-se, por parte das mães com depressão pós-parto, uma conduta interactiva muito menos adequada na interacção com o bebé (ver Quadro 1), quer na situação alimentar ($z= -3.9770$, $p< 0.001$), quer na situação de face-a-face ($z= -4.0452$, $p< 0.001$), quer na situação de interacção livre; nomeadamente, uma resposta verbal e emocional menos positiva para com o bebé, tal como pode ser observada através do inventário Home ($z= -2.1344$, $p< 0.05$).

Na situação de alimentação (IRSal), as mães com depressão pós-parto foram observadas a prestar significativamente menos atenção ao bebé ($z= -2.7255$, $p< 0.01$), a exibir significativamente mais actividade física não-significativa ($z= -2.5340$, $p< 0.01$), a ter significativamente menos vezes o olhar dirigido para o bebé ($z= -2.1339$, $p< 0.05$), a vocalizar significativamente mais vezes inadequadamente ($z= -3.5276$, $p< 0.001$), a provocar significativamente mais vezes a remoção do biberão por iniciativa própria ($z= -2.5340$, $p< 0.05$), a colocar significativamente mais vezes o bebé a arrotar ($z= -2.5558$, $p<$

0.05) e a mostrar uma significativa maior persistência no aleitar quando o bebé rejeita o biberão/mamilo (z= -3.8147, p< 0.001). No entanto, não foram observadas diferenças significativas na posição tomada pela mãe para alimentar o bebé (z= -1.6097, n.s.) e as mães com depressão pós-parto desviaram um número semelhante de vezes a cabeça da orientação do bebé quanto as mães não-deprimidas (z= -1.4003, n.s.).

Quadro 1
Conduta interactiva materna (3 meses após o parto)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos: Mães com depressão pós-parto/ Mães sem perturbação psicopatológica assinalável (N=50)

Instrumento		Conduta interactiva da mãe	média	média	z	
HOME	SE1	Resposta emocional e verbal da mãe	4.63	8.65	-2.1344	*
	SE2	Aceitação do comportamento da criança	7.43	10.10	-1.1598	
	SE3	Organização do meio-ambiente físico e temporal	9.50	9.50	-1.6549	
	SE4	Provisão de material de jogo apropriado	9.92	10.14	-0.9658	
	SE5	Envolvimento da mãe com a criança	6.50	11.90	-1.4589	
	SE6	Oportunidades de variedade na estimulação	6.93	7.08	-0.2097	
	ET	Escala Total	9.58	12.22	-2.2401	*
IRSd		Posição de alimentar	9.17	10.38	-1.6097	
		Estado	6.50	7.04	-2.7255	**
		Actividade Física	4.50	6.15	-2.5340	*
		Orientação da Cabeça	4.00	4.67	-1.4003	
		Contacto Ocular	4.50	6.33	-2.1339	*
		Vocalizações	4.50	9.79	-3.5276	***
		Remoção do Biberão	4.50	6.15	-2.5340	*
		Arrotar	5.00	8.75	-2.5558	*
		Persistência no aleitar	9.00	11.62	-3.8147	***
		Total	4.00	11.86	-3.9770	***
IRSff		Estado	0.00	7.00	-3.1798	**
		Actividade Física	0.00	7.50	-3.2958	***
		Orientação da Cabeça	4.00	4.67	-1.4003	
		Contacto Ocular	0.00	1.50	-1.3416	
		Silêncio, Aversão do Olhar	0.00	5.50	-2.8031	**
		Expressões Faciais	8.50	9.56	-3.3534	***
		Vocalizações	0.00	8.00	-3.4078	***
		Comporta. Infantilizados	5.00	7.17	-2.8304	**
		Resposta Contingente	5.50	8.18	-3.0954	**
		Comportamento de Jogo	8.00	10.11	-3.5011	***
		Total	2.50	12.90	-4.0452	***
GOILS	obj	Cuidar, consolar ou acalmar apropriado	5.60	5.40	-0.0510	
		Cuidar, consolar ou acalmar não apropriado	2.500	6.00	-0.6761	
		Jogo apropriado	8.60	11.13	-2.3146	*
		Jogo que não é apropriado	11.65	8.25	-2.8675	**
		Promoção do desenvolvimento apropriado	2.00	1.00	-0.4472	
		Promoção do desenvolvimento não apropriado	0.00	0.00	0.0000	
		Restrição: situações que envolvem perigo a)	0.00	0.00	0.0000	
		Restrição: situações que envolvem perigo b)	0.00	0.00	0.0000	
		Restrição: situações que não envolvem perigo a)	0.00	0.00	0.0000	
		Restrição: situações que não envolvem perigo b)	0.00	0.00	0.0000	
		Punição física	0.00	0.00	0.0000	
		Controlo através do jogo	0.00	0.00	0.0000	
		Pegar ao colo, abraçar ou aconchegar	11.40	9.60	-0.3360	
		Tocar, acariciar	8.77	13.45	-0.6604	
		Beijar, lamber ou morder afectuoso	6.39	11.94	-0.8994	
		Movimento ou gesto em direcção ao bebé	9.00	10.36	-2.0121	*
	Cond	Movimento, gesto, contacto directo com objecto(s)	10.86	8.81	-0.9859	
		Colocar em posição de face-a-face	10.25	11.18	-2.5894	**
		Olhar para o bebé	1.50	3.90	-1.8869	
		Olhar para os olhos do bebé	8.64	12.18	-1.9117	
		Olhar para o mundo físico ou social	10.68	11.35	-0.0695	
	Int	Alegria, contentamento, bem-estar	6.00	9.09	-2.5854	**
		Tristeza, melancolia	3.00	2.00	-0.3651	
		Aborrecimento, desagrado, hostilidade	3.70	2.50	-1.6773	
		Angústia, desespero, preocupação, tensão	3.50	3.50	-1.4676	
		Ausência de expressão, desatenção	7.17	9.50	-2.1030	*
	Ter	Riso ou sorriso	8.31	9.61	-0.4734	
		Mímica facial	3.00	3.75	-0.9435	
		Acelerações/desacelerações intencionais	3.00	1.50	0.0000	
		Murmurejar, sussurrar, cochichar	5.83	5.36	-1.0193	
		Aumento da intensidade de voz	1.00	0.00	-1.0000	
	Act	Gritar, berrar	0.00	0.00	0.0000	
		Gargalhada	1.00	0.00	-1.0000	
		Cantar, modular voz, sons com carácter rítmico	7.58	11.75	-2.2213	*
	Vas	Conteúdo positivo a respeito do bebé	5.50	5.50	-1.1212	
		Conteúdo negativo a respeito do bebé	7.93	4.50	-1.2944	
		Palavras infantilizadas	11.06	10.05	-0.2053	
		Vocalização, verbalização em direcção ao bebé	9.21	11.19	-1.5120	
	Tip	Iniciativa interactiva	3.50	6.56	-2.3117	*
		Iniciativa não interactiva	3.50	1.00	-1.7529	
		Ausência de resposta	2.25	1.50	-0.8018	
		Resposta interactiva positiva	2.63	4.50	-0.8090	
		Imitação	0.00	0.00	0.0000	
		Conduta simultânea	0.00	0.00	0.0000	
		Troca ou sequência de trocas interactivas	2.00	1.00	-0.4472	
		Resposta interactiva negativa	0.00	0.00	0.0000	
		Manejo abrupto	1.00	0.00	-1.0000	
		Sobre-estimulação	2.500	1.00	-1.0690	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Na situação de face-a-face (IRSff), as mães com depressão pós-parto foram observadas a prestar significativamente menos atenção ao bebé, apresentando-se de

forma deprimida ou com uma aparência ansiosa (z= -3.1798, p< 0.01), mostraram-se pouco/demasiado activas e apresentaram reduzida actividade física significativa com os propósitos do bebé (z= -3.2958, p< 0.001); para além do mais, raramente se calaram durante a aversão do olhar por parte do bebé (z= -2.8031, p< 0.01), exibiram um elevado número de expressões faciais de indiferença ou de tensão e raramente propuseram expressões de sorriso e contentamento ao bebé (z= -3.3534, p< 0.001). As suas vocalizações foram constantes ou estiveram ausentes e não foram apresentadas a um ritmo sensível e contingente como aconteceu com as mães que não estavam deprimidas (z= -3.4078, p< 0.001), exibiram um reduzido número de actividades de imitação do bebé ou de comportamentos infantilizados (z= -2.8304, p< 0.01), e foram mais raramente observadas a responder prontamente e em acordo com a conduta do bebé (z= -3.0954, p< 0.01), bem como a brincar com o bebé jogos apropriados à idade deste (z= -3.5011, p< 0.001). No entanto, não foram observadas diferenças que pudessem ser consideradas estatisticamente significativas, entre as mães que se encontravam deprimidas e as que não se encontravam deprimidas, no olhar para o bebé (z= -1.3416, n.s.) e no desvio da cabeça da direcção do bebé (z= -1.4003, n.s.), durante a situação de interacção face-a-face observada aos 3 meses de idade do bebé.

Na situação de interacção livre (GOISIL), no que se refere aos objectivos interactivos, assinala-se que as mães com depressão pós-parto foram significativamente menos vezes observadas a brincar de modo apropriado com o bebé (z= -2.3146, p< 0.05) e foram significativamente mais vezes observadas a brincar de um modo não-apropriado com o bebé (z= -2.8675, p< 0.01). No que se refere ao tipo de conduta interactiva, observou-se um número mais reduzido de iniciativas interactivas dirigidas ao bebé por parte das mães com depressão pós-parto (z= -2.3117, p < 0.05). Por último, foi igualmente observado, por parte das mães com depressão pós-parto, e em relação ao que foi observado com as mães que não se encontravam deprimidas, menos movimentos ou gestos em direcção ao bebé (z= -2.0121, p< 0.05) e menos tentativas de colocar o bebé em posição de face-a-face (z= -2.5894, p< 0.01). Para além disso, as mães com depressão pós-parto, exibiram significativamente menos vezes expressões faciais de alegria, contentamento e bem-estar (z= -2.5854, p< 0.01) e mostraram-se significativamente mais vezes desatentas, com ausência de expressão facial ou com expressão neutra (z= -2.1030, p< 0.05). Cantar, modular a voz ou emitir sons com carácter rítmico na interacção livre com o bebé foi significativamente mais vezes observado junto das mães sem perturbação psiquiátrica assinalável do que junto das mães deprimidas (z= -2.2213, p< 0.05).

Conduta interactiva materna 6 meses após o parto: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=46)

Na segunda avaliação que fizemos da conduta interactiva materna 6 meses depois do parto, observámos diferenças significativas entre a conduta das mães que se encontravam deprimidas nessa altura (EPDS ≥ 9) e a conduta das mães que não se encontravam deprimidas nessa altura (EPDS < 9).

Tal como pode concluir da leitura do quadro seguinte, as mães que se encontram deprimidas no 6º mês do pós-parto têm uma conduta interactiva menos adequada do que as mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável, quando não se considera o facto de elas terem ou não estado deprimidas no 3º mês do puerpério (ver Quadro 2).

Com efeito, as mães que se encontram deprimidas 6 meses após o parto apresentam, na situação de alimentação (IRSal), uma conduta significativamente menos adequada com o bebé (z= -2.8569, p< 0.01), que se caracteriza pelos aspectos seguintes: desvio frequente da cabeça da direcção do bebé (z= -2.1811, p< 0.05), olhar raramente para o bebé (z= -2.0692, p< 0.05), assim como remoção frequente do biberão/mamilo por iniciativa própria (z=-1.0917, p< 0.05) e, no entanto, maior persistência em aleitar o bebé quando este rejeita o biberão (z= -2.5749, p< 0.01). Contudo, não foram observadas diferenças significativas entre os 2 grupos de mães no que se refere à posição tomada pela mãe para alimentar o bebé (z= -0.3160, n.s.), ao estado da mãe (z= -1.9085, n.s.), à quantidade de actividade física significativa (z=-1.4027, n.s.) às vocalizações (z= -0.0267, n.s.) e ao comportamento de pôr o bebé a arrotar (z= -2.0692, n.s.).

Na situação de face-a-face (IRSff), quando não se considerou o facto de as mães terem ou não estado deprimidas no 3º mês do puerpério, observou-se que a conduta interactiva das mães que se encontravam deprimidas 6 meses após o parto era — exceptuando a circunstância de a mãe deprimida providenciar menos o silêncio durante a aversão do olhar do bebé (z= -2.3155, p < 0.05) — em muitos aspectos semelhante à conduta das mães que não se encontravam deprimidas nessa altura (z= -1.7777, n.s.); nomeadamente, no que se refere aos aspectos seguintes: estado da mãe (z= -0.9345, n.s.), actividade física (z= -1.0000, n.s.), à orientação da sua cabeça em relação ao bebé (z= -1.5058, n.s.), contacto ocular (z= -1.3904, n.s.), expressões faciais (z= -0.2728, n.s.), vocalizações (z= -0.5371, n.s.). comportamentos infantilizados (z= -0.4871, n.s.), resposta contingente (z= -1.2762, n.s.) e comportamento de jogo para com o bebé (z= -1.2435, n.s.).

Quadro 2
Conduta interactiva materna (6 meses após o parto)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=46)

Instrumento		Conduta interactiva da mãe	média	média	z	
	SE1	Resposta emocional e verbal da mãe	18.10	24.78	-1.8073	
H	SE2	Aceitação do comportamento da criança	16.50	25.60	-2.3769	*
O	SE3	Organização do meio-ambiente físico e temporal	18.43	24.60	-1.5978	*
M	SE4	Provisão de material de jogo apropriado	13.73	27.03	-3.2976	***
E	SE5	Envolvimento da mãe com a criança	15.70	26.02	-2.6512	**
	SE6	Oportunidades de variedade na estimulação	20.03	23.78	-0.9595	
	ET	Escala Total	13.80	27.00	-3.2506	**
		Posição de alimentar	21.70	22.91	-0.3160	
		Estado	18.00	24.83	-1.9085	
		Actividade Física	19.13	24.24	-1.4027	
I		Orientação da Cabeça	17.40	25.14	-2.1811	*
R		Contacto Ocular	18.43	24.60	-2.0692	*
S		Vocalizações	22.43	22.53	-0.0267	
dl		Remoção do Biberão	19.97	23.81	-1.0917	*
		Arrotar	18.43	24.60	-2.0692	
		Persistência no aleitar	16.27	25.72	-2.5749	**
		Total	14.87	26.45	-2.8569	**
		Estado	21.00	23.28	-0.9345	
		Actividade Física	22.50	22.50	1.0000	
		Orientação da Cabeça	19.67	23.97	-1.5058	
I		Contacto Ocular	21.53	23.00	-1.3904	
R		Silêncio, Aversão do Olhar	17.50	25.09	-2.3155	*
S		Expressões Faciais	23.10	22.19	-0.2728	
ff		Vocalizações	21.20	23.17	-0.5371	
		Comport. Infantilizados	21.30	23.12	-0.4871	
		Resposta Contingente	19.37	24.12	-1.2762	
		Comportamento de Jogo	19.25	23.33	-1.2435	
		Total	16.50	23.74	-1.7777	
	o	Cuidar, consolar ou acalmar apropriado	25.27	18.20	-2.4531	*
	b	Cuidar, consolar ou acalmar não apropriado	22.35	19.61	-1.1168	
	j	Jogo apropriado	12.96	24.13	-2.8435	**
	e	Jogo que não é apropriado	27.15	17.30	-2.5163	*
	c	Promoção do desenvolvimento apropriado	18.81	21.31	-0.8370	
	t	Promoção do desenvolvimento não apropriado	21.54	20.00	-1.4412	
	i	Restrição: situações que envolvem perigo a)	20.50	20.50	0.0000	
	v	Restrição: situações que envolvem perigo b)	20.50	20.50	0.0000	
	o	Restrição: situações que não envolvem perigo a)	21.04	20.24	-0.5353	
	s	Restrição: situações que não envolvem perigo b)	21.00	20.26	-0.3267	
		Punição física	20.50	20.50	0.0000	
		Controlo através do jogo	20.50	20.50	0.0000	
		Pegar ao colo, abraçar ou aconchegar	18.85	21.30	-0.6334	
		Tocar, acariciar	21.04	20.24	-0.2026	
		Beijar, lamber ou morder afectuoso	20.50	20.50	0.0000	
		Movimento ou gesto em direcção ao bebé	22.96	19.31	-1.0482	
G	C	Movimento, gesto, contacto directo com objecto(s)	22.65	19.46	-0.8114	
O	o	Colocar em posição de face-a-face	18.38	21.52	-0.8011	
I	n	Olhar para o bebé	17.04	22.17	-1.7789	
S	d	Olhar para os olhos do bebé	17.15	22.11	-1.2597	
I	u	Olhar para o mundo físico ou social	19.96	20.76	-0.2026	
L	t	Alegria, contentamento, bem-estar	21.54	20.00	-1.4412	
	a	Tristeza, melancolia	21.58	19.98	-0.7764	
	s	Aborrecimento, desagrado, hostilidade	25.31	18.19	-2.4699	*
		Angústia, desespero, preocupação, tensão	19.46	21.00	-0.6789	
	I	Ausência de expressão, desatenção	26.73	17.50	-2.4823	*
	n	Riso ou sorriso	16.96	22.20	-1.3475	
	t	Mímica facial	18.88	21.28	-0.7570	
	e	Acelerações/desacelerações intencionais	20.50	20.50	0.0000	
	r	Murmurejar, sussurrar, cochichar	19.19	21.13	-0.6466	
	a	Aumento da intensidade de voz	20.50	20.50	0.0000	
	c	Gritar, berrar	20.50	20.50	0.0000	
	t	Gargalhada	17.15	22.11	-1.2597	
	i	Cantar, modular voz, sons com carácter rítmico	22.70	15.92	-1.7235	
	v	Conteúdo positivo a respeito do bebé	20.02	21.50	-0.5675	
	a	Conteúdo negativo a respeito do bebé	22.69	19.44	-0.9168	
	s	Palavras infantilizadas	17.31	22.04	-1.2098	
		Vocalização, verbalização em direcção ao bebé	17.62	21.89	-1.0891	
	T	Iniciativa interactiva	14.69	23.30	-2.4531	*
	i	Iniciativa não interactiva	23.62	19.00	-2.5610	*
	p	Ausência de resposta	21.38	20.07	-0.4162	
	o	Resposta interactiva positiva	22.96	19.31	-1.0482	
	s	Imitação	20.00	20.74	-0.6939	
		Conduta simultânea	20.50	20.50	0.0000	
		Troca ou sequência de trocas interactivas	21.54	20.00	-1.4412	
		Resposta interactiva negativa	21.00	20.26	-0.4969	
		Manejo abrupto	22.12	19.72	-1.3279	
		Sobre-estimulação	21.54	20.00	-1.4412	

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

Na situação de interacção livre (GOISIL), as mães que se encontravam deprimidas 6 meses após o parto mostraram significativamente menos iniciativas interactivas (z= -2.4531, p< 0.05) e mais iniciativas não-interactivas (z= -2.5610, p< 0.05) para com o bebé, assim como tiveram para com o bebé significativamente menos jogo apropriado (z= -2.8435, p< 0.01), significativamente menos cuidar, consolar ou acalmar apropriado (z= -2.4531p< 0.05) e significativamente mais jogo não apropriado (z= -2.5163, p< 0.05). Aborrecimento, desagrado e hostilidade (z= -2.4699, p< 0.05), assim como

ausência de expressão e desatenção (z= -2.4823, p< 0.05), foram as expressões faciais que com significativa maior frequência foram observadas junto das mães com depressão 6 meses após o parto, contrariamente ao que se observou junto das mães sem depressão, quando não se considerou o facto de as mães terem ou não estado deprimidas anteriormente.

Conduta interactiva materna 6 meses após o parto: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=46)

Na observação realizada aos 6 meses de idade do bebé, verificaram-se igualmente diferenças significativas entre a conduta interactiva das mães que tinham apresentado depressão pós-parto — não se considerando o facto de elas se encontrarem ou não ainda deprimidas — e a conduta interactiva das mães que não apresentaram qualquer perturbação psiquiátrica assinalável a seguir ao parto (ver Quadro 3). Assinale-se, particularmente, uma significativa menor resposta emocional e verbal em direcção ao bebé (z= -2.2286, p<0.05) e um menor envolvimento da mãe com o bebé (z= -3.1574, p< 0.01), assim como, por parte das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, uma conduta interactiva muito menos adequada na interacção com o bebé de 6 meses (z= -3.4414, p< 0.001), quer na situação alimentar (z= -3.3715, p< 0.001), quer na situação de face-a-face (z= -3.4062, p< 0.001), quer na situação de interacção livre.

Na situação de alimentação (IRSal), aos 6 meses de idade do bebé, as mães que desenvolveram — e ainda apresentavam ou não — depressão após 3 meses do parto foram observadas a prestar significativamente menos atenção ao bebé (z= -2.5854, p< 0.01), assim como a olhar significativamente menos para o bebé (z= -2.8031, p< 0.01), a ter a cabeça significativamente menos dirigida para o bebé (z= -2.9505, p< 0.01), a provocar significativamente mais vezes a remoção do biberão por iniciativa própria (z= -2.6052, p< 0.01), a colocar significativamente mais o bebé a arrotar (z= -2.8031, p< 0.01), e a mostrar significativamente mais persistência no aleitar quando o bebé rejeita o biberão/mamilo (z= -1.9882, p< 0.05). Na situação de interacção alimentar, aos 6 meses de idade do bebé, não foram no entanto observadas diferenças significativas no que se refere à posição escolhida pela mãe para alimentar o bebé (z= -1.5306, n.s.), assim como no que se refere à quantidade de actividade física (z= -1.9219, n.s.) e de vocalizações exibidas pelas mães enquanto alimentam o bebé (z= -0.4260, n.s.).

Quadro 3
Conduta interactiva materna (6 meses após o parto)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=46)

Instrumento		Conduta interactiva da mãe	média	média	z	
	SE1	Resposta emocional e verbal da mãe	5.67	8.00	-2.2286	*
H	SE2	Aceitação do comportamento da criança	4.50	8.11	-1.9219	
O	SE3	Organização do meio-ambiente físico e temporal	6.80	7.13	-0.8037	
M	SE4	Provisão de material de jogo apropriado	9.13	10.84	-2.5573	*
E	SE5	Envolvimento da mãe com a criança	6.50	9.88	-3.1574	**
	SE6	Oportunidades de variedade na estimulação	5.00	7.89	-1.7821	
	ET	Escala Total	5.13	12.92	-3.4414	***
		Posição de alimentar	10.67	10.43	-1.5306	
		Estado	6.00	9.08	-2.5654	**
		Actividade Física	6.00	7.30	-1.9219	
I		Orientação da Cabeça	5.50	7.65	-2.9505	**
R		Contacto Ocular	0.00	5.50	-2.8031	**
S		Vocalizações	8.44	7.50	-0.4260	
df		Remoção do Biberão	5.50	7.83	-2.6052	**
		Arrotar	0.00	5.50	-2.8031	**
		Persistência no aleitar	8.63	9.12	-1.9882	*
		Total	4.63	12.50	-3.3715	***
		Estado	0.00	4.00	-2.3664	*
		Actividade Física	2.50	5.31	-2.3694	*
		Orientação da Cabeça	3.50	3.50	-1.4676	
I		Contacto Ocular	0.00	4.50	-2.5205	*
R		Silêncio, Aversão do Olhar	0.00	1.00	-1.0000	
S		Expressões Faciais	3.50	5.43	-1.8363	
ff		Vocalizações	3.00	5.78	-2.4973	**
		Comport. Infantilizados	7.50	9.63	-1.8462	
		Resposta Contingente	5.00	7.17	-2.8304	**
		Comportamento de Jogo	7.00	8.15	-2.6126	**
		Total	3.50	13.34	-3.4062	***
	o	Cuidar, consolar ou acalmar apropriado	4.50	4.50	-0.6301	
	b	Cuidar, consolar ou acalmar não apropriado	3.38	1.50	-1.6181	
	j	Jogo apropriado	2.50	11.50	-3.2881	***
	e	Jogo que não é apropriado	10.44	6.25	-3.3200	***
	c	Promoção do desenvolvimento apropriado	4.50	3.92	-1.6058	
	t	Promoção do desenvolvimento não apropriado	1.00	0.00	-1.0000	
	i	Restrição: situações que envolvem perigo a)	0.00	0.00	0.0000	
	v	Restrição: situações que envolvem perigo b)	0.00	0.00	0.0000	
	o	Restrição: situações que não envolvem perigo a)	1.00	0.00	-1.0000	
	s	Restrição: situações que não envolvem perigo b)	2.50	2.50	-0.9129	
		Punição física	0.00	0.00	0.0000	
		Controlo através do jogo	0.00	0.00	0.0000	
		Pegar ao colo, abraçar ou aconchegar	11.72	8.45	-0.4225	
		Tocar, acariciar	9.07	10.54	-1.2676	
		Beijar, lamber ou morder afectuoso	7.19	8.93	-0.1490	
		Movimento ou gesto em direcção ao bebé	5.04	11.80	-1.9972	*
G	C	Movimento, gesto, contacto directo com objecto(s)	10.63	9.55	-0.4024	
O	o	Colocar em posição de face-a-face	9.50	10.45	-0.3823	
I	n	Olhar para o bebé	0.00	4.50	-2.5205	*
S	d	Olhar para os olhos do bebé	8.57	10.09	-1.1105	
I	u	Olhar para o mundo físico ou social	8.19	10.55	-0.8710	
L	t	Alegria, contentamento, bem-estar	7.00	9.13	-3.2900	***
	a	Tristeza, melancolia	3.00	0.00	-2.0226	*
	s	Aborrecimento, desagrado, hostilidade	4.67	4.00	-1.4003	
		Angústia, desespero, preocupação, tensão	3.17	2.75	-0.5394	
	I	Ausência de expressão, desatenção	8.08	7.50	-2.5558	*
	n	Riso ou sorriso	4.00	10.13	-1.7891	
	t	Mímica facial	4.50	5.25	-1.0662	
	e	Acelerações/desacelerações intencionais	1.50	3.00	0.0000	
	r	Murmurejar, sussurrar, cochichar	8.50	4.00	-0.6516	
	a	Aumento da intensidade de voz	0.00	0.00	0.0000	
	c	Gritar, berrar	0.00	0.00	0.0000	
	t	Gargalhada	0.00	2.00	-1.6036	
	i	Cantar, modular voz, sons com carácter rítmico	8.38	8.54	-1.7840	
	v	Conteúdo positivo a respeito do bebé	3.38	4.83	-0.8455	
	a	Conteúdo negativo a respeito do bebé	7.30	8.00	-1.2869	
	s	Palavras infantilizadas	8.33	9.36	-1.2545	
		Vocalização, verbalização em direcção ao bebé	7.93	9.75	-0.9941	
	T	Iniciativa interactiva	6.83	8.00	-0.7219	
	i	Iniciativa não interactiva	2.00	0.00	-1.6036	
	p	Ausência de resposta	5.13	2.50	-1.0987	
	o	Resposta interactiva positiva	5.17	7.00	-0.1778	
	s	Imitação	0.00	0.00	0.0000	
		Conduta simultânea	0.00	0.00	0.0000	
		Troca ou sequência de trocas interactivas	1.00	0.00	-1.0000	
		Resposta interactiva negativa	1.00	2.00	-0.4472	
		Manejo abrupto	1.50	0.00	-1.3416	
		Sobre-estimulação	1.00	0.00	-1.0000	

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

Diferenças com significado estatístico entre a conduta interactiva das mães que apresentaram e ainda apresentam ou não depressão pós-parto e a conduta interactiva das mães que não tiveram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável a seguir ao parto, foram igualmente observadas na situação de face-a-face (IRSff), quando os bebés tinham 6 meses de idade ($z = -3.4062$, $p < 0.001$). Verificou-se que as mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério estavam agora pouco atentas e predominantemente deprimidas ou de aparência ansiosa ($z = -2.3664$, $p < 0.05$) na

interacção com o bebé, mantinham uma actividade física excessiva ou muito reduzida (z= -2.3694, p< 0.05), raramente olhavam para o bebé (z= -2.5205, p<0.05), eram pouco contingentes nas suas vocalizações — vocalizavam constantemente ou não vocalizavam — (z= -2.4973, p< 0.01), apresentavam uma reduzida gama de comportamentos infantilizados e raramente imitavam as actividades do bebé (z= -1.8462, p< 0.05), as suas respostas contingentes eram em número muito reduzido (z= -2.8304, p< 0.01), assim como eram em número reduzido os comportamentos de jogo apropriado à idade do bebé (z= -2.6126, p< 0.01). Contudo, não se observaram diferenças significativas no que se refere à orientação da cabeça (z= -1.4676, n.s.), ao silêncio durante a aversão do olhar (z= -1.0000, n.s.) e à qualidade das expressões faciais da mãe (z= -1.8363, n.s.).

Na situação de interacção livre (GOISIL), aos 6 meses de idade do bebé, viu-se que as mães que tiveram depressão pós-parto — não se considerando o facto de elas se manterem ou não deprimidas — quando comparadas com as mães que não tiveram depressão pós-parto, tinham uma conduta interactiva significativamente diferente nos aspectos seguintes: tinham com menos frequência comportamentos de jogo apropriado ao bebé (z= -3.2881, p< 0.001), tinham com mais frequência comportamentos de jogo não apropriado ao bebé (z= -3.3200, p< 0.001), para além de que se observou por parte das mães um significativo menor número de movimentos ou gestos em direcção ao bebé (z= -1.9972, p< 0.05), um significativo menor número de olhares para o bebé (z= -2.5205, p< 0.05), um significativo menor número de expressões faciais de alegria, contentamento e de bem-estar (z= -3.2900, p< 0.001), um significativo maior número de expressões de tristeza ou de melancolia (z= -2.0226, p< 0.05) e um significativo maior número de momentos em que a expressão da mãe estava ausente, era neutra ou a mãe parecia desatenta na interacção com o bebé (z= -2.5558, p< 0.05).

Conduta interactiva materna 12 meses após o parto: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=45)

Na terceira avaliação que fizemos da conduta interactiva materna, aos 12 meses de idade do bebé, quando não se considerou o facto de as mães terem ou não estado deprimidas no 3º e/ou no 6º mês do puerpério, verificamos diferenças significativas nas situações interactivas observadas entre a conduta interactiva das mães que nessa altura se encontravam deprimidas e a conduta interactiva das mães que, 12 meses depois do parto, não se encontravam deprimidas (ver Quadro 4) — quer nas respostas e observação realizada através do inventário Home (z= -2.5633, p< 0.05),

quer na interacção durante a situação de face-a-face (z= -2.6305, p< 0.01), quer na interacção durante a situação livre; muito embora não na situação alimentar (z= -1.4747, n.s.).

Quadro 4
Conduta interactiva materna (12 meses após o parto)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos:Mães deprimidas/Mães não-deprimidas(N=45)

Instrumento		Conduta interactiva da mãe	média	média	χ^2	
	SE1	Resposta emocional e verbal da mãe	17.38	25.05	-1.9473	
H	SE2	Aceitação do comportamento da criança	19.50	24.27	-1.1376	
O	SE3	Organização do meio-ambiente físico e temporal	20.33	23.97	-0.8920	
M	SE4	Provisão de material de jogo apropriado	13.88	26.32	-2.8455	**
E	SE5	Envolvimento da mãe com a criança	22.42	23.21	-0.1931	
	SE6	Oportunidades de variedade na estimulação	15.83	25.61	-2.3062	*
	ET	Escala Total	14.71	26.02	-2.5633	*
		Posição de alimentar	22.59	21.80	-0.2243	
		Estado	16.55	23.88	-2.3631	*
		Actividade Física	20.45	22.53	-0.5376	
I		Orientação da Cabeça	20.95	22.36	-0.4349	
R		Contacto Ocular	10.00	22.69	-1.2158	
S		Vocalizações	22.00	22.00	0.0000	
al		Remoção do Biberão	16.59	23.86	-2.9766	**
		Arrotar	20.55	22.50	-1.7056	
		Persistência no aleitar	20.00	22.69	-0.6919	
		Total	17.23	23.64	-1.4747	
		Estado	16.73	23.81	-2.2906	*
		Actividade Física	16.14	24.02	-2.0479	*
		Orientação da Cabeça	17.68	23.48	-2.0672	*
I		Contacto Ocular	19.59	22.83	-1.6712	
R		Silêncio, Aversão do Olhar	16.55	23.88	-2.4674	*
S		Expressões Faciais	16.45	23.91	-2.1241	*
ff		Vocalizações	16.09	24.03	-2.0808	*
		Comport. Infantilizados	14.55	24.56	-2.4945	*
		Resposta Contingente	13.82	24.81	-2.7583	**
		Comportamento de Jogo	15.82	24.13	-2.1696	*
		Total	13.50	24.92	-2.6305	**
	o	Cuidar, consolar ou acalmar apropriado	21.82	20.70	-0.4310	
	b	Cuidar, consolar ou acalmar não apropriado	21.91	20.67	-0.7882	
	j	Jogo apropriado	13.05	23.92	-2.5863	**
	e	Jogo que não é apropriado	24.27	19.80	-1.1101	
	c	Promoção do desenvolvimento apropriado	21.35	20.87	-0.1393	
	t	Promoção do desenvolvimento não apropriado	21.45	20.83	-0.3258	
	i	Restrição: situações que envolvem perigo a)	21.00	21.00	0.0000	
	v	Restrição: situações que envolvem perigo b)	19.50	21.55	-1.0754	
	o	Restrição: situações que não envolvem perigo a)	21.91	20.67	0.7882	
	s	Restrição: situações que não envolvem perigo b)	22.73	20.37	-0.7187	
		Punição física	21.00	21.00	0.000	
		Controlo através do jogo	21.00	21.00	0.000	
		Pegar ao colo, abraçar ou aconchegar	16.95	22.48	-1.3621	
		Tocar, acariciar	22.64	20.40	-0.5938	
		Beijar, lamber ou morder afectuoso	22.95	20.28	-0.7218	
		Movimento ou gesto em direcção ao bebé	20.05	21.35	-0.3162	
G	C	Movimento, gesto, contacto directo com objecto(s)	19.14	21.68	-0.6064	
O	o	Colocar em posição de face-a-face	19.32	21.62	-0.5473	
I	n	Olhar para o bebé	17.41	22.32	-1.3286	
S	d	Olhar para os olhos do bebé	17.55	22.27	-1.1216	
I	u	Olhar para o mundo físico ou social	20.09	21.33	-0.2991	
L	t	Alegria, contentamento, bem-estar	15.77	22.92	-1.7846	
	a	Tristeza, melancolia	21.91	20.67	-0.7882	
	s	Aborrecimento, desagrado, hostilidade	26.09	19.13	-2.0530	*
		Angústia, desespero, preocupação, tensão	19.50	21.55	-1.0754	
	I	Ausência de expressão, desatenção	24.36	19.77	-1.2896	
	n	Riso ou sorriso	17.50	22.28	-1.1448	
	t	Mímica facial	17.59	22.25	-1.4664	
	e	Acelerações/desacelerações intencionais	20.00	21.37	-0.8673	
	r	Murmurejar, sussurrar, cochichar	22.95	20.28	-0.9651	
	a	Aumento da intensidade de voz	21.00	21.00	0.0000	
	c	Gritar, berrar	22.36	20.50	-1.6514	
	t	Gargalhada	17.00	22.47	-1.8732	
	i	Cantar, modular voz, sons com carácter rítmico	18.95	21.75	-0.6661	
	v	Conteúdo positivo a respeito do bebé	20.00	21.37	-0.4033	
	a	Conteúdo negativo a respeito do bebé	20.82	21.07	-0.0761	
	s	Palavras infantilizadas	19.68	21.48	-0.4285	
		Vocalização, verbalização em direcção ao bebé	17.23	22.38	-1.2360	
	T	Iniciativa interactiva	19.73	21.47	-0.4189	
	i	Iniciativa não interactiva	22.95	20.28	-0.7218	
	p	Ausência de resposta	22.55	20.43	-0.7237	
	o	Resposta interactiva positiva	21.41	20.85	-0.1374	
	s	Imitação	21.45	20.83	-0.3258	
		Conduta simultânea	20.50	21.18	-0.6055	
		Troca ou sequência de trocas interactivas	20.45	21.20	-0.2557	
		Resposta interactiva negativa	22.36	20.50	-1.6514	
		Manejo abrupto	22.36	20.50	-1.6514	
		Sobre-estimulação	21.00	21.00	0.0000	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Na situação de alimentação do bebé (IRSal), as diferenças significativas observadas na conduta interactiva das mães que se encontravam deprimidas no 12º mês do puerpério limitaram-se ao seu estado (z= -2.3631, p< 0.05), dado que as mães se mostraram predominantemente deprimidas ou de aparência ansiosa, e não foram

significativas nos restantes aspectos: posição de alimentar (z= -0.2243, n.s.), actividade física (z= -0.5376, n.s.), orientação da cabeça (z= -0.4349, n.s.), contacto ocular (z= -1.2158, n.s.), vocalizações (z= 0.0000, n.s.), remoção do biberão (z= -2.9766, p< 0.01), arrotar (z= -1.7056, n.s.) e persistência da mãe no aleitar (z= -0.6919, n.s.).

Na situação de interacção face-a-face (IRSff), as mães que se encontravam deprimidas 12 meses depois do parto mostraram, diferenças significativas em relação às mães que não se encontravam deprimidas nesse momento, e não se considerando o facto de as mães terem ou não estado deprimidas nos primeiros meses que se seguiram ao nascimento do bebé, pelo facto de, tal como aconteceu na interacção alimentar, estarem predominantemente deprimidas ou com aparência ansiosa (z= -2.2906, p< 0.05). Para além do mais, na interacção face-a-face, observou-se ainda que as mães deprimidas no 12º mês do puerpério, dirigiram muito pouca actividade física ou dirigiram actividade física em excesso ao bebé (z= -2.0479, p< 0.05), assim como frequentemente desviaram a orientação da sua cabeça da direcção do bebé (z= -2.0672, p< 0.05), raramente providenciaram o silêncio durante a aversão do olhar do bebé (z= -2.4674, p< 0.05), apresentaram muitas vezes expressões faciais de indiferença ou de tensão (z= -2.1241, p< 0.05), emitiram vocalizações de forma constante ou as vocalizações estiveram ausentes da interacção com o bebé, sendo em ambos os casos não-contingentes com a conduta do bebé (z= -2.0808, p< 0.05), raramente imitaram o bebé ou apresentaram comportamentos simplificados (z= -2.4945, p< 0.05), raramente responderam no mesmo género ou prontamente ao comportamento do bebé (z= -2.7583, p< 0.01), e raramente brincaram com o bebé jogos apropriados à idade deste (z= -2.1696, p< 0.05), embora mantivessem igual contacto ocular ao contacto mantido com o bebé pelas mães que não se encontravam deprimidas nesse momento (z= -1.6712, n.s.).

Algumas diferenças significativas, relativamente às mães que não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto, foram ainda observadas na situação de interacção livre, junto das mães que se encontravam deprimidas nessa altura. As mães deprimidas providenciaram ao bebé significativamente menos situações de jogo apropriado (z= -2.5863, p< 0.01) e manifestaram significativamente mais expressões faciais de aborrecimento, desagrado e hostilidade (z= -2.0530, p< 0.05) do que as mães que não se encontravam deprimidas ao ano de idade do bebé, quando não se considerou, para a sua inclusão nos grupos a comparar, o facto de as mães terem ou não estado deprimidas nas avaliações anteriores.

Conduta interactiva materna 12 meses após o parto: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=45)

Doze meses a seguir ao parto, ainda se observam diferenças significativas na conduta interactiva das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, quando a sua conduta foi comparada com a conduta das mães que não desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, e não se considerou o facto de as mães estarem ou não deprimidas nessa altura nem o facto de as mães terem ou não estado deprimidas no 6° mês do puerpério.

As mães que estiveram deprimidas no 3° mês do puerpério — quando foram comparadas com as mães que não manifestaram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do pós-parto — mostraram, na idade de 12 meses do bebé, uma conduta interactiva menos adequada, nomeadamente fraca resposta emocional e verbal para com o bebé ($z= -2.0896$, $p< 0.05$), assim como outros aspectos que se observaram nas situações de alimentação, face-a-face e interacção livre, os quais descreveremos já de seguida (ver Quadro 5).

Na situação de alimentação (IRSal) do bebé, observou-se que as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto — e não se considerando o facto de elas se manterem ou não deprimidas depois desse momento — ainda mantinham, 9 meses depois da ocorrência do episódio de depressão pós-parto, uma conduta interactiva pouco adequada com o bebé ($z= -2.4950$, $p< 0.01$).

Com efeito, muito embora já não se observem diferenças estatisticamente significativas no que se refere à posição para alimentar ($z= -1.8204$, n.s.), à actividade física ($z= -1.5799$, n.s.) e às vocalizações durante a interacção ($z= -0.4315$, n.s.), e também já não se observem diferenças estatisticamente significativas no que refere à quantidade de atenção prestada pela mãe ao bebé ($z= -1.7748$, n.s.), à orientação da cabeça ($z= -0.8452$, n.s.), ao contacto ocular providenciado ($z= -1.6036$, n.s.), ao colocar do bebé a arrotar ($z= -1.0000$, n.s.) e à persistência no aleitar quando o bebé rejeita o biberão/mamilo ($z= -1.0662$, n.s.), 12 meses depois do parto, as mães que desenvolveram depressão nos primeiros meses do puerpério foram significativamente mais vezes observadas a remover a colher/biberão da boca do bebé, por iniciativa própria e sem que tal correspondesse à vontade do bebé, do que as mães que não desenvolveram depressão pós-parto ($z= -2.0226$, $p< 0.05$).

Também na situação de interacção face-a-face (IRSff) — e não se considerando o facto de as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto poderem já não estar deprimidas, nem o facto de as mães que não

desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto poderem estar deprimidas — observou-se que as mães que desenvolveram depressão 3 meses após parto, tinham uma conduta interactiva menos adequada com o bebé na idade de 12 meses deste, quando comparadas com as mães que não desenvolveram depressão pós-parto naquela altura precisa ($z= -3.7236$, $p< 0.001$).

Quando se compararam os registos da interacção face-a-face mãe-bebé aos 12 meses de idade do bebé, nos pares emparelhados de mães do grupo experimental e do grupo de controlo, verificou-se que eram estatisticamente significativas as diferenças assinaladas relativamente — ao estado ($z= -2.5205$, $p< 0.05$), à actividade física ($z= -3.1798$, $p< 0.01$), à orientação da cabeça ($z= -2.2014$, $p< 0.05$), às expressões faciais ($z= -2.9341$, $p< 0.01$), às vocalizações ($z= -2.9341$, $p< 0.01$), ao comportamento infantilizado ($z= -2.9341$, $p< 0.01$), à resposta contingente ($z= -3.2958$, $p< 0.001$) e ao comportamento de jogo ($z= -2.5495$, $p< 0.05$) da mãe durante a interacção com o bebé — embora não fossem estatisticamente significativas as diferenças assinaladas em relação à quantidade de contacto ocular proporcionado pela mãe ao bebé ($z= -1.3416$, n.s.) e ao silêncio da mãe durante a aversão do olhar do bebé ($z= -1.8904$, n.s.).

Na situação de interacção livre (GOISIL), ao ano de idade do bebé, ainda se mostraram estatisticamente significativas as diferenças observadas na conduta das mães que desenvolveram depressão a seguir ao parto, quando a sua conduta interactiva foi comparada com a conduta das mães que não apresentaram qualquer perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério, dado que o jogo apropriado ao interesse e necessidades do bebé era significativamente menos frequente ($z= -3.1139$, $p< 0.01$), enquanto que o jogo não apropriado era significativamente mais frequente ($z= -2.4820$, $p< 0.05$). Para além disso, as mães que desenvolveram depressão pós-parto foram significativamente menos observadas na interacção livre a colocar o bebé em posição de face-a-face ($z= -2.2151$, $p< 0.05$), a olhar para os olhos do bebé ($z= -2.7001$, $p< 0.01$), a expressar alegria, contentamento, bem-estar ($z= -2.3527$, $p< 0.05$), a rir ou sorrir ($z= -2.4388$, $p< 0.05$), a cantar, modular a voz ou apresentar sons com carácter rítmico ($z= -2.3527$, $p< 0.05$), e a vocalizar ou a verbalizar em direcção ao bebé ($z= -2.4447$, $p< 0.05$).

1.2. Depressão pós-parto e conduta interactiva do bebé

Para testar a hipótese 2 — que os bebés das mães que se encontram deprimidas, quando comparados com os bebés das mães que não estão deprimidas após o parto (VI), exibem uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção

com a mãe (VD) — conduzimos os procedimentos estatísticos que passamos a descrever.

Quadro 5
Conduta interactiva materna (12 meses após o parto)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=45)

Instrumento		Conduta interactiva da mãe	média	média	z	
	SE1	Resposta emocional e verbal da mãe	3.50	6.00	-2.0896	*
H	SE2	Aceitação do comportamento da criança	7.64	10.68	-1.3936	
O	SE3	Organização do meio-ambiente físico e temporal	8.60	6.00	-0.1747	
M	SE4	Provisão de material de jogo apropriado	9.13	10.84	-2.5573	*
E	SE5	Envolvimento da mãe com a criança	5.25	6.43	-1.0669	
	SE6	Oportunidades de variedade na estimulação	11.00	8.33	2.9474	**
	ET	Escala Total	6.00	10.20	-2.9396	**
		Posição de alimentar	2.50	5.17	-1.8204	
		Estado	3.50	4.08	-1.7748	
		Actividade Física	4.00	6.14	-1.5799	
I		Orientação da Cabeça	3.00	4.75	-0.8452	
R		Contacto Ocular	0.00	2.00	-1.6036	
S		Vocalizações	6.70	6.36	-0.4315	
d		Remoção do Biberão	0.00	3.00	-2.0226	*
		Arrotar	0.00	1.00	-1.0000	
		Persistência no aleitar	4.50	5.25	-1.0662	
		Total	5.50	12.08	-2.4950	*
		Estado	0.00	4.50	-2.5205	*
		Actividade Física	0.00	7.00	-3.1798	**
		Orientação da Cabeça	0.00	3.50	-2.2014	*
I		Contacto Ocular	0.00	1.50	-1.3416	
R		Silêncio, Aversão do Olhar	4.50	4.50	-1.8904	
S		Expressões Faciais	0.00	6.00	-2.9341	**
ff		Vocalizações	0.00	6.00	-2.9341	**
		Comport. Infantilizados	0.00	6.00	-2.9341	**
		Resposta Contingente	0.00	7.50	-3.2958	***
		Comportamento de Jogo	6.50	6.50	-2.5495	*
		Total	0.00	9.50	-3.7236	***
	o	Cuidar, consolar ou acalmar apropriado	3.25	1.75	-0.5477	
	b	Cuidar, consolar ou acalmar não apropriado	2.00	1.00	-0.4472	
	j	Jogo apropriado	7.00	9.81	-3.1139	**
	e	Jogo que não é apropriado	8.92	6.67	-2.4820	*
	c	Promoção do desenvolvimento apropriado	4.50	4.50	-0.6301	
	t	Promoção do desenvolvimento não apropriado	2.25	1.50	-0.8018	
	i	Restrição: situações que envolvem perigo a)	0.00	0.00	0.0000	
	v	Restrição: situações que envolvem perigo b)	2.00	1.00	-0.4472	
	o	Restrição: situações que não envolvem perigo a)	1.50	0.00	-1.3416	
	s	Restrição: situações que não envolvem perigo b)	5.13	7.00	-1.3760	
		Punição física	0.00	0.00	0.0000	
		Controlo através do jogo	0.00	0.00	0.0000	
		Pegar ao colo, abraçar ou aconchegar	7.40	8.30	-1.3063	
		Tocar, acariciar	8.11	7.83	-0.7384	
		Beijar, lamber ou morder afectuoso	9.17	6.25	-0.1569	
		Movimento ou gesto em direcção ao bebé	5.38	7.72	-1.6773	
G	C	Movimento, gesto, contacto directo com objecto(s)	10.00	8.45	-0.7811	
O	o	Colocar em posição de face-a-face	7.00	8.25	-2.2151	*
I	n	Olhar para o bebé	6.67	5.75	-1.1558	
S	d	Olhar para os olhos do bebé	7.83	9.83	-2.7001	**
I	u	Olhar para o mundo físico ou social	11.36	8.32	-0.2613	
L	t	Alegria, contentamento, bem-estar	7.50	8.73	-2.3527	*
	a	Tristeza, melancolia	1.50	0.00	-1.3416	
	s	Aborrecimento, desagrado, hostilidade	5.38	6.00	-1.5799	
		Angústia, desespero, preocupação, tensão	2.00	0.00	-1.6036	
	I	Ausência de expressão, desatenção	5.69	4.75	-1.8347	
	n	Riso ou sorriso	7.38	10.11	-2.4388	*
	t	Mímica facial	5.17	4.92	-0.8293	
	e	Acelerações/desacelerações intencionais	1.50	0.00	-1.3416	
	r	Murmurejar, sussurrar, cochichar	3.50	3.50	-1.4676	
	a	Aumento da intensidade de voz	0.00	0.00	0.0000	
	c	Gritar, berrar	1.00	0.00	1.0000	
	t	Gargalhada	5.50	4.17	-0.9802	
	i	Cantar, modular voz, sons com carácter rítmico	7.50	8.73	-2.3527	*
	v	Conteúdo positivo a respeito do bebé	2.50	4.60	-1.5213	
	a	Conteúdo negativo a respeito do bebé	6.83	5.00	-0.7113	
	s	Palavras infantilizadas	11.40	8.00	-0.9231	
		Vocalização, verbalização em direcção ao bebé	6.00	8.73	-2.4447	*
	T	Iniciativa interactiva	7.00	10.78	-0.9704	
	i	Iniciativa não interactiva	2.00	0.00	-1.6036	
	p	Ausência de resposta	3.80	4.50	-0.8452	
	o	Resposta interactiva positiva	7.50	7.50	-0.9416	
	s	Imitação	1.00	2.00	-0.4472	
		Conduta simultânea	1.00	0.00	-1.0000	
		Troca ou sequência de trocas interactivas	3.00	5.40	-1.2603	
		Resposta interactiva negativa	1.00	0.00	-1.0000	
		Manejo abrupto	1.00	0.00	-1.0000	
		Sobre-estimulação	0.00	0.00	0.0000	

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

1. Estudou-se o significado das diferenças observadas na conduta do bebé, avaliada através das escalas de interacção IRS para a situação alimentar e face-a-face e da grelha GOISIL, nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé, nos pares de sujeitos emparelhados definidos no grupo de controlo e no grupo experimental, através do

teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas *(Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test)*.

Os resultados que se encontram inscritos nos quadros seguintes — os quais se referem, respectivamente, à primeira, segunda e terceira avaliação da qualidade da conduta interactiva do bebé (ver Quadros 6, 7 e 9) — indicam a presença de uma conduta interactiva de menor qualidade por parte dos bebés das mães que se encontram deprimidas no 3° mês do pós-parto, na interacção com as mesmas. Em todas as idades consideradas (i.e., aos 3, 6 e 12 meses) e em todas as situações observadas (i.e., quando foram avaliados nas escalas de interacção IRS para a situação alimentar e face-a-face e na grelha GOISIL para a situação livre) verificaram-se diferenças significativas, junto dos bebés cujas mães desenvolveram depressão após o parto, quando foram comparados com os bebés das mães que não desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério.

2. Estudou-se também, através do teste de Mann-Whitney *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças observadas na conduta interactiva dos bebés, cujas mães se encontravam ou não deprimidas no 6° e 12° mês do pós-parto e não se considerando o facto de elas terem ou não estado deprimidas nas avaliações anteriores.

Os resultados que se encontram inscritos nos quadros seguintes — os quais se referem, respectivamente, à segunda e terceira avaliação da qualidade da conduta interactiva do bebé (ver Quadros 8 e 10) — indicam a existência de uma conduta interactiva de menor qualidade por parte dos bebés das mães que se encontram deprimidas.

Conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=50)

Os resultados deste estudo indicam que, aos 3 meses de idade, em qualquer uma das situações observadas — isto é, quer na situação em que são alimentados pela mãe ($z= -3.8581$, $p< 0.001$), quer na situação em que são colocados em posição de face-a-face ($z= -3.9121$, $p< 0.001$), quer na situação em que interagem livremente com a mãe — os bebés das mães com depressão pós-parto exibem uma conduta interactiva menos adequada do que os bebés das mães sem perturbação psiquiátrica assinalável, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 6).

Aos 3 meses de idade viu-se que, na situação em que eram alimentados pela mãe (IRSal), quando foram comparados com os bebés das mães que não apresentavam depressão pós-parto, os bebés das mães que apresentavam depressão pós-parto: exibiam significativamente mais actividade física inadequada, sendo mais frequente o dobrar ou arquear das costas ($z= -2.5089$, $p< 0.05$); desviavam significativamente mais a cabeça da direcção em que se encontrava a mãe ($z= -3.3847$, $p< 0.001$); olhavam raramente para a mãe e proporcionavam menos o contacto ocular com ela ($z= -3.2445$, $p< 0.01$); mostravam pouca persistência na alimentação, rejeitando com mais frequência o mamilo ou biberão ($z= -3.5058$, $p< 0.001$). Não foram, no entanto, observadas diferenças no que se refere ao estado de alerta do bebé, sendo que os bebés das mães que evidenciavam depressão pós-parto não se mostraram mais sonolentos enquanto estavam a ser alimentados pelas mães ao 3º mês de vida do que os bebés das mães que não apresentavam qualquer perturbação psiquiátrica assinalável ($z= -0.8885$, n.s.).

Na situação de interacção face-a-face (IRSff), viu-se que os bebés das mães que sofrem de depressão pós-parto, quando são comparados com os bebés das mães que não sofrem de depressão pós-parto, evidenciam uma actividade física mais inadequada para com a mãe, dobrando e arqueando com significativa maior frequência as costas ($z= -2.5205$, $p< 0.05$). Esses bebés mostram uma orientação diferente da cabeça, desviando-a significativamente mais da direcção da mãe ($z= -3.7236$, $p< 0.001$), mantêm um reduzido contacto ocular com a mãe, dado que olham mais raramente para ela ($z= -3.4584$, $p< 0.001$), evidenciam com significativa maior frequência expressões faciais de desagrado — isto é, expressões de mau-humor e cara de choro ($z= -2.8440$, $p< 0.01$) —, bem como são rabugentos e choram com significativa mais frequência ($z= -2.8304$, $p< 0.01$), embora produzam um reduzido número de vocalizações positivas para a mãe, as quais chegam mesmo a estar ausentes do repertório interactivo dos bebés das mães com depressão pós-parto ($z= -2.4797$, $p< 0.05$). Tal como aconteceu na situação de alimentação aos 3 meses de idade do bebé, também na situação de face-a-face, não foram observadas diferenças significativas no estado de alerta/sonolência dos bebés cujas mães estavam ou não deprimidas nessa altura ($z= -1.4809$, n.s.).

Os bebés das mães com depressão pós-parto, quando foram comparados com os bebés das mães sem depressão pós-parto, na situação de interacção livre com a mãe, aos 3 meses de idade, mostraram uma conduta interactiva menos adequada, dado que não responderam às iniciativas interactivas da mãe ($z= -3.4809$, $p< 0.001$) e ofereceram um significativo menor número de respostas interactivas positivas à mãe ($z= -2.9493$, $p< 0.01$). A sua conduta interactiva caracterizava-se ainda por um significativo menor número de movimentos coordenados dirigidos ao corpo da mãe ($z= -2.0402$, $p<$

0.05). Estes bebés, colocavam-se significativamente menos em posição de face-a-face ($z= -2.5151$, $p< 0.05$), olhavam muito menos para a mãe ($z= -2.3809$, $p< 0.05$) — sendo especialmente pouco frequente o olhar para os olhos da mãe ($z= -2.0681$, $p< 0.05$) — e exibiam uma expressão facial diferente: eram significativamente pouco frequentes as expressões de alegria, contentamento e bem-estar ($z= -2.8559$, $p< 0.01$), ao passo que eram significativamente mais frequente a ausência de expressão ou a expressão neutra ($z= -2.8957$, $p< 0.01$).

Quadro 6
Conduta interactiva do bebé (3 meses)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=50)

Instrumento		Conduta interactiva do bebé	média	média	z	
IRSal		Estado	5.00	5.00	-0.8885	
		Actividade Física	8.63	11.75	-2.5089	*
		Orientação da Cabeça	9.25	5.00	-3.3847	***
		Contacto Ocular	10.00	5.50	-3.2445	**
		Persistência na alimentação	9.76	5.00	-3.5058	***
		Total	11.32	4.50	-3.8581	***
IRSff		Estado	5.00	5.00	-1.4809	
		Actividade Física	4.50	0.00	-2.5205	*
		Orientação da Cabeça	9.50	0.00	-3.7236	***
		Contacto Ocular	11.32	8.00	-3.4584	***
		Expressões Faciais	8.79	6.50	-2.8440	**
		Rabugice	7.17	5.00	-2.8304	**
		Vocalizações	7.67	6.50	-2.4797	*
		Total	12.35	3.00	-3.9121	***
GOLSIL	Conduta Interagir	Movimentos involuntários, descoordenados indiferenciados	5.88	8.15	-1.8205	
		Contacto físico com a mãe	5.29	4.00	-1.7178	
		Movimentos coordenados dirigidos ao corpo da mãe	7.73	6.67	-2.0402	*
		Movimentos coordenados dirigidos ao(s) objecto(s)	11.32	9.50	-0.7280	
		Manipulação exploratória do próprio corpo	2.75	5.00	-0.1048	
		Manipulação exploratória do corpo da mãe	0.00	1.50	-1.3416	
		Manipulação exploratória dos objectos	5.58	6.50	-0.0445	
		Auto-estimulação, auto-apaziguamento	2.50	1.00	-1.0690	
		Colocar-se em posição de face-a-face	9.84	10.83	-2.5151	*
		Olhar para a mãe	11.50	9.40	-2.3809	*
		Olhar para os olhos da mãe	10.94	11.20	-2.0681	*
		Seguir visualmente a mãe	5.50	5.50	-0.5606	
		Olhar para o mundo físico ou social que não a mãe	13.29	9.00	-0.4480	
		Sonolência, desatenção	2.50	3.75	0.0000	
		Alegria, contentamento, bem-estar	12.10	5.70	-2.8559	**
	Conduta Activas	Aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar, choro	9.50	10.29	-1.1469	
		Angústia, desamparo, desespero, preocupação, tensão	0.00	1.00	1.0000	
		Ausência de expressão ou expressão neutra	4.00	9.54	-2.8957	**
		Riso ou sorriso	8.44	7.50	-0.4260	
		Mímica facial	0.00	1.00	1.0000	
		Gorjeio, arrulho (sons isolados)	10.21	11.17	-1.4186	
		Balbucio, lalação (sílabas)	0.00	2.50	-1.8257	
		Verbalizações (palavras ou quase-palavras)	0.00	0.00	0.0000	
		Choro	3.00	3.00	-1.2136	
		Grito, berro, guincho	2.00	1.00	-0.4472	
		Queixume, choramingo, rabugice	7.44	9.56	-0.4395	
		Gargalhada	4.40	4.67	-0.5601	
	Tipos	Iniciativa interactiva	7.00	3.40	-1.1832	
		Iniciativa não interactiva	2.50	2.50	0.0000	
		Ausência de resposta	8.50	10.08	-3.4809	***
		Resposta interactiva positiva	11.50	6.50	-2.9493	**
		Imitação	0.00	0.00	0.0000	
		Conduta simultânea	1.00	0.00	1.0000	
		Troca ou sequência de trocas interactivas	1.50	3.00	0.0000	
		Resposta interactiva negativa	8.17	9.45	-1.3018	
		Actividade positiva indiscriminada	3.50	2.67	-0.1348	
		Actividade negativa indiscriminada	0.00	0.00	0.0000	

* $p< 0.05$
** $p< 0.01$
*** $p< 0.001$

Conduta interactiva do bebé aos 6 meses de idade: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=46)

Quando se comparou a conduta interactiva dos bebés das mães que, 6 meses depois do parto, se encontravam deprimidas (EPDS ≥ 9) com a conduta interactiva dos bebés das mães que não se encontravam deprimidas (EPDS < 9) e não se considerou o facto das mães terem ou não estado deprimidas na avaliação anterior, observaram-se as diferenças significativas que agora assinalamos e que indicam que — quer na situação de interacção alimentar ($z= -2.4501$, $p< 0.05$), quer na situação de interacção face-a-face ($z= -2.5204$, $p< 0.05$), quer na situação de interacção livre — a conduta dos bebés das mães que se encontram deprimidas é menos adequada do que a conduta dos bebés das mães que não se encontram deprimidas (ver Quadro 7).

Com efeito, as observações realizadas no decorrer do estudo que agora relatamos indicam que os bebés das mães que se encontravam deprimidas no 6º mês do pós-parto, quando foram observados a interagir com a mãe enquanto esta os alimentavam (IRSal), exibiram um contacto ocular menos adequado, dado que foram observados a olhar menos frequentemente para a mãe ($z= -2.0589$, $p< 0.05$), assim como foram menos persistentes na alimentação, rejeitando com mais frequência o mamilo ou biberão do que os bebés das mães que não se encontravam deprimidas ($z= -3.3217$, $p< 0.001$). No entanto, não se observou que os bebés das mães deprimidas estivessem de modo significativamente diferente ao modo de estar dos bebés das mães que não se encontravam deprimidas no 6º mês do puerpério — no que se refere ao seu estado de atenção ($z= -0.8745$, n.s.), à quantidade de actividade física negativa ($z= -1.1094$, n.s.) e à orientação da sua cabeça para a mãe ($z= -1.9193$, n.s.).

Durante a interacção face-a-face (IRSff), observou-se que os bebés das mães que se encontravam deprimidas desviavam frequentemente a cabeça da direcção da mãe, oferecendo uma orientação da cabeça menos favorável à interacção ($z= -2.5519$, $p< 0.05$), assim como olhavam significativamente menos vezes para a mãe, proporcionando reduzido contacto ocular com a mãe ($z= -2.0589$, $p< 0.05$). No que se refere às expressões faciais, observou-se que os bebés das mães que se encontravam deprimidas sorriam ou expressavam contentamento significativamente menos ($z= -2.3914$, $p< 0.05$). No entanto, não foram observadas diferenças significativas — entre os bebés das mães que se encontravam deprimidas e os bebés das mães que não se encontravam deprimidas 6 meses depois do parto — no que se refere ao estado de atenção ($z= -1.3904$, n.s.), à actividade física negativa ($z= -0.8514$, n.s.), à rabugice ($z= -1.7158$, n.s.) e às vocalizações do bebé para a mãe ($z= -0.9284$, n.s.).

Quadro 7
Conduta interactiva do bebé (6 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=46)

Instrumento	Conduta interactiva do bebé	média	média	z	
	Estado	21.10	23.22	-0.8745	
I	Actividade Física	19.77	23.91	-1.1094	
R	Orientação da Cabeça	17.83	24.91	-1.9193	
S	Contacto Ocular	17.33	25.17	-2.0589	*
aI	Persistência na alimentação	14.27	26.76	-3.3217	***
	Total	15.97	25.88	-2.4501	*
	Estado	21.53	23.00	-1.3904	
	Actividade Física	20.63	23.47	-0.8514	
I	Orientação da Cabeça	16.80	25.45	-2.5519	*
R	Contacto Ocular	17.33	25.17	-2.0589	*
S	Expressões Faciais	16.60	25.55	-2.3914	*
ff	Rabugice	18.27	24.69	-1.7158	
	Vocalizações	20.33	23.62	0.9284	
	Total	15.77	25.98	-2.5204	*
C	Movimentos involuntários, descoordenados indiferenciados	22.58	19.50	-2.0641	*
o	Contacto físico com a mãe	18.08	21.67	0.9856	
n	Movimentos coordenados dirigidos ao corpo da mãe	18.27	21.57	-0.8675	
d	Movimentos coordenados dirigidos ao(s) objecto(s)	17.31	22.04	-1.2024	
u	Manipulação exploratória do próprio corpo	17.85	21.78	-1.4278	
t	Manipulação exploratória do corpo da mãe	21.69	19.93	-0.6761	
a	Manipulação exploratória dos objectos	18.88	21.28	-0.6103	
s	Auto-estimulação, auto-apaziguamento	20.50	20.50	0.0000	
	Colocar-se em posição de face-a-face	13.04	24.09	-2.8163	**
I	Olhar para a mãe	18.62	21.41	-0.7096	
n	Olhar para os olhos da mãe	15.62	22.85	-1.8459	
t	Seguir visualmente a mãe	23.85	18.89	-1.5114	
e	Olhar para o mundo físico ou social que não a mãe	17.23	22.07	-1.2607	
r	Sonolência, desatenção	21.00	20.26	-0.4969	
a	Alegria, contentamento, bem-estar	11.58	24.80	-3.3653	***
G c	Aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar	23.31	19.15	-1.1153	
O t	Angústia, desamparo, desespero, preocupação, tensão	22.58	19.50	-2.0647	*
I i	Ausência de expressão ou expressão neutra	26.50	17.61	-2.2951	*
S v	Riso ou sorriso	17.19	22.09	-1.2629	
I a	Mímica facial	20.50	20.50	0.0000	
L s	Gorjeio, arrulho (sons isolados)	23.15	19.22	-1.0376	
	Balbucio, lalação (sílabas)	16.54	22.41	-1.6803	
	Verbalizações (palavras ou quase-palavras)	20.50	20.50	0.0000	
	Choro	21.54	20.00	-1.4412	
	Grito, berro, guincho	19.50	20.98	-0.9941	
	Queixume, choramingo, rabugice	23.38	19.11	-1.1563	
	Gargalhada	20.00	20.74	-0.2835	
T	Iniciativa interactiva	21.65	19.94	-0.5214	
i	Iniciativa não interactiva	21.62	19.96	-0.4741	
p	Ausência de resposta	27.00	17.37	-2.4903	*
o	Resposta interactiva positiva	19.84	21.31	-0.6865	
s	Imitação	20.00	20.74	-0.6939	
	Conduta simultânea	20.50	20.50	0.0000	
	Troca ou sequência de trocas interactivas	21.54	20.00	-1.4412	
	Resposta interactiva negativa	23.81	18.91	-1.2987	
	Actividade positiva indiscriminada	20.50	20.50	0.0000	
	Actividade negativa indiscriminada	20.50	20.50	0.0000	

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

Na situação de interacção livre (GOISIL), os bebés das mães que na altura da segunda avaliação se encontravam deprimidas evidenciaram um significativo maior número de movimentos involuntários, descoordenados ou indiferenciados ($z = -2.0641$, $p < 0.05$), assim como procuraram significativamente menos vezes colocar-se em posição de face-a-face ($z = -2.8163$, $p < 0.01$), expressaram significativamente menos vezes alegria, contentamento e bem-estar ($z = -3.3653$, $p < 0.01$), significativamente mais vezes angústia, desamparo, desespero, preocupação e tensão ($z = -2.0647$, $p < 0.05$), e significativamente mais vezes ausência de expressão ou expressão neutra em relação aos bebés das mães que não se encontravam deprimidas ($z = -2.2951$, $p < 0.05$). A ausência de resposta foi também significativamente mais vezes observada junto dos

bebés das mães que se encontravam deprimidas do que junto dos bebés das mães que não se encontravam deprimidas 6 meses depois do parto (z= -2.4903, p< 0.05).

Conduta interactiva do bebé aos 6 meses de idade: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=46)

Indicam também os resultados obtidos neste estudo que as diferenças já assinaladas, observadas junto dos bebés das mães com depressão no 3° mês do pós-parto, se estendem a todos os momentos em que os bebés foram avaliados. Com efeito, observou-se que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, quando foram comparados com os bebés das mães que não desenvolveram depressão após o parto, ainda que as suas mães se mantivessem ou não deprimidas no 6° e 12° mês do puerpério, tinham uma conduta interactiva menos adequada — respectivamente, na situação alimentar e na situação de face-a-face, quer aos 6 meses (z= -3.1108, p< 0.001; z= -3.6399, p< 0.001), quer, como o veremos seguidamente, também aos 12 meses de idade (z= -3.6017, p< 0.001; z= -3.6586, p< 0.001). A conduta dos bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto é, aos 6 meses de idade, essencialmente caracterizada pelos aspectos que agora passamos a assinalar (ver Quadro 8).

Aos 6 meses de idade, quando foram comparados com os bebés das mães que não desenvolveram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável, os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto tinham, na situação em que eram alimentados pela mãe (IRSal), uma conduta interactiva marcada pela significativa actividade física inadequada — como seja, a presença muito frequente do dobrar e do arquear das costas (z= -2.3269, p< 0.05) —, pelo significativo desvio da cabeça da direcção da mãe (z= -2.4303, p< 0.05), pelo reduzido contacto ocular, resultante do facto de os bebés olharem pouco para a mãe (z= -2.7936, p< 0.01), e pela significativa pouca persistência na alimentação (z= -2.6509, p< 0.01). No entanto, não foram observadas diferenças significativas no estado de alerta/sonolência entre os pares de bebés do grupo experimental e do grupo de controlo, na situação em que os bebés são alimentados pela mãe (z= -0.7338, n.s.).

Observou-se que, também na situação de face-a-face (IRSff), os bebés das mães vítimas de depressão pós-parto, quando foram comparados com os bebés das mães sem nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável durante o puerpério, apresentavam uma conduta interactiva de significativa menor qualidade, caracterizada pela presença significativa de frequente: actividade física negativa — arquear/dobrar das costas (z= -2.5205, p< 0.05) —, desviar da orientação da cabeça da

direcção da mãe (z= -2.9534, p< 0.01), manifestação de expressões faciais de mau-humor ou choro (z= -2.6052, p< 0.01) e rabugice ou choro (z= -2.4797, p< 0.05). Para além disso, o contacto ocular com a mãe era significativamente menos frequente, dado que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto olhavam significativamente menos para as suas mães do que os bebés das mães que não desenvolveram depressão pós-parto (z= -2.9191, p< 0.01). Não se observaram diferenças significativas, aos 6 meses de idade, no estado de atenção do bebé (z= -1.0000, n.s.) e na frequência de vocalizações para a mãe entre os pares de bebés em estudo (z= -1.3781, n.s.).

Quadro 8
Conduta interactiva do bebé (6 meses)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos: Grupo experimental/grupo de controlo (N=46)

Instrumento	Conduta interactiva do bebé	média	média	z	
IRSal	Estado	3.50	3.50	-0.7338	
	Actividade Física	7.67	8.69	-2.3269	*
	Orientação da Cabeça	8.21	10.50	-2.4303	*
	Contacto Ocular	4.00	8.08	-2.7936	**
	Persistência na alimentação	8.83	10.25	-2.6509	**
	Total	6.50	12.06	-3.1108	**
IRSff	Estado	0.00	1.00	-1.0000	
	Actividade Física	0.00	4.50	-2.5205	*
	Orientação da Cabeça	8.00	8.00	-2.9534	**
	Contacto Ocular	6.00	7.62	-2.9191	**
	Expressões Faciais	5.50	7.83	-2.6052	**
	Rabugice	6.50	7.67	-2.4797	*
	Vocalizações	5.83	6.06	-1.3781	
	Total	7.50	10.66	-3.6399	***
GOISIL Conduta	Movimentos involuntários, descoordenados indiferenciados	1.50	0.00	-1.3416	
	Contacto físico com a mãe	8.90	7.55	-0.8803	
	Movimentos coordenados dirigidos ao corpo da mãe	8.75	8.35	-0.8015	
	Movimentos coordenados dirigidos ao(s) objecto(s)	9.20	9.62	-1.7202	
	Manipulação exploratória do próprio corpo	1.50	3.38	-1.6181	
	Manipulação exploratória do corpo da mãe	3.88	4.17	-0.2535	
	Manipulação exploratória dos objectos	5.30	9.35	-1.9027	
	Auto-estimulação, auto-apaziguamento	0.00	0.00	1.0000	
	Colocar-se em posição de face-a-face	6.00	10.85	-2.4170	*
Interacção	Olhar para a mãe	8.30	9.29	-1.6568	
	Olhar para os olhos da mãe	6.75	9.08	-2.1201	*
	Seguir visualmente a mãe	7.33	6.71	-0.1048	
	Olhar para o mundo físico ou social que não a mãe	7.50	8.18	-1.7039	
	Sonolência, desatenção	1.50	0.00	-1.3416	
	Alegria, contentamento, bem-estar	4.00	10.71	-3.5011	***
Afectivas	Aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar	9.06	3.70	-1.8869	
	Angústia, desamparo, desespero, preocupação, tensão	1.50	0.00	-1.3416	
	Ausência de expressão ou expressão neutra	11.60	4.00	-3.1791	**
	Riso ou sorriso	5.33	7.50	-2.0616	*
	Mímica facial	0.00	0.00	1.0000	
Vocais	Gorjeio, arrulho (sons isolados)	8.27	9.00	-1.1893	
	Balbucio, lalação (sílabas)	5.67	6.13	-1.4226	
	Verbalizações (palavras ou quase-palavras)	0.00	0.00	1.0000	
	Choro	1.00	0.00	-1.0000	
	Grito, berro, guincho	1.50	1.50	1.0000	
	Queixume, choramingo, rabugice	9.11	4.60	-1.8519	
	Gargalhada	3.50	3.50	-0.7338	
Tipos	Iniciativa interactiva	4,79	8.13	-0.0445	
	Iniciativa não interactiva	5.44	8.63	-0.3530	
	Ausência de resposta	9.77	8.17	-2.6566	**
	Resposta interactiva positiva	2.50	11.50	-3.2881	***
	Imitação	0.00	1.00	-1.0000	
	Conduta simultânea	0.00	0.00	0.0000	
	Troca ou sequência de trocas interactivas	1.00	0.00	-1.0000	
	Resposta interactiva negativa	9.25	3.00	-2.8966	**
	Actividade positiva indiscriminada	1.00	0.00	-1.0000	
	Actividade negativa indiscriminada	0.00	0.00	0.0000	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Viu-se igualmente que, na situação de interacção livre (GOISIL) aos 6 meses de idade, os bebés das mães que tiveram depressão pós-parto, quando foram comparados com os bebés das mães que não tiveram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável durante o 3° mês do puerpério, exibiam uma conduta significativamente distinta em alguns aspectos, a saber: colocavam-se significativamente menos vezes em posição de face-a-face ($z= -2.4170$, $p< 0.05$), olhavam significativamente menos vezes para os olhos da mãe ($z= -2.1201$, $p< 0.05$), expressavam significativamente menos vezes alegria, contentamento ou bem-estar ($z= -3.5011$, $p< 0.001$), assim como significativamente menos vezes riam ou sorriam para a mãe ($z= -2.0616$, $p< 0.05$), enquanto que a ausência de expressão ou a expressão neutra estavam significativamente mais vezes presentes ($z= -3.1791$, $p< 0.01$). Junto dos bebés do grupo de controlo a ausência de resposta ($z= -2.6566$, $p< 0.01$) e a resposta interactiva negativa ($z= -2.8966$, $p< 0.01$) eram significativamente menos frequentes do que junto dos bebés do grupo experimental, ao passo que a resposta interactiva positiva era significativamente mais frequente ($z= -3.2881$, $p< 0.001$).

Conduta interactiva do bebé aos 12 meses de idade: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=45)

Também aos 12 meses de idade, os bebés das mães que se encontram deprimidas exibem, na interacção com as mães, uma conduta interactiva significativamente diferente da conduta interactiva dos bebés cujas mães não se encontram nesse momento deprimidas (ver Quadro 9).

Na interacção alimentar com as suas mães (IRSal) — quando não se considerou o facto de as mães terem ou não estado deprimidas nas restantes avaliações, mas apenas o facto de as mães se encontrarem deprimidas na idade de 12 meses do bebé — observou-se que os bebés das mães que se encontravam deprimidas tinham uma actividade física menos adequada ($z= -2.2949$, $p< 0.05$), orientavam menos vezes a cabeça na direcção da mãe ($z= -2.6630$, $p< 0.01$) e olhavam menos para as mães, providenciando-lhe menos contacto ocular do que os bebés das mães que não se encontravam deprimidas ($z= -2.3755$, $p< 0.05$). Não foram, no entanto, observadas diferenças no que se refere ao estado de atenção à mãe ($z= -0.5863$, n.s.) e à persistência na alimentação ($z= -1.9565$, n.s.), entre os bebés das mães que se encontravam deprimidas e os bebés das mães que não se encontravam deprimidas. Os bebés das mães deprimidas foram no global pior classificadas do que os bebés das mães que não se encontravam deprimidas 12 meses depois do parto ($z= -2.1643$, $p< 0.05$).

Quadro 9
Conduta interactiva do bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães deprimidas/Mães não-deprimidas (N=45)

Instrumento		Conduta interactiva do bebé	média	média	z	
		Estado	22.50	21.83	-0.5863	
I		Actividade Física	15.82	24.13	-2.2949	*
R		Orientação da Cabeça	14.09	24.72	-2.6630	**
S		Contacto Ocular	14.91	24.44	-2.3755	*
al		Persistência na alimentação	16.27	23.97	-1.9565	
		Total	14.95	24.42	-2.1643	*
		Estado	22.00	22.00	0.0000	
		Actividade Física	18.95	23.05	-1.1665	
I		Orientação da Cabeça	16.45	23.91	-1.9747	*
R		Contacto Ocular	14.86	24.45	-2.4017	*
S		Expressões Faciais	14.68	24.52	-2.6590	**
ff		Rabugice	17.27	23.63	-1.6210	
		Vocalizações	15.77	24.14	-2.2846	*
		Total	13.23	25.02	- 2.7000	
	C	Movimentos involuntários, descoordenados indiferenciados	20.50	20.50	0.0000	
	o	Contacto físico com a mãe	19.55	20.86	-0.3491	
	n	Movimentos coordenados dirigidos ao corpo da mãe	19.55	20.86	-0.3242	
	d	Movimentos coordenados dirigidos ao(s) objecto(s)	19.91	20.72	-0.1995	
	u	Manipulação exploratória do próprio corpo	19.00	21.07	-0.6580	
	t	Manipulação exploratória do corpo da mãe	18.73	21.17	0.8937	
	a	Manipulação exploratória dos objectos	19.95	20.71	-0.1823	
	s	Auto-estimulação, auto-apaziguamento	20.50	20.50	0.0000	
		Colocar-se em posição de face-a-face	19.14	21.02	-0.4579	
	I	Olhar para a mãe	12.27	23.62	-2.7477	**
	n	Olhar para os olhos da mãe	17.95	21.47	-0.8513	
	t	Seguir visualmente a mãe	15.36	22.45	-1.8358	
	e	Olhar para o mundo físico ou social que não a mãe	17.09	21.79	-1.2632	
	r	Sonolência, desatenção	20.50	20.50	0.0000	
	a	Alegria, contentamento, bem-estar	17.05	21.81	-1.1802	
G	c	Aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar	23.55	19.34	-1.0785	
O	t	Angústia, desamparo, desespero, preocupação, tensão	22.32	19.81	-0.6560	
I	i	Ausência de expressão ou expressão neutra	16.45	22.03	-1.3609	
S	v	Riso ou sorriso	20.50	20.50	0.0000	
I	a	Mímica facial	21.36	20.17	-0.7618	
L	s	Gorjeio, arrulho (sons isolados)	20.17	20.59	-0.1454	
		Balbucio, lalação (sílabas)	15.14	22.53	-1.7958	
		Verbalizações (palavras ou quase-palavras)	23.55	19.34	-1.1676	
		Choro	21.82	20.00	-1.6237	
		Grito, berro, guincho	19.50	20.88	-0.8821	
		Queixume, choramingo, rabugice	24.95	18.81	-1.5976	
		Gargalhada	18.05	21.43	-0.9835	
	T	Iniciativa interactiva	23.27	19.45	-0.9623	
	i	Iniciativa não interactiva	18.05	21.43	-0.8801	
	p	Ausência de resposta	21.77	20.02	-0.5111	
	o	Resposta interactiva positiva	17.50	21.64	-1.0059	
	s	Imitação	19.95	20.71	-0.3165	
		Conduta simultânea	20.50	20.50	0.0000	
		Troca ou sequência de trocas interactivas	19.86	20.74	-0.3042	
		Resposta interactiva negativa	23.82	19.24	-1.2179	
		Actividade positiva indiscriminada	20.50	20.50	0.0000	
		Actividade negativa indiscriminada	20.50	20.50	0.0000	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Por sua vez, na interacção face-a-face (IRSff) aos 12 meses de idade do bebé, algumas diferenças significativas foram ainda observadas juntos dos bebés cujas mães se encontravam deprimidas, quando não se considerou o facto de as suas mães terem ou não estado deprimidas nas restantes avaliações do puerpério, sendo que os bebés das mães que se encontravam deprimidas foram cotados significativamente menos positivamente do que os bebés das mães que não se encontravam deprimidas 12 meses depois do parto (z= - 2.7000, p< 0.01). Na interacção com a mãe, relativamente aos bebés das mães que não se encontravam deprimidas, os bebés das mães que se encontravam deprimidas desviaram significativamente mais a cabeça da direcção da mãe (z= -1.9747, p< 0.05) e estavam significativamente mais mau-humorados ou com

cara de choro (z= -2.6590, p< 0.01), enquanto que olhavam para a mãe (z= -2.4017, p< 0.05), sorriam ou expressavam contentamento (z= -2.6590, p< 0.01) e vocalizavam (z= -2.2846, p< 0.05) com significativa menor frequência. Na terceira avaliação, não se mostraram contudo estatisticamente significativas, as diferenças observadas relativamente ao estado (z= 0.0000, n.s.), à actividade física (z= -1.1665, n.s.) e à rabugice do bebé (z= -1.6210, n.s.).

Já na situação de interacção livre (GOISIL), quando não se considerou a pertença aos grupos definidos no 3° mês do puerpério, a conduta interactiva dos bebés das mães deprimidas só se mostrou significativamente diferente da conduta interactiva dos bebés das mães não-deprimidas no respeitante ao olhar para a mãe que foi menos frequentemente observado (z= -2.7477, p< 0.01), sendo que as restantes diferenças não se mostraram estatisticamente significativas.

Conduta interactiva do bebé aos 12 meses de idade: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=45)

Como consta do quadro seguinte (ver Quadro 10), os resultados deste estudo mostram ainda que os bebés das mães que desenvolveram depressão após o parto quando, aos 12 meses de idade, foram comparados com os bebés das mães que não desenvolveram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável nos primeiros 3 meses do puerpério — e não se considerou o facto de as mães terem ou não estado deprimidas noutros momentos que não no 3° mês do puerpério — apresentavam, na situação em que eram alimentados pelas mães (IRSal), uma conduta interactiva significativamente menos adequada no que se refere: à actividade física negativa que foi significativamente mais frequente (z= -2.3953, p< 0.05), ao contacto ocular que foi significativamente menos frequente (z= -3.2900, p< 0.001), dado que o bebé olhava muito menos vezes para a mãe e desviava com significativa maior frequência a cabeça da direcção da mãe (z= -3.2427, p< 0.01). Continuámos a não observar diferenças no estado de alerta/sonolência dos bebés enquanto estão a ser alimentados pela mãe (z= -1.0000, n.s.). A persistência na alimentação não se mostrou agora significativamente distinta entre os pares de bebés avaliados (z= -1.9439, n.s.).

Constatou-se ainda que, na situação de face-a-face (IRSff), os bebés das mães que tiveram depressão 3 meses após o parto, em relação aos bebés seus pares cujas mães não desenvolveram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável durante os primeiros meses do puerpério, estavam mais negativos do ponto de vista da actividade física — arqueando e dobrando significativamente mais vezes as costas (z= -2.5205, p< 0.05) —, assim como desviavam mais vezes a cabeça da direcção onde se encontrava

a mãe (z= -3.1798, p< 0.01), olhavam significativamente menos vezes para a mãe e promoviam menos o contacto ocular com ela (z= -2.9505, p< 0.01), exibiam significativamente mais vezes expressões faciais negativas de mau-humor ou choro (z= -2.5784, p< 0.01) e vocalizavam significativamente menos vezes para a mãe (z= -2.8031, p< 0.01). No entanto, os bebés das mães que estiveram deprimidas a seguir ao parto não rabujaram mais do que os bebés das mães que não desenvolveram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável durante os primeiros meses do puerpério (z= -1.4905, n.s.) e também não se observaram diferenças significativas no que se refere ao estado de alerta/sonolência dos bebés do grupo experimental e de controlo, durante a interacção face-a-face com a mãe aos 12 meses de idade (z= 1.0000, n.s.).

Quadro 10
Conduta interactiva do bebé (12 meses)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=45)

Instrumento	Conduta interactiva do bebé	média	z	média	
	Estado	0.00	1.00	-1.0000	
I	Actividade Física	4.00	5.67	-2.3953	*
R	Orientação da Cabeça	8.00	9.06	-3.2427	**
S	Contacto Ocular	7.00	9.13	-3.2900	***
al	Persistência na alimentação	2.50	4.25	-1.9439	
	Total	5.50	10.25	-3.6017	***
	Estado	0.00	1.00	-1.0000	
	Actividade Física	0.00	4.50	-2.5205	*
I	Orientação da Cabeça	0.00	7.00	-3.1798	**
R	Contacto Ocular	5.50	7.65	-2.9505	**
S	Expressões Faciais	4.00	6.20	-2.5784	**
ff	Rabugice	5.00	7.25	-1.4905	
	Vocalizações	0.00	5.50	-2.8031	**
	Total	3.50	11.28	-3.6586	***
C	Movimentos involuntários, descoordenados indiferenciados	0.00	0.00	0.0000	
o	Contacto físico com a mãe	5.58	7.42	-0.4315	
n	Movimentos coordenados dirigidos ao corpo da mãe	6.36	10.17	-1.2152	
d	Movimentos coordenados dirigidos ao(s) objecto(s)	7.95	10.93	0.0000	
u	Manipulação exploratória do próprio corpo	7.00	9.67	-0.9825	
t	Manipulação exploratória do corpo da mãe	1.00	3.00	-1.4606	
a	Manipulação exploratória dos objectos	3.00	3.00	-0.4045	
s	Auto-estimulação, auto-apaziguamento	0.00	0.00	0.0000	
	Colocar-se em posição de face-a-face	8.43	9.00	-2.5854	**
I	Olhar para a mãe	6.50	9.54	-2.6983	**
n	Olhar para os olhos da mãe	7.50	9.32	-2.5563	*
t	Seguir visualmente a mãe	3.67	6.29	1.6818	
e	Olhar para o mundo físico ou social que não a mãe	7.29	7.71	-0.0942	
r	Sonolência, desatenção	0.00	0.00	0.0000	
a	Alegria, contentamento, bem-estar	6.00	8.50	-2.3854	*
G c	Aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar	8.46	7.45	-2.3227	*
O t	Angústia, desamparo, desespero, preocupação, tensão	0.00	0.00	0.0000	
I i	Ausência de expressão ou expressão neutra	8.20	5.75	-1.8519	
S v	Riso ou sorriso	7.75	8.61	-2.7147	**
I a	Mímica facial	1.00	2.00	-0.4472	
L s	Gorjeio, arrulho (sons isolados)	1.00	2.50	-1.0690	
	Balbucio, lalação (sílabas)	5.33	11.00	-2.1065	*
	Verbalizações (palavras ou quase-palavras)	8.46	10.30	-1.1835	
	Choro	9.00	0.00	-3.6214	***
	Grito, berro, guincho	9.00	0.00	-3.6214	***
	Queixume, choramingo, rabugice	9.44	2.00	-3.5267	***
	Gargalhada	7.46	11.63	-1.1117	
T	Iniciativa interactiva	6.36	7.75	-0.6990	
i	Iniciativa não interactiva	6.15	4.50	-2.5340	*
p	Ausência de resposta	5.44	5.75	-1.6309	
o	Resposta interactiva positiva	6.50	8.96	-2.5079	*
s	Imitação	0.00	2.00	1.6036	
	Conduta simultânea	0.00	0.00	0.0000	
	Troca ou sequência de trocas interactivas	2.50	4.60	-1.5213	
	Resposta interactiva negativa	8.50	6.88	-2.5858	**
	Actividade positiva indiscriminada	0.00	0.00	0.0000	
	Actividade negativa indiscriminada	0.00	0.00	0.0000	

*p< 0.05
**p< 0.01
***p< 0.001

Aos 12 meses de idade do bebé, vimos igualmente que, na situação de interacção livre com a mãe (GOISIL), os bebés das mães que desenvolveram depressão após o parto — quando foram comparados com os bebés das mães que não desenvolveram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável durante o 3° mês do puerpério e não se considerou o facto de as mães estarem ou não deprimidas posteriormente no puerpério — tinham uma conduta interactiva significativamente diferente num conjunto de aspectos avaliados pela grelha utilizada. Nomeadamente, observou-se que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto se colocavam significativamente menos em posição de face-a-face ($z= -2.5854$, $p< 0.01$), assim como olhavam menos para a mãe ($z= -2.6983$, $p< 0.01$), fixando menos o seu olhar nos olhos da mãe ($z= -2.5563$, $p< 0.05$). Também as expressões de alegria, contentamento e bem-estar ($z= -2.3854$, $p< 0.05$), assim como o riso e o sorriso ($z= -2.7147$, $p< 0.01$), foram significativamente menos observados na interacção dos bebés do grupo experimental. Os bebés das mães que estiveram deprimidas no 3° mês do pós-parto tendiam, por sua vez, a expressar facialmente mais aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar, ou então a apresentar-se com face de choro/grito ($z= -2.3227$, $p< 0.05$), o que não acontecia com os bebés do grupo de controlo. O tipo de conduta interactiva dos bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto era ainda significativamente diferente do tipo de conduta interactiva dos bebés das mães que não se deprimiram no 3° mês do puerpério, dado que um significativo maior número de iniciativas não-interactivas ($z= -2.5340$, $p< 0.05$) e de respostas interactivas negativas ($z= -2.5858$, $p< 0.01$), e também um significativo menor número de respostas interactivas positivas foi observado junto dos bebé do grupo experimental ($z= -2.5079$, $p< 0.05$).

1.3. Depressão pós-parto e conduta interactiva mãe-bebé

Conduta interactiva mãe-bebé aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=50)

Quando se comparam os indicadores de qualidade da interacção mãe-bebé — os quais consideram em simultâneo a qualidade da conduta interactiva da mãe e do bebé — avaliados nas situações de interacção livre, de interacção face-a-face e de interacção alimentar, observaram-se diferenças muito significativas na qualidade da interacção mãe-bebé que acontece nos pares de sujeitos definidos no grupo experimental e no grupo de controlo, sendo que o significado estatístico dessas

diferenças foi testado através do teste T de Wilcoxon para amostras emparelhadas *(Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test).*

Os resultados obtidos no estudo que agora analisamos indicam que, na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé, a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé é significativamente menor nas díades em que a mãe desenvolve depressão 3 meses após o parto do que nas díades em que a mãe não apresenta perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério, como se apresenta no quadro seguinte (ver Quadro 11).

Aos 3 meses de idade do bebé, nas díades em que a mãe se encontrava deprimida, a qualidade da interacção mãe-bebé foi significativamente menos cotada na situação de interacção alimentar (z= -3.9770, p< 0.001), na situação de interacção face-a-face (z= -4.0452, p< 0.001), tanto quanto na situação de interacção livre, onde nomeadamente o contacto ocular mútuo ocorreu significativamente menos vezes entre a mãe e o bebé (z= -2.4330, p< 0.05).

Quadro 11
Conduta interactiva mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=50)

Instrumento		Conduta interactiva mãe-bebé	média	média	z	
3°	IRS	em situação face-a-face	5.00	12.32	-4.0452	***
		em situação de alimentação	4.00	11.86	-3.9770	***
m	GOISIL	contacto ocular mútuo	10.91	11.38	-2.4330	*
ê		atenção mútua sobre o mundo	10.00	10.83	-0.9333	
s		vocalização mútua	1.00	2.00	-0.4472	
6°	IRS	em situação face-a-face	3.00	9.88	-3.5929	***
		em situação de alimentação	4.10	13.68	-3.4414	***
m	GOISIL	contacto ocular mútuo	8.50	10.40	2.4548	*
ê		atenção mútua sobre o mundo	6.25	10.50	-1.8462	
s		vocalização mútua	0.00	1.50	-1.3416	
12°	IRS	em situação face-a-face	1.50	10.97	-3.8639	***
		em situação de alimentação	3.00	11.82	-3.5839	***
m	GOISIL	contacto ocular mútuo	5.50	10.46	-2.3196	*
ê		atenção mútua sobre o mundo	6.83	10.18	-1.6805	
s		vocalização mútua	2.00	3.00	-0.3651	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Mais tarde, ao 6° e ao 12° mês do pós-parto, quando não se considerou o facto de as mães permanecerem ou não deprimidas, continuámos a observar que, nas díades em que a mãe tinha desenvolvido depressão no 3° mês do pós-parto, a interacção mãe-bebé era menos adequada.

Com efeito, na situação alimentar e na situação face-a-face, os indicadores de qualidade mostraram que — na idade de 6 meses (z= -3.4414, p< 0.001; z= -3.5929, p< 0.001), tanto quanto na idade de 12 meses do bebé (z= -3.5839, p< 0.001; z= -3.8639, p< 0.001) — a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé é significativamente menor nas díades em que a mãe desenvolveu depressão 3 meses após o parto do que nas díades em que a mãe não esteve deprimida no 3° mês do puerpério. Para além de que, no 6° e

no 12 ° mês do pós-parto, ainda se observou que, durante a situação de interacção livre, o contacto ocular mútuo ocorria significativamente menos vezes nas díades em que a mãe desenvolveu depressão após o parto do que nas díades em que a mãe não desenvolveu depressão no 3° mês após o parto (z= -2.4548, p< 0.05; z= -2.3196, p< 0.05).

Conduta interactiva mãe-bebé, aos 6 e 12 meses de idade do bebé: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=46)

Por sua vez, ao 6° e 12° mês do pós-parto, quando se considerou as díades em que a mãe se encontrava deprimida e as díades em que a mãe não se encontrava deprimida, e não se teve em conta o facto de as mães terem ou não estado deprimidas noutras avaliações que não naquela que estava a ser analisada, verificou-se igualmente que a qualidade da interacção mãe-bebé — na situação face-a-face e de alimentação — era menor junto dos bebés e mães deprimidas, em comparação ao que foi observado junto dos bebés e mães sem perturbação psiquiátrica assinalável, embora tal não acontecesse nos indicadores usados na situação de interacção livre (ver Quadro 12), sendo que o significado destas diferenças foi testado através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*.

Assim, na idade de 6 meses do bebé, observou-se que a qualidade da interacção mãe-deprimida-bebé era significativamente menor do que a qualidade da interacção mãe-não-deprimida-bebé, sendo que os indicadores relativos à qualidade da conduta interactiva mãe-bebé foram recolhidos na situação de interacção alimentar (z= -2.8306, p< 0.01) e de interacção face-a-face (z= -2.3610, p< 0.05).

Quadro 12
Conduta interactiva mãe-bebé (6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=46)

Instrumento		Conduta interactiva mãe-bebé	média	média	z	
6°	IRS	em situação face-a-face	14.85	24.48	-2.3610	*
		em situação de alimentação	14.90	26.43	-2.8306	**
m	GOISIL	contacto ocular mútuo	15.42	22.94	-1.9153	
ê		atenção mútua sobre o mundo	17.50	21.94	-1.1292	
s		vocalização mútua	19.50	20.98	-0.9941	
12°	IRS	em situação face-a-face	13.23	25.02	-2.7000	**
		em situação de alimentação	14.95	24.42	-2.1643	*
m	GOISIL	contacto ocular mútuo	18.86	21.78	0.6938	
ê		atenção mútua sobre o mundo	17.36	22.37	-1.1829	
s		vocalização mútua	19.00	21.73	-1.2580	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Posteriormente, na idade de 12 meses de bebé, verificou-se novamente que a qualidade da interacção mãe-bebé junto das díades em que a mãe se encontrava

deprimida era, tanto na situação de alimentação como na situação de face-a-face ($z= -2.1643$, $p< 0.05$; $z= -2.7000$, $p< 0.01$), significativamente menos adequada do que junto das díades em que a mãe não se encontrava deprimida, quando não se considerou o facto de a mãe ter ou não estado deprimida no 3° e 6° mês do puerpério para a sua inclusão nos grupos a comparar.

1.4. Depressão pós-parto e cuidados maternos

Para testar a hipótese 3 — que as mães que se encontram deprimidas no 3° mês do pós-parto, quando comparadas com as mães que não estão deprimidas (VI), providenciam cuidados menos adequados ao bebé (VD) — estudou-se, através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas *(Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks)*, o significado das diferenças nas respostas e observação das mães dos grupos de controlo e experimental. Os cuidados providenciados ao bebé foram avaliados através do questionário Home, administrado nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé.

Também para testar a hipótese 3 — que as mães que se encontram deprimidas, quando comparadas com as mães que não estão deprimidas (VI), providenciam cuidados menos adequados ao bebé (VD) — estudou-se, através do teste de Mann-Whitney *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças encontradas nos cuidados providenciados pela mãe, igualmente avaliados através do questionário Home, administrado na idade de 6 e 12 meses do bebé, nas respostas e na observação das mães que se encontravam deprimidas e das mães que não se encontravam deprimidas, respectivamente 6 e 12 meses depois do parto.

Cuidados maternos aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=50)

Os resultados já apresentados anteriormente (ver Quadros 1, 3 e 5) mostram que as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério providenciam, durante todo o primeiro ano de vida do bebé, ambientes de cuidado não tão favoráveis como as mães sem perturbação psiquiátrica assinalável durante o 3° mês do puerpério, tal como o descrevemos já a seguir.

É assim que, 3 meses depois do parto, os cuidados prestados ao bebé pelas mães que se encontram deprimidas são significativamente menos adequados do que

os cuidados prestados pelas mães que não se encontram deprimidas (z= -2.2401, p< 0.05), dado que, nomeadamente, as mães deprimidas providenciam menor resposta emocional e verbal ao bebé (z= -2.1344, p< 0.05). Ao nível dos itens do questionário Home aplicado no 3° mês do puerpério, são ainda relevantes as diferenças verificadas na observação das mães sem/com depressão pós-parto no item 38 — a mãe investe em brinquedos que têm valor maturativo para a criança, dando-lhes especial atenção (x1= 5.00, x2= 0.00, z= -2.6656, p< 0.1) —, as quais aliás se mostraram significativas em todas as idades consideradas no estudo.

Também aos 6 meses de idade do bebé, quando não se considerou o facto de a mãe estar ou não deprimida nesse momento, encontrou-se que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério recebiam cuidados significativamente menos adequados do que os bebés das mães que não tiveram depressão pós-parto (z= -3.4414, p< 0.001). Particularmente, observou-se menor resposta emocional e verbal (z= -2.2286, p< 0.05), menor provisão de material de jogo apropriado (z= -2.5573, p< 0.05) e menor envolvimento com a criança (z= -3.2574, p< 0.01), por parte das mães do grupo experimental.

Aos 6 meses de idade do bebé, a observação e as respostas das mães no questionário Home, referentes aos cuidados que prestam ao bebé, mostraram igualmente diferenças significativas, entre os pares relativos ao grupo experimental e ao grupo de controlo, nos itens seguintes: 13 — a mãe não expressa abertamente aborrecimento ou hostilidade para com a criança — (x1= 3.00, x2= 0.00, z= -2.0226, p < 0.05), 27 — a criança tem brinquedos de empurrar ou de puxar (x1= 6.00, x2= 6.00, z= -2.4006, p < 0.05), 38 — a mãe investe em brinquedos que têm valor maturativo para a criança, atribuindo-lhes atenção especial (x1= 4.00, x2= 0.00, z= -2.3634, p < 0.05) e 40 — a mãe providencia à criança brinquedos que a estimulam a desenvolver novas competências (x1= 6.00, x2= 6.00, z= -2.4006, p < 0.05).

Aos 12 meses de idade do bebé, observa-se que as mães que estiveram deprimidas 3 meses após o parto, prestam cuidados menos adequados ao bebé do que as mães que não estiveram deprimidas nos primeiros 3 meses que se seguiram ao parto (z= -2.9396, p< 0.01). Para além da fraca resposta emocional e verbal observada através do inventário Home na interacção da mãe com o bebé (z= -2.0896, p< 0.05), avaliou-se ainda que as mães que desenvolveram depressão a seguir ao parto proporcionavam uma menor provisão de material de jogo apropriado à idade do bebé (z= -2.5573, p< 0.05) e a proposta de menos oportunidades de variedade na estimulação diária do bebé (z= -2.9474, p< 0.01).

Doze meses depois do parto, no item 40 do questionário Home — a mãe providencia à criança brinquedos que estimulam a desenvolver novas competências — as diferenças observadas na conduta das mães pertencentes ao grupo experimental e

ao grupo de controlo mostraram-se ainda mais significativas do que tinha acontecido anteriormente (x1= 6.00, x2= 0.00, z= -2.9341, p< 0.01), sendo agora igualmente significativas as diferenças nas respostas das mães ao item 45 — a criança tem 3 ou mais livros da sua pertença (x1= 3.50, x2= 0.00, z= -2.2014, p< 0.5).

Cuidados maternos aos 6 e 12 meses de idade do bebé: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=46)

Relativamente às mães que se encontram deprimidas no 6° e no 12° mês do puerpério, os resultados mostram que, tal como acontece com as mães que se encontram deprimidas no 3° mês do pós-parto, as mães que se encontram deprimidas quer no 6° quer no 12° mês do pós-parto, providenciam ambientes de cuidado não tão favoráveis quanto as mães que não estão deprimidas.

Na idade de 6 meses do bebé, quando se comparou através do inventário Home, a observação e respostas das mães que nessa altura se encontravam deprimidas com a observação e respostas das mães que não se encontravam deprimidas, e não se considerou o facto de as mães poderem ou não ter estado deprimidas no 3° mês do pós-parto, encontrou-se que as mães deprimidas providenciavam cuidados significativamente menos adequados ao bebé (z= -3.2506, p< 0.01). Assim, verificaram-se inúmeras diferenças significativas — nomeadamente na aceitação do comportamento da criança (z= -2.3769, p< 0.05), na organização do meio-ambiente físico e temporal (z= -1.5978, p< 0.05), na provisão de material de jogo apropriado (z= -3.2976, p< 0.001) e no envolvimento da mãe com a criança (z= -2.6512, p< 0.01) — as quais mostram que, sob diversos aspectos, os ambientes de cuidado são significativamente menos favoráveis no grupo das mães deprimidas do que no grupo das mães não-deprimidas 6 meses depois do parto.

Quando comparadas com as mães que não se encontravam deprimidas no 6° mês do pós-parto, as mães que se encontravam deprimidas foram significativamente menos observadas a vocalizar espontaneamente para a criança (item 1: x1= 16.67, x2= 24.48, z= -2.2467, p< 0.05), foram significativamente menos observadas a responder vocal ou verbalmente às vocalizações da criança (item 3: x1= 18.67, x2= 24.48, z= -2.2467, p <0.05), foram significativamente menos observadas a não expressar abertamente aborrecimento ou hostilidade para com a criança (item 13: x1= 19.13, x2= 24.24, z= -2.2740, p< 0.05), foram significativamente menos observadas a iniciar trocas verbais com o entrevistador — fazer perguntas ou comentários espontaneamente (item 5: x1= 20.57, x2= 23.50, z= -1.9897, p < 0.05), bem como foram significativamente menos vezes observadas durante a visita a elogiar espontaneamente as qualidades ou

comportamentos da criança (item 8: x1= 18.63, x2= 24.50, z= -2.8833, p< 0.01), referiram significativamente menos levar regularmente a criança ao consultório médico ou ao posto clínico (item 23: x1= 20.57, x2= 23.50, z= -1.9897, p< 0.05). Para além disso, em casa das mães que se encontravam deprimidas, foi observada uma significativa menor provisão de material de jogo adequado — as crianças tinham significativamente menos brinquedos ou peças de equipamento para actividade muscular (item 26: x1= 15.97, x2= 25.88, z= -2.9114, p< 0.05), possuíam significativamente menos brinquedos de empurrar ou de puxar (item 27: x1= 15.90, x2= 25.91, z= -2.8296, p <0.01) — e as mães deprimidas foram significativamente menos vezes observadas a providenciar brinquedos ou actividades interessantes para a criança, durante a entrevista (item 29: x1= 17.73, x2= 24.97, z= -2.3598, p<0.05), bem como foram significativamente menos vezes observadas a encorajar intencionalmente os progressos desenvolvimentais da criança do que as mães que não se encontravam deprimidas no 6º mês do puerpério (item 37: x1= 17.00, x2= 25.34, z= -2.7228, p< 0.01).

Na terceira avaliação, realizada 12 meses após o parto, as mães que se encontravam deprimidas mostraram providenciar cuidados significativamente menos adequados ao bebé do que as mães que não se encontravam deprimidas (z= -2.5633, p< 0.05), tal como, menor provisão de material de jogo apropriado (z= -2.8455, p< 0.01) e menos oportunidades de variedade na estimulação diária (z= -2.3062, p< 0.05).

Compararam-se as observações e as respostas ao inventário Home obtidas 12 meses depois do parto junto dos dois grupo de mães já assinalados — mães que se encontravam clinicamente deprimidas e mães que não se encontravam clinicamente deprimidas, sem se considerar o facto de terem estado ou não deprimidas mais precocemente no puerpério — e verificaram-se as seguintes diferenças significativas: as mães deprimidas elogiaram significativamente menos as qualidades ou comportamentos da criança durante a visita (item 8: x1= 20.25, x2= 24.00, z= -2.3723, p< 0.05); não expressar abertamente aborrecimento ou hostilidade para com a criança foi significativamente menos observado junto das mães deprimidas (item 13: x1= 20.25, x2= 24.00, z= -2.3723, p< 0.05); as mães deprimidas providenciaram significativamente menos brinquedos ou actividades interessantes para a criança, durante a entrevista (item 29: x1= 15.75, x2= 25.64, z= -3.3712, p< 0.001); as crianças das mães deprimidas dispunham de significativamente menos brinquedos de coordenação olho-mão, objectos que entram e saem uns dos outros, que se ajustam ou se enfiam entre si, etc. (item 32: x1= 15.88, x2= 25.59, z= -3.1543, p< 0.01); as crianças das mães deprimidas dispunham significativamente menos de brinquedos de coordenação olho-mão que permitem combinações, brinquedos de empilhar, de encaixar ou de construção (item 33: x1= 15.88, x2= 25.59, z= -2.8644, p< 0.01), as crianças das mães deprimidas dispunham significativamente menos de brinquedos para a leitura e musicalidade (item 34: x1=

16.75, x2= 25.27, z= -2.2361, p< 0.05), as mães deprimidas providenciavam significativamente menos à criança brinquedos que a estimulassem a desenvolver novas competências (item 40: x1= 26.00, x2= 14.75, z= -2.9399, p< 0.01).

As respostas das mães nos restantes itens do questionário não permitiram contudo distinguir significativamente as mães deprimidas e não deprimidas.

1.5. Depressão pós-parto e preocupação materna

Para testar a hipótese 4 — que as mães que se encontram deprimidas, quando comparadas com as mães que não estão deprimidas (VI), são menos tolerantes e mais preocupadas com as dificuldades que o bebé possa apresentar (VD) — estudou-se o significado das diferenças observadas nas respostas das mães no questionário QMAC, administrado nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé.

O significado das diferenças observadas nos pares de mães — pertencentes ao grupo de controlo e ao grupo experimental — foi estudado através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos *(Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks)*; enquanto que o significado das diferenças observadas no 6° e 12° mês do pós-parto junto das mães que nesses precisos momentos se encontravam ou não deprimidas, quando não se considerou o facto de terem ou não estado deprimidas anteriormente, foi estudado através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*.

Preocupação materna aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N=50)

Como consta do quadro seguinte (ver Quadro 13), através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos *(Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks)*, registaram-se diferenças estatisticamente significativas nas respostas das mães à segunda parte do questionário QMAC, entre os pares de mães do grupo experimental — constituído pelas mães que se encontravam clinicamente deprimidas no 3° mês do puerpério — e do grupo de controlo — constituído pelas mães que não se encontravam clinicamente deprimidas no 3° mês do puerpério — (z= -3.8931, p< 0.001). Estas diferenças estenderem-se às avaliações seguintes, efectuadas junto do grupo

experimental e de controlo no 6° (z= -3.2395, p< 0.01) e no 12° mês do pós-parto (z= -2.3706, p< 0.05).

Com efeito, encontrou-se que, 3 meses após o parto, as mães que padeciam de depressão pós-parto estavam significativamente menos preocupadas com as dificuldades que o bebé pudesse apresentar do que as mães que não apresentavam depressão pós-parto. Nomeadamente, as mães com depressão pós-parto estavam menos preocupadas com o bebé no que se refere aos aspectos seguintes: à alimentação — mostraram-se menos preocupadas com o facto do bebé comer mal, de não ganhar peso, etc. (z= -2.7693, p< 0.05) —, à saúde — mostraram-se menos receosas de que o bebé pudesse estar doente, disseram menos vezes chamar o médico a casa, etc. (z= -2.8961, p< 0.01) —, ao choro — referiram ter menos dificuldade em tolerar o choro do bebé, menos receio de que o bebé possa estar doente quando chora, etc. (z= -2.3572, p< 0.05) — e à mobilidade — por exemplo, vigiavam menos o bebé quer ele estivesse acordado quer estivesse a dormir (z= -2.1065, p< 0.05).

Quadro 13
Preocupação materna (3, 6 e 12 meses)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=50)

idade bebé	preocupação da mãe	média	média	z	
3	alimentação	4.50	10.38	-2.7693	*
	sono	8.00	10.92	-1.8914	
m	asseio	7.10	8.45	-1.3915	
e	saúde	6.50	9.50	-2.8961	**
s	choro	10.08	12.68	-2.3572	*
e	mobilidade	6.40	10.08	-2.1065	*
s	total	3.33	13.30	-3.8931	***
6	alimentação	5.50	9.19	-2.6630	**
	sono	7.50	12.12	-1.9600	*
m	asseio	8.31	9.61	-0.4734	
e	saúde	6.00	8.50	-2.3854	*
s	choro	7.86	11.92	-1.8666	
e	mobilidade	6.17	8.46	-2.3570	
s	total	4.83	10.97	-3.2395	**
12	alimentação	8.50	7.92	-2.4422	*
	sono	6.30	8.85	-1.6187	
m	asseio	10.06	9.95	-0.5835	
e	saúde	6.25	7.14	-2.3062	*
s	choro	9.17	11.73	-2.1028	*
e	mobilidade	7.00	7.00	-0.7338	
s	total	8.30	11.23	-2.3706	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Mais tarde, 6 meses após o parto, os resultados indicam que as diferenças acima assinaladas se mantêm estatisticamente significativas entre os pares em estudo — i.e., entre as mães que tiveram depressão pós-parto e as mães que não tiveram depressão pós-parto, quando não se considera o facto de as mães continuarem ou não a estar deprimidas. O sentido das diferenças é igualmente o mesmo, isto é, as respostas das mães à parte II do questionário QMAC mostram que as mães que sofreram de depressão após o parto continuam menos preocupadas com os seus bebés do que as mães que não sofreram de depressão pós-parto. É particularmente evidente a menor

preocupação das mães do grupo experimental com a alimentação (z= -2.6630, p< 0.01), com o sono (z= -1.9600, p< 0.05) — mostraram-se menos sensíveis aos ruídos do bebé durante a noite, ao facto de ele poder dormir mal de noite, etc. — e com o estado de saúde do bebé de 6 meses de idade (z= -2.3854, p< 0.05).

Doze meses depois do parto, avaliou-se que as mães que estiveram deprimidas no 3° mês do pós-parto — quando comparadas com os seus pares do grupo de controlo que não estiveram deprimidas no 3° mês do pós-parto, não se considerando o facto de as mães se encontrarem ou não deprimidas no momento da 3ª avaliação — ainda se mostravam significativamente menos preocupadas com os bebés, nomeadamente no respeitante à alimentação (z= -2.4422, p< 0.05), ao estado de saúde (z= -2.3062, p< 0.05) e ao choro do bebé (z= -2.1028, p< 0.05), tal como consta no quadro anterior (ver Quadro 13).

Preocupação materna aos 6 e 12 meses de idade do bebé: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=46)

Igualmente para testar a hipótese 4 — que as mães que se encontram deprimidas, quando comparadas com as mães que não estão deprimidas (VI), são menos tolerantes e mais preocupadas com as dificuldades que o bebé possa apresentar (VD) — estudou-se o significado das diferenças observadas nas respostas ao questionário QMAC administrado às mães deprimidas e às mães não-deprimidas no 6° e no 12° mês do pós-parto, através do teste de Mann-Whitney *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*.

Os resultados que são apresentados no quadro seguinte (ver Quadro 14) referem-se às mães que se encontram deprimidas, respectivamente 6 e 12 meses depois do parto, e às mães que, respectivamente 6 e 12 meses depois do parto, não se encontram deprimidas, quando apenas se considera o facto de elas se encontrarem ou não deprimidas na avaliação respectiva. Indicam que as mães deprimidas mostram menor preocupação com as dificuldades ou problemas que o bebé possa apresentar, embora as diferenças no que se refere ao resultado total no questionário QMAC só se mostrem estatisticamente significativas na avaliação realizada 6 meses após o parto (z= -2.1959, p< 0.05; z= -1.1156, n.s.).

Aos 6 meses de idade do bebé, as mães que se encontram deprimidas evidenciam, na resposta ao questionário QMAC, significativamente menos preocupação com a alimentação (z= -2.7895, p< 0.01), com o sono (z= -2.8939, p< 0.01) e com choro do bebé (z= -2.6418, p< 0.01); e, aos 12 meses de idade do bebé, evidenciam, de igual modo, significativamente menos preocupação com a

alimentação (z= -2.4001, p< 0.05), com o sono (z= -2.2390, p< 0.05) e com o choro do bebé (z= -2.7341, p< 0.01).

Quadro 14
Preocupação materna (6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=46)

idade bebé	preocupação da mãe	média	média	z	
6	alimentação	15.53	26.10	-2.7895	**
	sono	14.93	26.41	-2.8939	**
m	asseio	22.07	22.72	-0.1669	
e	saúde	20.47	23.55	-0.7850	
s	choro	15.47	26.14	-2.6418	**
e	mobilidade	19.47	24.07	-0.2242	
s	total	16.60	25.55	-2.1959	*
12	alimentação	15.54	25.71	-2.4001	*
	sono	16.33	26.03	-2.2390	*
m	asseio	19.21	24.38	-1.2106	
e	saúde	17.58	24.97	-1.8204	
s	choro	14.25	26.18	-2.7341	**
e	mobilidade	28.58	20.97	-1.8975	
s	total	20.87	25.23	-1.1156	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

1.6. Gravidade da depressão pós-parto (intensidade e duração)

Como apresentámos anteriormente no capítulo II da parte I relativa ao enquadramento teórico, na maioria dos casos a depressão pós-parto tem o seu início no 2°/3° mês do pós-parto e corresponde ao desenvolvimento de um quadro depressivo de fraca a moderada gravidade, que se mantém, na maior parte dos casos, por apenas alguns meses, podendo no entanto em algumas circunstâncias permanecer durante todo o primeiro ano de vida do bebé (e.g., Kumar & Robson, 1983).

Como o veremos de seguida, os dados recolhidos no presente trabalho confirmam apenas parcialmente estas afirmações e estão de acordo com os resultados de investigações mais recentes. Estas chamam à atenção para o facto de que a depressão pós-parto pode se um distúrbio mais severo e mais crónico do que transpareceu dos estudos clássicos (e.g., Campbell et al., 1992; Cox et al., 1993; Teti et al., 1990); o que, por sua vez, de algum modo certifica a correcção na avaliação que fizemos da condição psicopatológica da mãe que funcionou aqui como variável independente — a depressão pós-parto.

Relativamente à gravidade da depressão pós-parto, no estudo empírico a que se refere o presente trabalho encontramos que, 3 meses depois do parto: 12 (46%) das 26 mães da amostra que desenvolveram sintomatologia depressiva após o parto susceptível de ser considerada como perturbação psicopatológica pelos critérios RDC após entrevista psiquiátrica (SADS), desenvolveram sintomatologia moderada, pelo que

se fez o diagnóstico de depressão *minor* a partir dos critérios usados, enquanto que 14 mães (54%) das 26 mães da amostra desenvolveram sintomatologia grave, pelo que, a partir dos mesmos critérios, se fez o diagnóstico de depressão *major* (ver Quadro 15).

Quadro 15
Duração e gravidade da depressão pós-parto (3, 6 e 12 meses)
Grupo experimental (GE)/ grupo de controlo (GC) (N= 51)

		EPDS		SADS		
		> 9	< 9	0	1	2
3° mês	GE (N=26)	26 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (46%)	14 (54%)
pós-parto	GC (N=25)	0 (0%)	25 (100%)	25 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
6° mês	GE (N=23)	13 (57%)	10 (43%)	-	-	-
pós-parto	GC (N=21)	1 (5%)	20 (95%)	-	-	-
12° mês	GE (N=23)	13 (57%)	10 (43%)	11 (48%)	9 (39%)	3 (13%)
pós-parto	GC (N=22)	3 (16%)	19 (84%)	22 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

No que se refere à duração da depressão pós-parto, observámos que, 12 meses após o parto, mais de metade das mães (52%) ainda apresentavam sintomatologia depressiva susceptível de ser considerada como distúrbio psicopatológico segundo os critérios usados, na maior parte dos casos depressão moderada (39%), mas em alguns dos casos depressão grave (13%), sendo que a restante metade (48%) não apresentava sintomatologia depressiva suficiente para o diagnóstico de depressão segundo os critérios usados.

Saliente-se ainda no respeitante a esta questão que algumas mães do estudo, muito embora não se encontrassem deprimidas na primeira avaliação, 3 meses depois do parto, apresentavam, mais tarde no puerpério, um número considerável de sintomas depressivos, sem que, no entanto, se pudesse fazer o diagnóstico de depressão *minor* ou *major*, tendo em conta os critérios RDC depois de entrevista SADS-L. Tal alerta-nos para o facto de que algumas puérperas possam iniciar sintomatologia depressiva um pouco mais tarde do que no 3° mês após o parto e desenvolver essa sintomatologia, por diversos meses, a um nível sub-clínico.

Para testar a hipótese 5 — que quanto mais grave é a depressão da mãe, avaliada em termos da intensidade e da duração dos sintomas (VIs), pior é a qualidade da conduta interactiva da mãe na interacção com o bebé, piores são os cuidados que são prestados pela mãe ao bebé e mais elevada é a preocupação da mãe com as dificuldades que o bebé possa apresentar (VDs) — realizaram-se os procedimentos estatísticos que descrevemos mais abaixo.

Neste ponto será também testada, através dos procedimentos estatísticos que também descrevemos a seguir, a hipótese 6 — que quanto mais grave é a depressão da mãe, avaliada em termos da intensidade e da duração dos sintomas (VIs), pior é a qualidade da conduta interactiva do bebé na interacção com a mãe (VD).

Neste ponto serão pois consideradas as hipóteses seguintes: a hipótese que as mães que se encontram deprimidas no 3° mês do pós-parto (VI) exibem, alguns meses mais tarde, ao 12° mês do pós-parto, uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com o bebé, mesmo que já não se encontrem deprimidas (repercussões a longo-prazo), embora menos do que no caso de elas se manterem deprimidas (VDs); e a hipótese que os bebés das mães que se encontram deprimidas no 3° mês do pós-parto (VI) exibem, alguns meses mais tarde, ao 12° mês do pós-parto, uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com a mãe, mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas (repercussões a longo-prazo), embora menos do que no caso de elas se manterem deprimidas (VDs).

Para testar estas hipóteses compararam-se, aos 12 meses de idade, os resultados dos bebés e das mães nos questionários Home e QMAC e nas escalas de interacção GOISIL e IRS para a situação alimentar e face-a-face, em três subgrupos de mães: mães que não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável nos 12 meses que se sucederam ao parto (grupo 0), mães que se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério, mas já não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto (grupo 1) e mães que se mantiveram deprimidas durante os 12 meses que se seguiram ao parto (grupo 2) e estudou-se o significado das diferenças encontradas, entre os grupos 0 e 1, assim como entre os grupos 1 e 2.

Para testar especificamente a hipótese 20 — que os bebés das mães que se encontram deprimidas no 3° do pós-parto (VI) exibem, alguns meses mais tarde, ao 12° mês do pós-parto (repercussões a longo-prazo), uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com a mãe, mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas, embora menos do que no caso de elas se manterem deprimidas (VDs) — comparou-se, aos 12 meses de idade, os resultados dos bebés nas escalas de interacção GOISIL e IRS para a situação alimentar e face-a-face, em três subgrupos de bebés: nos bebés cujas mães não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável nos 12 meses que se sucederam ao parto (grupo 0), nos bebés cujas mães se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério, mas já não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto (grupo 1) e nos bebés cujas mães se mantiveram

deprimidas durante os 12 meses que se seguiram ao parto (grupo 2) e estudou-se o significado das diferenças encontradas.

Intensidade da depressão pós-parto no 3° mês do puerpério: conduta interactiva da mãe, conduta interactiva do bebé, conduta interactiva mãe-bebé, cuidados da mãe e preocupação materna aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé (N= 50).

1. Para estudar o efeito da intensidade da depressão materna sobre a qualidade da conduta interactiva da mãe, sobre a qualidade da conduta interactiva do bebé, sobre a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé, sobre os cuidados providenciados pela mãe e sobre a preocupação da mãe com o bebé, aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, procurou-se primeiro avaliar, através da análise de variância simples de Kruskal-Wallis, a presença de diferenças que pudessem ter algum interesse testar, nos 3 grupos de mães, avaliadas através da entrevista psiquiátrica SADS no 3° mês do puerpério, com diagnósticos psicopatológicos de diferente gravidade: mães sem perturbação psiquiátrica assinalável (grupo 0), mães com depressão *minor* (grupo 1), mães com depressão *major* (grupo 2). São esses os resultados que apresentamos inicialmente.

Avaliadas, através da análise de variância simples de Kruskal-Wallis, as diferenças na conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé mostraram-se muito significativas, nos 3 grupos de mães em estudo. As diferenças são no sentido de que quanto mais grave é a depressão pós-parto da mãe no 3° mês do puerpério, e não se considera a presença ou ausência de depressão mais tarde no puerpério, pior é a conduta interactiva da mãe, pior é a conduta interactiva do bebé e pior é a conduta interactiva mãe-bebé, aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, sendo que isso acontece nas diferentes situações avaliadas, nomeadamente na situação de face-a-face e na situação de alimentação (ver Quadro 16).

As diferenças assinaladas no quadro seguinte sugerem que as mães sem perturbação psiquiátrica assinalável mostram uma conduta interactiva mais adequada com o bebé do que acontece com as mães com depressão *minor* e os seus bebés, e estas têm com o bebé uma conduta interactiva mais adequada do que acontece com as mães que desenvolveram depressão *major* a seguir ao parto, tal como se observou na situação de face-a-face e na situação alimentar, nas idades de 3 (x^2= 20.9111, d.f.= 2, $p < 0.001$; x^2= 18.1779, d.f.= 2, $p < 0.001$), de 6 (x^2= 18.5622, d.f.= 2, $p < 0.001$; x^2= 14.9634, d.f.=

2, $p < 0.001$) e de 12 meses de idade do bebé ($x^2 = 22.069$, d.f.= 2, $p < 0.001$; $x^2 = 17.2760$, d.f.= 2, $p < 0.001$).

Quando se estudou a conduta interactiva do bebé nos 3 grupos de mães acima identificados, diferenças semelhantes foram encontradas, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 16). Os bebés das mães sem perturbação psiquiátrica no 3° mês do pós-parto foram observados a ter uma conduta interactiva mais adequada na interacção com a mãe, na situação de face-a-face e de alimentação, em relação ao que foi observado com os bebés das mães que desenvolveram uma depressão *minor*, e estes, mesmo assim, apresentaram uma conduta interactiva mais adequada do que os bebés das mães que 3 meses a seguir ao parto se encontravam gravemente deprimidas — isto aos 3 ($x^2 = 18.1955$, d.f.= 2, $p < 0.001$; $x^2 = 21.5226$, d.f.= 2, $p < 0.01$), aos 6 ($x^2 = 16.4822$, d.f.= 2, $p < 0.001$; $x^2 = 16.4935$, d.f.= 2, $p < 0.001$) e aos 12 meses do bebé ($x^2 = 19.1713$, d.f.= 2, $p < 0.001$; $x^2 = 19.7494$, d.f.= 2, $p < 0.001$).

Quadro 16
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe no 3° mês do puerpério (Sads: 0, 1, 2) (N=50)

	Instrumento		média	média	média	x^2	
3	Irsal	mãe	33.98	20.32	14.43	18.1779	***
m		bebé	34.86	18.45	14.32	21.5226	**
e		mãe-bebé	35.24	19.41	12.89	23.7362	***
s	Irsff	mãe	32.62	19.86	13.64	20.9111	***
e		bebé	33.96	20.59	14.95	18.1955	***
s		mãe-bebé	35.04	19.55	13.14	22.7206	***
6	Irsal	mãe	31.55	21.41	11.65	18.5622	***
m		bebé	31.34	20.32	12.92	16.4935	***
e		mãe-bebé	32.41	19.95	11.42	21.1072	***
s	Irsff	mãe	29.73	18.39	13.12	14.9634	***
e		bebé	31.61	18.77	13.77	16.4822	***
s		mãe-bebé	30.68	17.00	12.46	18.6227	***
12	Irsal	mãe	26.98	17.69	16.23	7.2760	*
m		bebé	30.07	10.69	15.31	19.7494	***
e		mãe-bebé	29.39	13.19	14.92	15.7864	***
s	Irsff	mãe	30.68	12.00	13.46	22.0691	***
e		bebé	30.11	14.38	12.96	19.1713	***
s		mãe-bebé	30.68	12.75	13.00	21.7608	***

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Os resultados do quadro anterior (ver Quadro 16) indicam que também é significativamente diferente a qualidade da interacção mãe-bebé nos 3 grupos de mães com diagnósticos psicopatológicos de diferente gravidade. A interacção mãe-bebé é significativamente mais adequada no grupo de mães que não apresenta perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês que se segue ao parto, menos adequada no grupo de mães que apresenta depressão *minor* 3 meses a seguir ao parto, e menos adequada ainda no grupo de mães que 3 meses a seguir ao parto apresenta depressão *major*. Tal verifica-se respectivamente na situação de face-a-face e na situação de alimentação, quer aos 3 ($x^2 = 23.7362$, d.f.= 2, $p < 0.001$, $x^2 = 22.720$,

d.f.= 2, p < 0.001), quer aos 6 (x^2= 18.6227, d.f.= 2, p < 0.001, x^2= 21.1072, d.f.= 2, p < 0.001), quer aos 12 meses de idade do bebé (x^2= 21.7608, d.f.= 2, p < 0.001, x^2= 15.7864, d.f.= 2, p < 0.001).

Também no que se refere aos cuidados que são prestados ao bebé, os resultados indicam que os cuidados são significativamente mais adequados junto das mães que 3 meses depois do parto não se encontram deprimidas (grupo 1) do que junto das mães que se encontram moderadamente deprimidas 3 meses depois do parto (grupo 2) e nestas melhores do que junto das mães que se encontravam gravemente deprimidas 3 meses depois do parto (grupo 3). Tal acontece quer aos 3, (x^2= 7.7104, d.f.= 2, p< 0.05), quer aos 6 (x^2= 11.3494, d.f.= 2, p< 0.01), quer aos 12 meses de idade do bebé (x^2= 7.5723, d.f.= 2, p< 0.05).

Como se assinala no quadro abaixo (ver Quadro 17), no que se refere à aceitação do comportamento da criança (x^2= 8.2858, d.f.= 2, p< 0.05) e à provisão de material de jogo apropriado (x^2= 8.7715, d.f.= 2, p< 0.05), aos 3 meses de idade do bebé; no que se refere ao envolvimento da mãe com a criança (x^2= 12.2781, d.f.= 2, p< 0.01) e às oportunidades de variedade na estimulação diária (x^2= 6.0181, d.f.= 2, p< 0.05), aos 6 meses de idade do bebé; e, no que se refere à resposta emocional e verbal da mãe (x^2= 8.3631, d.f.= 2, p< 0.05) e às oportunidades de variedade na estimulação diária (x^2= 13.3823, d.f.= 2, p< 0.01), aos 12 meses de idade do bebé — as circunstâncias são significativamente mais favoráveis no grupo das mães não-deprimidas do que no grupo das mães moderadamente deprimidas e nestas mais favoráveis do que no grupo das mães gravemente deprimidas no 3° mês do puerpério.

Quadro 17
Cuidados maternos (3, 6 e 12 meses)
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe no 3° mês do puerpério (Sads: 0, 1, 2) (N=50)

	Home	média	média	média	x^2	
3	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	23.28	27.18	19.21	4.2922	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	28.30	30.50	16.57	8.2858	*
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	28.96	23.18	21.14	3.2306	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	27.26	32.91	16.54	8.7715	*
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	27.78	28.50	19.07	4.0307	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	25.28	23.05	27.82	0.7950	
s	ET — Escala Total	28.68	29.86	16.39	7.7104	*
6	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	27.30	22.23	18.15	4.7069	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	26.14	23.50	19.04	2.5952	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	25.39	18.95	24.15	1.7268	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	27.52	23.05	17.08	5.0869	
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	30.20	19.73	15.35	12.2781	**
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	26.70	25.77	16.15	6.0181	*
s	ET — Escala Total	29.91	21.41	14.42	11.3494	**
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	25.70	27.25	25.25	8.3631	*
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	25.91	20.10	20.31	2.3534	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	23.39	26.00	20.04	1.4175	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	26.86	22.85	16.58	5.1402	
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	25.34	19.55	21.69	1.7534	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	29.55	20.65	13.73	13.3823	**
s	ET — Escala Total	27.55	23.45	14.46	7.5723	*

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Por último, e no que se refere às diferenças na preocupação com o bebé por parte das mães com diagnósticos psicopatológicos de gravidade diferente, a análise de variância simples de Kruskal-Wallis assinalou que são igualmente significativas as diferenças observadas nos 3 grupos de mães em estudo e nas 3 avaliações consideradas, tal como consta do quadro abaixo (ver Quadro 18).

Quadro 18
Preocupação materna (3, 6 e 12 meses)
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe no 3° mês do puerpério (Sads: 0, 1, 2) (N=50)

QMAC (Parte II)	média	média	média	x^2	
3 meses	32.42	27.50	11.57	18.6842	***
6 meses	30.59	20.05	14.42	12.8641	**
12 meses	26.98	24.55	15.08	6.9154	*

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Com efeito, tal como se assinala no quadro em cima (ver Quadro 18), os dados obtidos neste estudo indicam que, quando avaliadas pelo questionário QMAC, as mães que não se encontram deprimidas no 3° mês do pós-parto mostraram-se mais preocupadas com os bebés do que as mães que apresentam depressão *minor* 3 meses a seguir ao parto e estas mostram-se mais preocupadas com o bebé do que as mães que apresentam depressão *major* 3 meses a seguir ao parto; isto acontece aos 3, aos 6 e aos 12 meses de idade do bebé (x^2= 18.6842, d.f.= 2, p< 0.001; x^2= 12.8641, d.f.= 2, p< 0.01; x^2= 6.9154, d.f.= 2, p< 0.05).

2. Dado que os dois grupos definidos aos 3 meses de idade do bebé consoante a gravidade da depressão da mãe — grupo 1 (depressão *minor*) e grupo 2 (depressão *major*) — não diferem significativamente no que se refere ao sexo do bebé (z= -0.7133, n.s.), ao estado matrimonial da mãe (z= -1.645, n.s.), ao nível de escolaridade da mãe (z= -1.3787, n.s.), ao nível ocupacional da mãe (z= -0.6286, n.s.), à classe social da família (z= -0.0535, n.s.), à idade da mãe (z= -0.5876, n.s.) e ao tipo de cuidados prestados ao bebé (z= -0.9130, n.s.), pareceu-nos legítimo avaliar a presença de diferenças significativas — na preocupação, cuidados e conduta interactiva da mãe, na conduta interactiva do bebé e na conduta interactiva mãe-bebé, aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé — nos grupos 1 e 2, constituídos por mães que, ao 3° mês do puerpério, preenchiam os critérios RDC para o diagnóstico de depressão, respectivamente depressão *minor* e *major*.

Assim, para averiguar se as mães que se encontram gravemente deprimidas após o parto mantêm uma interacção menos adequada com os bebés do que as mães

que desenvolvem formas mais moderadas de depressão, estabeleceram-se dois grupos de mães — tendo em conta a gravidade da depressão materna, tal como pode ser avaliada a partir da entrevista psiquiátrica SADS no 3º mês do puerpério, depressão *minor* (1) e *major* (2) — e prosseguiu-se, através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, com o estudo do significado das diferenças nas respostas e observação das mães no questionário Home, nas escalas de interacção IRS (alimentação e face-a-face), na grelha GOISIL e no questionário QMAC, na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé. Este procedimento estatístico, como se apresenta já a seguir, estendeu-se à conduta interactiva do bebé, à conduta interactiva mãe-bebé, aos cuidados da mãe com o bebé e à preocupação materna que também foi comparada nos 2 grupos de mães: mães com depressão *major* e mães com depressão *minor* no 3º mês do puerpério.

Através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos, estudou-se o significado das diferenças na conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé, nas idades de 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, nos dois grupos de mães com depressão pós-parto de diferente gravidade aos 3 meses de idade do bebé. Os resultados indicam que, em todas as idades e em todas as situações observadas, a conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé é mais adequada no grupo de mães com depressão *minor* do que no grupo de mães com depressão *major*, sendo que, no entanto, tais diferenças só se mostraram significativas na avaliação que realizamos da conduta interactiva do bebé e mãe-bebé, na situação face-a-face aos 3 meses de idade do bebé (veja Quadro 19).

Quadro 19
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão *minor*/ Mães com depressão *major* (N=25)

	Instrumento		média	média	z	
3	Irsai	mãe	14.68	11.68	-1.0169	
m		bebé	13.68	12.46	-0.4164	
e		mãe-bebé	14.50	11.82	-0.9066	
s	Irsff	mãe	15.64	10.93	-1.5950	
e		bebé	16.05	10.61	-2.0440	*
s		mãe-bebé	16.41	10.32	-2.0569	*
6	Irsai	mãe	15.05	10.35	-1.6333	
m		bebé	15.36	10.08	-1.8513	
e		mãe-bebé	15.32	10.12	-1.8011	
s	Irsff	mãe	14.80	9.85	-1.7438	
e		bebé	14.36	10.92	-1.2000	
s		mãe-bebé	13.83	9.88	-1.4051	
12	Irsai	mãe	11.69	10.58	-0.4040	
m		bebé	9.44	11.96	-0.9250	
e		mãe-bebé	10.88	11.08	-0.0728	
s	Irsff	mãe	11.00	11.00	0.0000	
e		bebé	11.63	10.62	-0.3659	
s		mãe-bebé	11.50	10.69	-0.2910	

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

Com efeito, a avaliação realizada da interacção mãe-bebé no 3º mês do puerpério mostrou que, na situação de alimentação, quer a mãe (z= -1.0169, n.s.), quer o bebé (z= -0.4164, n.s.), quer mãe e bebé (z= -0.9066, n.s.), tinham uma conduta mais adequada no caso da depressão pós-parto da mãe ser ligeira do que no caso da mãe ter uma depressão pós-parto de maior gravidade. No entanto, estas diferenças só se mostraram significativas na situação de face-a-face, onde a conduta interactiva da mãe (z= -1.5950, n.s.), do bebé (z= -2.0440, p <0.05) e mãe-bebé (z= -2.0569, p< 0.05) foi, no que diz respeito aos indicadores de qualidade da conduta interactiva do bebé e mãe-bebé, significativamente pior nos casos em que a mãe estava mais gravemente deprimida do que nos casos em que a depressão pós-parto da mãe era apenas ligeira, tal como se conclui da leitura do quadro seguinte.

Quando, igualmente através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos, avaliámos o significado das diferenças nos cuidados prestados ao bebé em dois grupos de mães com depressão pós-parto de diferente gravidade, verificamos que, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 20), as mães com depressão *minor* no 3º mês do pós-parto apresentavam, em todas as idades consideradas, cuidados significativamente mais adequados do que as mães que desenvolveram depressão de maior gravidade no 3º mês do pós-parto e receberam o diagnóstico de depressão *major* (N=25).

Assinalaram-se significativas as seguintes diferenças na avaliação dos cuidados maternos através do questionário Home aos 3 meses de idade do bebé: as mães com depressão pós-parto de menor gravidade foram observadas a mostrar mais aceitação pelo comportamento da criança (z= -2.5646, p< 0.05) e fizeram uma provisão de material de jogo mais adequada (z= -3.1202, p< 0.01), fornecendo cuidados significativamente mais adequadas ao bebé do que as mães com depressão *major* pós-parto (z= -2.5295, p< 0.05).

Os resultados obtidos indicam que, quando não se considera o facto de as mães se manterem ou não deprimidas na idade de 6 meses do bebé, mas apenas a gravidade da depressão 3 meses após o parto, as mães mais gravemente deprimidas no 3º mês do puerpério providenciam significativamente menos oportunidades de variedade na estimulação diária da criança do que as mães menos gravemente deprimidas no 3º mês do puerpério (z= -2.0518, p< 0.05). No entanto, as diferenças nos cuidados prestados não se mostraram significativas quando se considerou o resultado total do inventário (z= -1.3981, n.s.).

Por sua vez, os resultados obtidos na idade de 12 meses do bebé indicam que, quando não se tem em conta a manutenção ou não da depressão pós-parto depois dos primeiros 3 meses do puerpério, as mães que se encontravam mais gravemente

deprimidas na idade de 3 meses do bebé mostram ao ano de idade do bebé uma significativa menor resposta emocional e verbal ao bebé do que as mães que se apresentavam menos gravemente deprimidas nos primeiros meses do puerpério (z= -2.4017, p< 0.05). No entanto, mais uma vez os resultados indicam que os cuidados prestados nos dois grupos de mães não diferem significativamente quando apenas se considera o resultado total obtido pela mãe no inventário (z= -1.8368, n.s.).

Quadro 20
Cuidados maternos (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão *minor*/ Mães com depressão *major* (N=25)

	Home	média	média	X^2	
3 meses	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	15.18	11.29	-1.3675	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	17.05	9.82	-2.5646	*
	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	13.68	12.46	-0.4260	
	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	18.09	9.00	-3.1202	**
	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	15.55	11.00	-1.5898	
	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	11.64	14.04	-0.9166	
	ET — Escala Total	17.18	9.71	-2.5295	*
6 meses	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	13.64	11.54	-0.7817	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	13.50	11.65	-0.6590	
	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	10.91	13.85	-1.0805	
	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	14.55	10.77	-1.3576	
	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	13.95	11.27	-1.2010	
	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	15.55	9.92	-2.0518	*
	ET — Escala Total	14.68	10.65	-1.3981	
12 meses	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	15.60	9.23	-2.4017	*
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	11.90	12.08	-0.6555	
	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	13.75	10.65	-1.2142	
	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	14.25	10.27	-1.4234	
	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	11.45	12.54	-0.3714	
	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	14.80	9.85	-1.8517	
	ET — Escala Total	14.95	9.73	-1.8368	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando se estudou as diferenças nas respostas das mães à parte II do questionário QMAC, em dois grupos de mães com depressão pós-parto de diferente gravidade no 3° mês do puerpério, encontrou-se que as mães mais gravemente deprimidas (depressão *major*) se mostravam menos preocupadas com os seus bebés do que as mães menos gravemente deprimidas (depressão *minor*), sendo que tais diferenças se mostraram muito significativas aos 3 meses de idade do bebé (z= -2.8544, p< 0.01), mas já não aos 6 (z= -1.3953, n.s.) e 12 meses (z= -1.7425, n.s.), quando não se considerou o facto de as mães se manterem ou não deprimidas (ver Quadro 21).

Quadro 21
Preocupação materna (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão *minor*/ Mães com depressão *major* (N=25)

QMAC (Parte II)	média	média	z	
3 meses	17.73	9.29	-2.8544	**
6 meses	14.68	10.65	-1.3953	
12 meses	14.80	9.85	-1.7425	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

O número reduzido de efectivos de mães gravemente deprimidas — que preenchem os critérios para depressão *major* — ao 12º mês do pós-parto (N=3), não nos permitiu efectuar o tipo de comparação que agora fizemos relativamente à gravidade da depressão pós-parto da mãe no 3º mês dopós-parto.

Duração da depressão pós-parto: conduta interactiva da mãe, conduta interactiva do bebé, conduta interactiva mãe-bebé, cuidados da mãe e preocupação materna aos 12 meses de idade do bebé (N= 45)

1. Para estudar o efeito da duração da depressão pós-parto materna sobre a conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé, bem como sobre os cuidados providenciados pela mãe ao bebé e sobre a preocupação da mãe com o bebé, procurou-se avaliar, através da análise de variância simples de Kruskal-Wallis, o significado das diferenças, aos 12 meses de idade do bebé, nas respostas da mãe ao inventário Home e ao questionário QMAC, assim como o significado das diferenças na qualidade da conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé, observada nas escalas de interacção IRS, para a situação de alimentação e de face-a-face, e na grelha de observação GOISIL, para a situação de interacção livre, em três grupos de mães: mães que não estiveram deprimidas nem apresentaram perturbação psicopatológica assinalável durante os primeiros 12 meses do pós-parto (grupo 1, N= 22), mães que estando clinicamente deprimidas no 3º mês do pós-parto já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do pós-parto (grupo 2, N= 11), mães que se mantiveram clinicamente deprimidas ao longo dos 12 meses durante os quais decorreu o estudo (grupo 3, N= 12).

Note que as mães para as quais não nos foi possível recolher informação acerca do seu estado psicopatológico 12 meses depois do parto foram excluídas desta análise.

Os dados obtidos que reportamos no quadro em baixo (ver Quadro 22) indicam que, na situação de alimentação assim como na situação de face-a-face avaliada aos 12 meses de idade do bebé, a qualidade da conduta interactiva da mãe (x^2= 7.2372, d.f.= 2, p< 0.05; x^2= 22.0536, d.f.= 2, p< 0.001), a qualidade da conduta interactiva do bebé (x^2= 19.0649, d.f.= 2, p< 0.001; x^2= 19.1518, d.f.= 2, p< 0.001), bem como a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé (x^2= 15.7619, d.f.= 2, p< 0.001; x^2= 21.7743, d.f.= 2, p< 0.001) varia significativamente nos 3 grupos de mães já definidos, em que a depressão pós-parto materna esteve presente por mais ou por menos tempo ou não esteve presente durante o puerpério.

Os resultados deste estudo sugerem que na presença de depressão pós-parto da mãe durante os primeiros 12 meses de vida do bebé ou na presença de depressão pós-parto da mãe durante apenas os primeiros 3 meses de vida do bebé, a qualidade da conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé é significativamente pior do que na ausência da depressão pós-parto materna durante o puerpério.

Quadro 22
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (12 meses)
Análise de variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe no 12° mês do puerpério (duração)
Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério/ Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N=45)

	Instrumento		média	média	média	x^2	
12 meses	Irsal	mãe	26.98	16.30	17.23	7.2372	*
		bebé	30.07	13.40	13.68	19.0649	***
		mãe-bebé	29.39	13.50	14.95	15.7619	***
	Irsff	mãe	30.68	12.25	13.50	22.0536	***
		bebé	30.11	12.90	14.05	19.1518	***
		mãe-bebé	30.68	12.55	13.23	21.7743	***

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Os dados mostram também que — como mais adiante analisaremos de forma detalhada — são muito semelhantes os resultados relativos à qualidade da conduta interactiva da mãe, à qualidade da conduta interactiva do bebé e à qualidade da conduta interactiva mãe-bebé, obtidos nos dois grupos de mães cuja depressão pós-parto teve diferente duração no puerpério, parecendo indicar que, aos 12 meses de idade do bebé, não é significativamente diferente a qualidade da conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé em dois grupos de mães que, estando deprimidas no 3° mês do pós-parto, se mantiveram ou não deprimidas até ao 12° mês do puerpério.

A importância da duração da depressão pós-parto na qualidade dos cuidados que são prestados pela mãe ao bebé de 12 meses de idade, foi também estimada. Levamos a cabo uma análise de variância para averiguar se eram significativamente distintos os cuidados prestados ao bebé em 3 grupos de mães: mães que não desenvolveram nenhuma perturbação psicopatológica nos 12 meses que se seguiram ao parto (grupo 0), mães que estando deprimidas no 3° já não se encontravam deprimidas no 12° mês do pós-parto (grupo 1), e mães que estando deprimidas no 3° mês do pós-parto mantiveram-se deprimidas durante os primeiros 12 meses do pós-parto (grupo 2).

Como pode concluir da leitura do quadro abaixo (ver Quadro 23), a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao bebé é melhor no grupo das mães que não desenvolveram perturbação psicopatológica assinalável depois do parto; e, no que se refere às mães que desenvolveram depressão pós-parto, os dados sugerem que a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 12 meses de idade é pior no caso das

mães que se mantêm por mais tempo deprimidas e que ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério, do que no caso daquelas que embora desenvolvam depressão após o parto, já não se encontram deprimidas 12 meses depois do parto (x^2= 7.4730, d.f.= 2, p< 0.05).

Quadro 23
Cuidados maternos (12 meses)
Análise de variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe no 12° mês do puerpério (duração)
Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério/ Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N=45)

	Home	média	média	média	x^2	
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	25.70	23.73	17.38	4.0021	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	25.91	21.00	19.50	2.4352	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	23.39	25.14	20.33	0.9492	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	26.86	25.23	13.88	8.2138	*
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	25.34	18.95	22.42	2.0404	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	29.55	17.73	15.83	11.8002	**
s	ET — Escala Total	27.55	22.95	14.71	7.4730	*

d.f. = 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Também no que se refere, 12 meses a seguir ao parto, à preocupação da mãe com o bebé, os dados obtidos no presente estudo indicam que tal varia, embora não em níveis estatisticamente significativos, consoante a gravidade — avaliada em termos da duração dos sintomas — da depressão pós-parto da mãe.

A preocupação da mãe com o bebé de 12 meses de idade, parece ser, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 24), mais elevada no grupo das mães em que a depressão pós-parto esteve ausente durante todo puerpério, e, no caso da depressão pós-parto ter estado presente, a preocupação materna aos 12 meses de idade do bebé parece ser mais elevada no grupo das mães em que a depressão pós-parto foi apenas breve do que no grupo das mães em que a depressão pós-parto teve maior duração e que ainda se encontravam deprimidas a quando da avaliação da mesma. No entanto, as diferenças entre os 3 grupos em análise não se mostraram estatisticamente significativas (x^2= 4.5399, d.f.= 2, n.s.).

Quadro 24
Preocupação materna (12 meses)
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe no 12° mês do puerpério (duração)
Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério/ Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N=45)

QMAC (Parte II)	média	média	média	x^2
12 meses	26.98	21.36	17.21	4.5399

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

2. Para testar o significado das diferenças nos cuidados e preocupação materna, assim como na conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé em dois grupos de mães que desenvolveram depressão pós-parto com diferente gravidade — avaliada em termos da duração dos sintomas — analisamos, através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças nos resultados obtidos, respectivamente nos questionários QMAC e Home e nas escalas de interacção GOISIL e IRS para a situação alimentar e situação face-a-face, em dois grupos de mães que desenvolveram depressão pós-parto.

O grupo 1 (N= 11) foi constituído pelas mães que, tendo em conta os critérios RDC, se encontravam clinicamente deprimidas no 3° mês do puerpério, mas que já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério; enquanto que o grupo 2 (N= 12) foi constituído pelas mães que, tendo em conta os critérios RDC para a depressão *major* e para a depressão *minor*, se encontravam clinicamente deprimidas quer no 3° quer no 12° mês do puerpério, e recebiam qualquer um dos dois diagnósticos em ambos os momentos.

Conduta interactiva materna 12 meses após o parto: mães com depressão no 3° mês do pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês e no 12° mês do puerpério (N= 32)

Quando se avaliou, 12 meses depois do parto, a qualidade da conduta da mãe na interacção com o bebé — na situação de alimentação, na situação de face-a-face e na situação de interacção livre — verificaram-se diferenças significativas, como constam do quadro da página seguinte (ver Quadro 25), entre a conduta interactiva das mães que tendo desenvolvido depressão pós-parto no 3° mês do puerpério não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério (grupo 1) e a conduta interactiva das mães que não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável durante os primeiros 12 meses do puerpério (grupo 0) ($z= -2.2776$, $p< 0.05$; $z= -4.1016$, $p< 0.001$).

Na interacção alimentar (IRSal), as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e não se encontravam deprimidas no 12° mês do pós-parto — muito embora não se comportassem de modo significativamente diferente relativamente à posição de alimentar ($z= -2.3169$, n.s.), ao estado de humor ($z= -0.8513$, n.s.), à actividade física ($z= -1.8187$, n.s.), à orientação da cabeça ($z= -0.8481$, n.s.), às vocalizações ($z=$

-1.2039, n.s.), à remoção do biberão (z= -1.4832, n.s.), ao pôr o bebé a arrotar (z= 0.0000, n.s.) e à persistência no aleitar (z= -1.3290, n.s.) — providenciavam menor contacto ocular ao bebé do que as mães que não desenvolveram perturbação psicopatológica assinalável durante o primeiro ano do pós-parto (z= -2.1323, p< 0.05).

Quadro 25
Conduta interactiva materna (12 meses após o parto)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/Mães sem perturbação psicológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (N= 32)

Instrumento	Conduta interactiva da mãe	média	média	z	
	Posição de alimentar	12.00	18.55	-2.3169	
	Estado	15.30	17.05	-0.8513	
	Actividade Física	12.60	18.27	-1.8187	
I	Orientação da Cabeça	15.00	17.18	-0.8481	
R	Contacto Ocular	14.30	17.50	-2.1323	*
S	Vocalizações	13.80	17.73	-1.2039	
al	Remoção do Biberão	15.40	17.00	-1.4832	
	Arrotar	16.50	16.50	0.0000	
	Persistência no aleitar	17.80	13.65	-1.3290	
	Total	10.95	19.02	-2.2776	*
	Estado	12.10	18.50	-3.1214	**
	Actividade Física	7.50	20.59	-4.4129	***
	Orientação da Cabeça	13.20	18.00	-2.6562	**
I	Contacto Ocular	15.40	17.00	-1.4832	
R	Silêncio, Aversão do Olhar	15.00	17.18	-1.0617	
S	Expressões Faciais	10.40	19.27	-3.4619	***
ff	Vocalizações	10.00	19.45	-3.2533	**
	Comport. Infantilizados	9.75	19.57	-3.0431	**
	Resposta Contingente	9.00	19.91	-3.4447	***
	Comportamento de Jogo	11.30	18.86	-2.5200	*
	Total	6.60	21.00	-4.1016	***
o	Cuidar, consolar ou acalmar apropriado	14.95	15.82	-0.4372	
b	Cuidar, consolar ou acalmar não apropriado	15.00	15.79	-0.7609	
j	Jogo apropriado	12.18	17.42	-1.5821	
e	Jogo que não é apropriado	20.64	12.53	-2.5734	*
c	Promoção do desenvolvimento apropriado	15.18	15.68	-0.1797	
t	Promoção do desenvolvimento não apropriado	15.86	15.29	-0.3982	
i	Restrição: situações que envolvem perigo a)	15.50	15.50	-0.0000	
v	Restrição: situações que envolvem perigo b)	16.77	14.76	-1.1575	
o	Restrição: situações que não envolvem perigo a)	16.36	15.00	-1.3143	
s	Restrição: situações que não envolvem perigo b)	17.45	14.37	-1.2500	
	Punição física	15.50	15.50	-0.0000	
	Controlo através do jogo	15.50	15.50	-0.0000	
	Pegar ao colo, abraçar ou aconchegar	12.55	17.21	-1.4314	
	Tocar, acariciar	14.36	16.16	-0.5411	
	Beijar, lamber ou morder afectuoso	12.73	17.11	-1.5276	
	Movimento ou gesto em direcção ao bebé	11.55	17.79	-1.9143	
G C	Movimento, gesto, contacto directo com objecto(s)	14.82	15.89	-0.3257	
O o	Colocar em posição de face-a-face	9.41	19.03	-2.9042	**
I n	Olhar para o bebé	14.00	16.37	-0.8503	
S d	Olhar para os olhos do bebé	9.64	18.89	-2.7845	**
I u	Olhar para o mundo físico ou social	15.23	15.66	-0.1315	
L t	Alegria, contentamento, bem-estar	9.14	19.18	-3.2717	**
a	Tristeza, melancolia	16.36	15.00	-1.3143	
s	Aborrecimento, desagrado, hostilidade	16.59	14.87	-0.7394	
	Angústia, desespero, preocupação, tensão	18.09	14.00	-2.3563	*
I	Ausência de expressão, desatenção	18.23	13.92	-1.5953	
n	Riso ou sorriso	10.59	18.34	-2.3431	*
t	Mímica facial	14.05	16.34	-0.8513	
e	Acelerações/desacelerações intencionais	17.23	14.50	-1.8915	
r	Murmurejar, sussurrar, cochichar	17.59	14.29	-1.6754	
a	Aumento da intensidade de voz	15.50	15.50	-0.0000	
c	Gritar, berrar	15.50	15.50	-0.0000	
t	Gargalhada	14.41	16.13	-0.6649	
i	Cantar, modular voz, sons com carácter rítmico	9.77	18.82	-2.7296	**
v	Conteúdo positivo a respeito do bebé	13.41	16.71	-1.2221	
a	Conteúdo negativo a respeito do bebé	16.05	15.18	-0.3339	
s	Palavras infantilizadas	13.18	16.84	-1.1057	
	Vocalização, verbalização em direcção ao bebé	12.23	17.39	-1.5755	
T	Iniciativa interactiva	13.14	16.87	-1.1440	
i	Iniciativa não interactiva	16.36	15.00	-1.3143	
p	Ausência de resposta	17.00	14.61	-1.0942	
o	Resposta interactiva positiva	17.91	14.11	-1.1862	
s	Imitação	15.82	15.32	-0.3482	
	Conduta simultânea	16.36	15.00	-1.3143	
	Troca ou sequência de trocas interactivas	13.73	16.53	-1.2031	
	Resposta interactiva negativa	15.50	15.50	-0.0000	
	Manejo abrupto	15.50	15.50	-0.0000	
	Sobre-estimulação	15.50	15.50	-0.0000	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Para além disso, observou-se que, na situação face-a-face (IRSff), as mães com depressão pós-parto que já não se encontravam clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé, foram significativamente menos pontuadas relativamente — ao estado de humor (z= -3.1214, p< 0.1), à actividade física (z= -4.4129, p< 0.001), à

orientação da cabeça (z= -2.6562, p< 0.1), às expressões faciais (z= -3.4619, p< 0.001), às vocalizações (z= -3.2533, p< 0.1), aos comportamentos infantilizados (z= -3.0431, p< 0.1), à resposta contingente (z= -3.4447, p< 0.001), ao comportamento de jogo (z= -2.5200, p< 0.05) — do que as mães sem perturbação psicológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério. No entanto, não se verificassem diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao contacto ocular (z= -1.4832, n.s.) e ao silêncio durante a aversão do olhar do bebé entre as mães dos dois grupos agora analisados (z= -1.0617, n.s.).

As mães com depressão pós-parto que já não se encontravam clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto apresentaram, mesmo assim, na situação de interacção livre na idade de 12 meses do bebé, uma conduta menos adequada com o bebé, do que as mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério. Observou-se que as mães que desenvolveram depressão pós-parto, muito embora já não se encontrassem deprimidas, evidenciavam ainda, relativamente às mães que não desenvolveram qualquer perturbação psicopatológica durante o primeiro ano do puerpério, uma conduta significativamente menos adequada: um maior número de actividades de jogo que não é apropriado à idade do bebé (z= -2.5734, p< 0.05), colocaram significativamente menos o bebé em posição de face-a-face (z= -2.9042, p< 0.01), olharam significativamente menos para os olhos do bebé (z= -2.7845, p< 0.01) e cantaram, modelaram a voz, e vocalizaram significativamente menos sons com um carácter rítmico (z= -2.7296, p< 0.01), assim como expressaram significativamente menos alegria, contentamento ou bem-estar (z= -3.2717, p< 0.1) e observou-se menos vezes o riso ou sorriso (z= -2.3431, p< 0.05), mas significativamente mais vezes angústia, desespero, preocupação ou tensão (z= -2.3563, p< 0.05).

Conduta interactiva do bebé 12 meses após o parto: mães com depressão no 3° mês do pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês e no 12° mês do puerpério (N= 32)

Também, aos 12 meses de idade, os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, se bem que as suas mães já não se encontrassem deprimidas, evidenciaram — na situação em que eram alimentados pelas suas mães, assim como na situação em que eram colocados face-a-face e na situação em que interagiam livremente (z= -3.9536, p< 0.001; z= -3.8391, p< 0.001) — uma conduta significativamente menos adequada do que os bebés das mães que não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável nem no 3° nem no 12° mês do puerpério, como consta do quadro da página seguinte (ver Quadro 26).

Na situação em que eram alimentados (IRSal) pela mãe aos 12 meses de idade — comparativamente aos bebés cujas mães não apresentaram perturbação psicopatológica nem no 3° nem no 12° mês do puerpério — os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto, mas já não se encontravam deprimidas nem apresentavam perturbação psicopatológica assinalável 12 meses depois do parto, mostraram uma conduta interactiva menos adequada. Com efeito, exibiram significativamente mais actividade física negativa ($z= -2.1672$, $p< 0.05$), orientaram significativamente menos a cabeça em direcção à mãe ($z= -4.0381$, $p< 0.001$), assim como olharam significativamente menos para a mãe ($z= -4.0798$, $p< 0.001$). No entanto, não se observaram diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao estado de atenção/sonolência ($z= -1.4832$, n.s.) e à rejeição do mamilo/colher, entre os dois grupos de bebés ($z= -0.8988$, n.s.).

Quadro 26
Conduta interactiva do bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães sem perturbação psicológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (N= 32)

Instrumento	Conduta interactiva do bebé	média	média	z	
IRSal	Estado	15.40	17.00	-1.4832	
	Actividade Física	12.50	18.32	-2.1672	*
	Orientação da Cabeça	7.80	20.45	-4.0381	***
	Contacto Ocular	7.35	20.66	-4.0798	***
	Persistência na alimentação	14.60	17.36	-0.8988	
	Total	6.95	20.84	-3.9536	***
IRSff	Estado	16.50	16.50	0.0000	
	Actividade Física	10.80	19.09	-3.0744	**
	Orientação da Cabeça	9.25	19.80	-3.4211	***
	Contacto Ocular	8.65	20.07	-3.5507	***
	Expressões Faciais	12.35	18.39	-2.2383	*
	Rabugice	14.40	17.45	-0.9873	
	Vocalizações	10.80	19.09	-3.0744	**
	Total	7.15	20.75	-3.8391	***
GOILL	Condutas: Movimentos involuntários, descoordenados indiferenciados	15.00	15.00	0.0000	
	Contacto físico com a mãe	14.18	15.50	-0.4372	
	Movimentos coordenados dirigidos ao corpo da mãe	11.95	16.89	-1.5320	
	Movimentos coordenados dirigidos ao(s) objecto(s)	17.55	13.44	-1.2695	
	Manipulação exploratória do próprio corpo	13.27	16.06	-1.0853	
	Manipulação exploratória do corpo da mãe	16.00	14.39	-0.6999	
	Manipulação exploratória dos objectos	14.18	15.50	-0.4063	
	Auto-estimulação, auto-apaziguamento	15.00	15.00	0.0000	
	Interagir: Colocar-se em posição de face-a-face	8.36	19.06	-3.3048	***
	Olhar para a mãe	10.09	18.00	-2.4334	**
	Olhar para os olhos da mãe	9.68	18.25	-2.6408	**
	Seguir visualmente a mãe	15.36	14.78	-0.1874	
	Olhar para o mundo físico ou social que não a mãe	17.41	13.53	-1.4057	
	Sonolência, desatenção	15.00	15.00	0.0000	
	Afectos: Alegria, contentamento, bem-estar	9.91	18.11	-2.5973	**
	Aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar, f	19.36	12.33	-2.3350	**
	Angústia, desamparo, desespero, preocupação, tensão	15.00	15.00	0.0000	
	Ausência de expressão ou expressão neutra	18.55	12.83	-1.9240	
	Riso ou sorriso	9.05	18.64	-2.9727	**
	Mímica facial	14.50	15.31	-0.7817	
	Gorjeio, arrulho (sons isolados)	13.50	15.92	-1.4026	
	Balbucio, lalação (sílabas)	12.95	16.25	-1.0157	
	Verbalizações (palavras ou quase-palavras)	15.32	14.81	-0.1921	
	Choro	15.00	15.00	0.0000	
	Grito, berro, guincho	16.64	14.00	-1.8411	
	Queixume, choramingo, rabugice	19.23	12.42	-2.3112	*
	Gargalhada	10.50	17.75	-2.5548	*
	Tipos: Iniciativa interactiva	15.50	14.69	-0.2609	
	Iniciativa não interactiva	21.27	11.17	-3.2826	***
	Ausência de resposta	18.41	12.92	-2.0634	*
	Resposta interactiva positiva	10.36	17.83	-2.3094	*
	Imitação	14.27	15.44	-0.6004	
	Conduta simultânea	15.00	15.00	0.0000	
	Troca ou sequência de trocas interactivas	13.18	16.11	-1.2719	
	Resposta interactiva negativa	18.86	12.64	-2.1473	*
	Actividade positiva indiscriminada	15.00	15.00	0.0000	
	Actividade negativa indiscriminada	15.00	15.00	0.0000	

* $p< 0.05$
** $p< 0.01$
*** $p< 0.001$

Na situação em que eram colocados face-a-face (IRSff) com as respectivas mães, na idade de 12 meses, os bebés das mães com depressão pós-parto que já não

se encontravam clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé, estavam tão alerta e não choravam/rabujaram significativamente mais do que os bebés das mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério. No entanto, foram menos cotados no que se refere à adequação nos seguintes domínios interactivos: actividade física ($z= -3.0744$, $p< 0.01$), orientação da cabeça ($z= -3.4211$, $p< 0.001$), contacto ocular ($z= -3.5507$, $p< 0.001$), expressões faciais ($z= -2.2383$, $p< 0.05$) e vocalizações ($z= -3.0744$, $p< 0.01$).

Na situação de jogo livre aos 12 meses de idade (GOISIL), os bebés das mães que não apresentavam perturbação psicopatológica, mas tinham experienciado depressão no 3° mês do pós-parto, evidenciavam uma conduta interactiva menos adequada do que os bebés das mães que não apresentavam perturbação psicopatológica e não tinham experienciado depressão no 3° mês do pós-parto, a saber: colocaram-se significativamente menos em posição de face-a-face ($z= -3.3048$, $p< 0.001$), olharam significativamente menos para a mãe ($z= -2.4334$, $p< 0.01$), assim como olharam significativamente menos para os olhos da mãe ($z= -2.6408$, $p< 0.01$), exibiram um número significativamente menor de expressões faciais de alegria, contentamento e bem-estar ($z= -2.3350$, $p< 0.01$), nomeadamente menos riso ou sorriso ($z= -2.9727$, $p< 0.01$) e menos gargalhadas ($z= -2.5548$, $p< 0.05$), um número significativamente maior de expressões faciais de aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar, ou estiveram com face choro/grito ($z= -2.3350$, $p< 0.01$), e um maior número de vocalizações negativas, nomeadamente queixume, choramingo e rabugice ($z= -2.3112$, $p< 0.05$). As iniciativas não interactivas ($z= -3.2826$, $p< 0.001$), assim como a ausência de resposta ($z= -2.0634$, $p< 0.05$) e as respostas interactivas negativas ($z= -2.1473$, $p< 0.05$) foram significativamente mais observadas nos bebés do grupo 1, enquanto que as respostas interactivas positivas foram significativamente mais observadas junto dos bebés do grupo 0 ($z= -2.3094$, $p< 0.05$).

Conduta interactiva mãe-bebé 12 meses após o parto: mães com depressão no 3° mês do pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês e no 12° mês do puerpério (N= 32)

Como se pode concluir da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 27), a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 12 meses após o parto é significativamente menor junto das mães com depressão pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e seus bebés do que junto das mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês e no 12° mês do

puerpério e seus bebés, tal como se verifica na situação de interacção livre, onde acontece significativamente menos o contacto ocular mútuo (z= -2.6334, p< 0.01), na situação de interacção face-a-face (z= -4.1064, p< 0.001) e na situação de interacção alimentar (z= -3.5155, p< 0.001).

Quadro 27
Conduta interactiva mãe-bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães sem perturbação psicológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (N= 32)

	Instrumento	Conduta interactiva mãe-bebé	média	média	z	
12°	IRS	em situação face-a-face	6.50	21.05	-4.1064	***
		em situação de alimentação	7.90	20.41	-3.5155	***
m		contacto ocular mútuo	9.95	18.71	-2.6334	**
ê	GOISIL	atenção mútua sobre o mundo	13.18	16.84	-0.1043	
s		vocalização mútua	16.14	15.13	-0.5104	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Cuidados maternos aos 12 meses de idade do bebé: mães com depressão no 3° mês do pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês e no 12° mês do puerpério (N= 32)

Muito embora, aos 12 meses de idade do bebé, as mães com depressão pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério pontuem menos no inventário Home do que as mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês e no 12° mês do puerpério, as diferenças só se mostraram estatisticamente significativas no respeitante às oportunidades de variedade na estimulação diária, que são maiores, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 28), para os bebés das mães que não desenvolveram depressão pós-parto do que o são para os bebés das mães que muito embora já não se encontrem deprimidas desenvolveram tal perturbação psicopatológica a seguir ao parto (z= -2.6975, n.s.).

Quadro 28
Cuidados maternos (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães sem perturbação psicológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (N= 32)

	Home	média	média	z	
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	15.86	17.57	-0.5599	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	14.55	18.23	-1.0928	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	17.86	16.57	-0.3966	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	15.55	17.73	-0.6239	
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	14.50	18.75	-1.7999	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	10.91	20.05	-2.6975	**
s	ET — Escala Total	14.27	18.36	-1.1542	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Preocupação materna aos 12 meses de idade do bebé: mães com depressão no 3° mês do pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês e no 12° mês do puerpério (N= 32)

Como consta do quadro que se encontra a seguir (ver Quadro 29), as mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto mostram menos preocupação com o bebé, na idade de 12 meses, do que as mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério. No entanto, as diferenças a esse respeito não se mostraram estatisticamente significativas, nem no que se refere ao resultado total (z= -1.2443, n.s.), nem no respeitante a cada um dos itens avaliados pelo questionário QMAC, relativos à alimentação (x1= 14.00, x2= 18.50, z= -1.3552, n.s.), ao sono (x1= 17.68, x2= 17.41, z= -0.0761, n.s.), ao asseio (x1=15.50, x2= 17.75, z= -0.6810, n.s.), à mobilidade (x1= 15.77, x2= 17.61, z= -0.5833, n.s.), à saúde (x1= 14.36, x2= 18.32, z= -1.2617, n.s.) e ao choro (x1= 15.14, x2= 17.93, z= 0.8010, n.s.).

Quadro 29
Preocupação materna (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães sem perturbação psicológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (N= 32)

QMAC (Parte II)	média	média	z
12 meses	14.05	18.48	-1.2443

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Saliente-se que as mães com depressão pós-parto que já não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério, não revelam, 12 meses depois do parto, a presença de um maior número de sintomas depressivos, tal como podem ser avaliados através do inventário EPDS, do que as mães sem perturbação psicológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (x1= 19.82, x2= 15.59, z= -1.1934, n.s.).

Note ainda que entre os 2 grupos em comparação também não se mostraram estatisticamente significativas as diferenças relativas ao nível sócio-económico da família (x1= 14.59, x2= 18.89, z= -1.2199, n.s.), à idade da mãe (x1= 17.41, x2= 17.54, z= -0.0388, n.s.), ao nível educacional (x1= 14,27, x2= 19.04, z= -1.3615, n.s.) e ao nível ocupacional da mãe (x1= 14.86, x2= 18.76, z= -1.0874, n.s.), ao ajustamento conjugal da mãe (x1= 11.86, x2= 12.76, z= -0.2887, n.s.), aos cuidados providenciados pelo pai ao bebé (x1= 9.43, x2= 13.76, z= -1.3691, n.s.) e ao sexo do bebé (x1= 16.14, x2= 18.15, z= -0.6668, n.s.).

Conduta interactiva materna, conduta interactiva do bebé e conduta interactiva mãe-bebé aos 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto no 3° mês do pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães com depressão pós-parto no 3° mês do pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério (N= 23)

Para testar o significado das diferenças — nos cuidados e preocupação materna,, assim como na conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé — nos dois grupos de mães que desenvolveram depressão pós-parto com diferente duração, analisamos através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças nos resultados obtidos, respectivamente nos questionários QMAC e Home e nas escalas de interacção GOISIL e IRS para a situação alimentar e situação face-a-face, nos dois grupos de mães que discriminamos a seguir.

O grupo 1 (N= 11) foi constituído pelas mães que, tendo em conta os critérios RDC, se encontravam clinicamente deprimidas no 3° mês do puerpério, mas que no 12° mês do puerpério já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável; enquanto que o grupo 2 (N= 12) foi constituído pelas mães que, tendo em conta os critérios RDC para a depressão *major* e *minor*, se encontravam clinicamente deprimidas no 3° e também no 12° mês do puerpério e recebiam qualquer um destes diagnósticos em ambos os momentos.

Quando, na idade de 12 meses do bebé, se comparou a conduta interactiva do bebé, da mãe, e mãe-bebé nas díades de mães que desenvolveram depressão pós-parto e, 12 meses após o parto, ainda se apresentavam ou não clinicamente deprimidas segundo os critérios RDC, não se observaram diferenças significativas em nenhum dos itens e em nenhum dos resultados globais da avaliação da interacção realizada pelas escalas IRS para a situação alimentar (z= -0.1071, n.s.; z= -0.6836, n.s.; z= -0.0708, n.s.) e face-a-face (z= -0.1061, n.s.; z= -0.1779, n.s.; z= -0.3891, n.s.), a não ser que as mães que ainda se encontravam clinicamente deprimidas na terceira avaliação foram significativamente mais avaliadas como estando com aparência ansiosa ou deprimida na interacção alimentar com o bebé, 12 meses depois do parto (x1= 9.00, x2= 12.82, z= -2.0684, $p< 0.05$).

Assim, 12 meses depois do parto, a qualidade da conduta interactiva da mãe, a qualidade da conduta interactiva do bebé e a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé no grupo de mães com depressão pós-parto que ainda se encontram

clinicamente deprimidas não é significativamente menos adequada do que a qualidade da conduta interactiva da mãe, a qualidade da conduta interactiva do bebé e a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé no grupo das mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 30).

Quadro 30
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N= 23)

	Instrumento		média	média	z
12		mãe	10.85	11.14	-0.1071
m	Irsal	bebé	11.95	10.14	-0.6836
e		mãe-bebé	11.10	10.51	-0.0708
s		mãe	11.15	10.86	-0.1061
e	Irsff	bebé	11.25	10.77	-0.1779
s		mãe-bebé	11.55	10.50	-0.3891

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Cuidados maternos: mães com depressão pós-parto no 3º mês do pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério e mães com depressão pós-parto no 3º mês do pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério (N= 23)

Aos 12 meses de idade do bebé, como consta do quadro (ver Quadro 31), não

Quadro 31
Cuidados maternos (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N= 23)

	Home	média	média	z
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	12.00	12.00	0.0000
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	12.45	11.58	-0.3251
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	13.27	10.83	-0.9640
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	15.68	8.63	-2.5427 *
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	11.32	12.63	-0.5026
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	12.82	11.25	-0.5907
s	ET — Escala Total	14.05	9.38	-1.6876

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

se verificou a presença de diferenças significativas nos cuidados prestados pelas mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério que já não se encontram deprimidas no 12º mês após o parto, quando tais cuidados foram comparados com os cuidados prestados pelas mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério que ainda se encontravam clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto (z= -1.6876, n.s.), a não ser que as primeiras providenciavam significativamente mais material de

jogo apropriado ao bebé (z= -2.5427, p< 0.05), cotando significativamente mais nos item 29 (x1= 15.00, x2= 9.25, z= -2.6679, p< 0.01), 32 (x1= 14.95, x2= 9.29, z= -2.4224, p< 0.5) e 33 (x1= 14.95, x2= 9.29, z= -2.4224, p< 0.05), relativos respectivamente ao providenciar de material de jogo estimulante e à provisão de brinquedos adequados ao nível de desenvolvimento do bebé.

Preocupação materna: mães com depressão pós-parto no 3° mês do pós-parto e sem perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães com depressão pós-parto no 3° mês do pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério (N= 23)

Como se vê no quadro seguinte (ver Quadro 32), as mães que desenvolvem depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e se mantêm deprimidas ao longo dos 12 meses que se seguem ao parto não mostram, na idade de 12 meses do bebé, quando ainda estão clinicamente deprimidas, uma preocupação com o bebé significativamente diferente à preocupação apresentada pelas mães que, estando deprimidas no 3° mês do puerpério, já não se encontram clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto (z= -1.3200, n.s.).

Curiosamente, as mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé exibem uma significativa menor preocupação com o facto do bebé chorar, do que as mães que já não se encontram clinicamente deprimidas na idade de 12 meses do bebé (x1= 14.91, x2= 9.33, z= -1.9892, p< 0.05).

Quadro 32
Preocupação materna (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N= 23)

QMAC (Parte II)	média	média	z
12 meses	13.91	10.25	-1.3200

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Note finalmente que não se introduziu grande erro ao comparar, tal como fizemos, as medidas das referidas variáveis dependentes nos dois grupos de mães em que a depressão pós-parto se manteve por um período de tempo diferente, pois os grupos discriminados não diferem significativamente no que se refere ao sexo do bebé (x1= 11.14, x2= 12.79, z= -0.7081, n.s.), estado matrimonial (x1= 11.55, x2= 12.42, z= -0.5270, n.s.), nível ocupacional da mãe (x1= 9.64, x2= 14.17, z= -1.8477, n.s.), nível sócio-

económico da família (x1= 10.55, x2= 13.33, z= -1.3771, n.s.), ajuda do pai nos cuidados ao bebé (x1= 11.50, x2= 12.46, z= -0.3622, n.s.), idade da mãe (x1= 12.09, x2= 11.92, z= 0.0639, n.s.) e tipo de cuidados providenciados ao bebé (x1= 11.20, x2= 11.75, z= -0.2563, n.s.).

No entanto, as mães com depressão pós-parto que já não se encontravam clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério mostraram ter um nível educacional significativamente superior às mães com depressão pós-parto que se mantiveram clinicamente deprimidàs no 12º mês do puerpério (x1= 8.77, x2= 14.96, z= -2.2865, p< 0.05). A qualidade da relação conjugal com o marido mostrou, por sua vez, ser significativamente melhor junto das mães com depressão pós-parto que não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério do que junto das mães com depressão pós-parto que se mantiveram clinicamente deprimidas até ao 12º mês do puerpério (x1= 4.50, x2= 11.61, z= -3.4157, p<0.001), o que obriga a alguns cuidados na interpretação destes resultados.

1.7. Sexo do bebé

Para testar a hipótese 7 — que as mães deprimidas dos bebés do sexo masculino têm uma interacção menos positiva com os bebés do que as mães deprimidas dos bebés do sexo feminino — estudou-se, através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças nos resultados obtidos através do questionário Home e das escalas de interacção GOISIL para a situação de interacção livre e IRS (para a situação de interacção alimentar e situação de interacção face-a-face), no grupo dos rapazes (N= 15) e no grupo das raparigas (N=11), considerando apenas o conjunto de mães que desenvolveram depressão 3 meses após o parto (grupo experimental, N= 26).

Para testar a hipótese 9 — que os bebés do sexo masculino das mães deprimidas têm uma conduta interactiva menos positiva na interacção com a mãe do que os bebés do sexo feminino das mães deprimidas — estudou-se também o significado das diferenças dos resultados obtidos pelos bebés do sexo masculino (N=15) e pelos bebés do sexo feminino (N=11) do grupo experimental, nas escalas de interacção GOISIL e IRS (para a situação alimentar e situação face-a-face).

Conduta interactiva materna, cuidados maternos, conduta interactiva do bebé e conduta interactiva mãe-bebé aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com

depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e bebés do sexo masculino e mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e bebés do sexo masculino

Em primeiro lugar, assinale-se que os resultados globais da avaliação da conduta interactiva materna das mães com depressão pós-parto de bebés do sexo masculino não foram significativamente diferentes dos resultados globais da avaliação da conduta interactiva materna das mães com depressão pós-parto de bebés do sexo feminino, quer no que se refere aos cuidados prestados pela mãe e família — avaliados pelo questionário Home aos 3 (x1= 13.57, x2= 11.00, z=-0.8827, n.s), aos 6 (x1= 12.77, x2= 10.56, z= -0.7458, n.s.) e aos 12 meses de idade do bebé (x1= 13.14, x2= 8.63, z= -1.5756, n.s.) —, quer no que se refere à qualidade da conduta interactiva materna — avaliada, aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, na situação da interacção face-a-face (x1= 13.57, x2= 11.00, z= -0.8827, n.s.; x1= 12.82, x2= 9.19, z= -1.2684, n.s.; x1= 12.04, x2= 9.31, z= -0.9822, n.s.), na situação de alimentação (x1= 13.75, x2= 10.75, z= -1.0287, n.s.; x1= 12.33, x2= 11.38, z= -0.3250, n.s.; x1= 11.62, x2= 10.00, z= -0.5876, n.s.) e na situação de interacção livre.

No entanto, observaram-se diferenças significativas em aspectos particulares da conduta interactiva das mães com depressão pós-parto, quando se comparou a interacção das mães com bebés do sexo feminino com a interacção das mães com bebés do sexo masculino, os quais nos sugerem que, nesses aspectos particulares, a qualidade da conduta interactiva das mães com depressão pós-parto é mais adequada no caso do bebé do sexo masculino do que no caso do bebé do sexo feminino, como assinalaremos a seguir.

Aos 3 meses de idade do bebé, as mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo masculino, quando avaliadas através do inventário Home, foram significativamente menos vezes observadas a censurar e criticar o bebé durante a visita (x1= 14.64, x2= 9.50, z= -2.3400, p< 0.05) e foram significativamente mais vezes avaliadas como não restringindo ou punindo desadequadamente o bebé (x1= 15.93, x2= 7.70, z= 2.9477, p< 0.01), também na situação de alimentação (IRSal) foram significativamente menos vezes observadas a iniciar a remoção do biberão por iniciativa própria do que foi observado junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo feminino (x1= 14.79, x2= 9.30, z= -2.0119, p < 0.05).

Aos 6 meses de idade do bebé, as mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo masculino, em situação de interacção livre, foram mais vezes observadas a providenciar actividades de jogo apropriadas (x1= 12.63, x2= 7.31, z= -1.9726, p< 0.05) e a utilizar palavras infantilizadas (x1= 13.42, x2= 6.13, z= -2.7387, p< 0.01), foram menos vezes observadas a providenciar actividades de jogo não-apropriadas (x1= 8.83, x2= 13.75, z= -2.0189, p< 0.05), o que se verificou também na interacção face-a-

face em que foram mais vezes observadas a exibir comportamentos infantilizados do que as mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo feminino (x1= 13.93, x2= 8.38, z= -2.0596, p<0.05).

Aos 6 meses de idade do bebé, as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto de bebés masculinos foram também significativamente menos vezes observadas a expressar tristeza e melancolia (x1= 8.29, x2= 13.81, z= -2.0776, p < 0.05) do que as mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo feminino, assim como foram significativamente menos vezes observadas com uma aparência deprimida ou ansiosa quando foram avaliadas, quer na situação de interacção livre (x1= 8.83, x2= 13.00, z= -2.0279, p< 0.05), quer na situação de alimentação (x1= 13.93, x2= 8.38, z= -2.0596, p< 0.05), quer na situação de interacção face-a-face (x1= 13.93, x2= 8.38, z= -2.0596, p< 0.05).

Para além disso, as mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo masculino, no inventário Home, referiram mais vezes conduzir o bebé ao médico ou ao posto de saúde para exames de rotina (x1= 13.00, x2= 10.13, z= -1.9821, p< 0.05), assim como foram mais vezes observadas a exibir respostas emocionais positivas aos elogios que o entrevistador fez do bebé do que as mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo feminino (x1= 13.00, x2= 10.13, z= -1.9821, p< 0.05).

Aos 12 meses de idade do bebé, as mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo masculino foram significativamente mais vezes observadas a não expressar abertamente aborrecimento e hostilidade para com a criança (x1= 13.00, x2= 10.13, z= -1.9821, p< 0.05) durante a entrevista de administração do inventário Home, e embora significativamente mais expressivas do ponto de vista emocional no que se refere às emoções positivas (x1= 14.13, x2= 10.00, z= -2.4012, p< 0.01), foram significativamente menos vezes observadas a expressar aborrecimento, desagrado e hostilidade para com a criança durante a interacção em situação livre (x1= 9.61, x2= 14.81, z= -2.0372, p< 0.05), assim como referiram significativamente mais vezes levar a criança às compras (x1= 13.50, x2= 9.19, z= -2.4875, p< 0.05), bem como conduzir o bebé ao médico ou posto de saúde para exames de rotina (x1= 13.00, x2= 10.13, z= -1.9821, p< 0.05) e dar permissão ao bebé para se envolver em brincadeiras em que se possa sujar (x1= 14.20, x2= 7.88, -2.5176, p< 0.01). A capacidade de resposta emocional e verbal da mãe (x1= 13.89, x2= 7.31, z= -24795, p< 0.05) e a organização do ambiente físico e temporal do bebé (x1= 15.93, x2= 7.70, z= 2.9477, p< 0.01), avaliada pelo inventário Home junto das mães que desenvolveram depressão a seguir ao parto de bebés do sexo masculino, foi igualmente significativamente mais adequada, em relação ao que se observou junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto de bebés do sexo feminino.

As mães que estiveram deprimidas no 3° mês do puerpério de bebés do sexo masculino mostraram ainda, já na idade de 12 meses do bebé, quando foram observadas na situação de interacção livre, utilizar mais palavras infantilizadas do que as mães com depressão pós-parto de bebés do sexo feminino (x1= 13.42, x2= 6.13, z= -2.7387, p< 0.01). Também ao nível dos objectivos interactivos, verificou-se que as mães com depressão no 3° mês do pós-parto de bebés do sexo masculino tinham uma conduta interactiva significativamente diferente da conduta das mães com depressão pós-parto de bebés do sexo feminino: as respostas interactivas positivas foram significativamente mais frequentes (x1= 12.63, x2= 7.31, z= -1.9726, p< 0.05), enquanto que as respostas interactivas negativas foram significativamente menos frequentes na interacção com o bebé de 12 meses de idade (x1= 8.33, x2= 13.75, z= -2.0189, p< 0.05).

No entanto, aos 12 meses de idade do bebé, e tendo em conta os resultados obtidos, contrariamente ao que foi observado junto das mães, verificou-se que não há diferenças significativas entre os cuidados prestados pelos pais dos bebés do sexo feminino e do sexo masculino, no grupo das mães que se encontravam deprimidas no 3° mês do pós-parto (x1= 7.45, x2= 11.83, z= -1.7138, n.s.).

Aos 3 meses de idade do bebé, não foram observadas diferenças globais significativas na conduta interactiva dos bebés, entre os bebés do sexo feminino e os bebés do sexo masculino no grupo de bebés de mães com depressão pós-parto, quando interagem com as mães, quer na situação alimentar (x1=14.07, x2= 10.30, z= n.s.) quer na situação face-a-face (x1= 13.21, x2= 11.50, z= -0.5899, n.s.).

No entanto, em avaliações posteriores, verificou-se — no grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto — uma conduta interactiva menos adequada junto dos bebés do sexo feminino do que junto dos bebés do sexo masculino das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto.

Aos 6 meses de idade, no grupo das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, os bebés do sexo masculino foram mais vezes observados a expressar alegria, contentamento e bem-estar na interacção livre com a mãe do que os bebés do sexo feminino (x1=13.04, x2= 6.69, z= -2.3576, p< 0.05); as raparigas foram por sua vez significativamente mais vezes observadas com expressão ausente ou neutra (x1= 8.17, x2= 14.00, z= -2.1750, p< 0.05). As diferenças na avaliação da conduta interactiva dos bebés na situação face-a-face (x1= 12.84, x2= 10.44, z= -0.8158, n.s.) e na situação de alimentação (x1= 12.47, x2= 11.13, z= -0.4586, n.s.), no que se refere aos resultados totais das escalas IRS, não se mostraram contudo estatisticamente significativas.

Aos 12 meses de idade do bebé, os bebés do sexo masculino das mães que estiveram deprimidas no 3° mês do puerpério foram significativamente mais vezes observados a exibir movimentos coordenados em direcção aos objectos do que os bebés do sexo feminino das mães que se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério ($x1= 13.57$, $x2=7.88$, $z= -2.0184$, $p< 0.05$). Os bebés do sexo feminino das mães que se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério foram significativamente mais vezes observados a expressar rabugice, choramingo e queixume na interacção com a mães aos 12 meses de idade do que os bebés do sexo masculino das mães que se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério ($x1= 9.36$, $x2= 15.25$, $z= -2.1054$, $p< 0.05$). No entanto, considerando-se os resultados globais dos bebés nas escala IRS para a situação alimentar ($x1= 11.38$, $x2= 10.77$, $z= -.2220$, n.s.) e para a situação face-a-face ($x1= 11.92$, $x2= 9.50$, $z= -0.8782$, n.s.), as diferenças, mais uma vez, não se mostraram estatisticamente significativas.

Na situação de interacção livre aos 12 meses de idade do bebé, observou-se ainda que os bebés de sexo masculino das mães que estiveram deprimidas no 3° mês do pós-parto seguiam significativamente mais a mãe visualmente ($x1= 14.81$, $x2= 9.61$, $z= -2.0372$, $p< 0.05$) e expressavam significativamente menos vezes aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar do que os bebés do sexo feminino das mães que estiveram deprimidas no 3° mês do pós-parto ($x1= 10.00$, $x2= 14.13$, $z= -2.4012$, $p< 0.05$).

Preocupação materna aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e bebés do sexo masculino e mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e bebés do sexo masculino

Quando, 3 meses após o parto, foram avaliadas no que se refere à preocupação materna, as mães com depressão pós-parto de bebés do sexo masculino mostraram uma significativa maior preocupação com o bebé do que as mães com depressão pós-parto de bebés do sexo feminino ($x1= 15.00$, $x2= 9.00$, $z= -2.0557$, $p< 0.05$). Estas diferenças, embora se mantivessem presentes na segunda e terceira avaliação, não se mostraram estatisticamente significativas nas idades de 6 e 12 meses do bebé quando tivemos em conta o resultado global do questionário.

1.8. Condições sócio-económicas e culturais

Para testar a hipótese 8 — que as mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais desfavorecidas, assim como as mães deprimidas com níveis

educacionais mais baixos e as mães deprimidas com níveis ocupacionais mais baixos (VIs), exibem piores condutas interactivas na interacção com o bebé (VD) do que as mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais favorecidas, possuem mais anos de escolaridade e/ou têm níveis ocupacionais mais elevados — procedeu-se, com a ajuda do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, ao estudo do significado estatístico das diferenças nos resultados relativos à qualidade da interacção, aos cuidados e à preocupação materna, avaliada respectivamente nas escalas de interacção GOISIL e IRS e nos questionários Home e QMAC, em dois grupos de mães que se diferenciavam nos aspectos acima assinalados, como se especifica mais a seguir.

Para estudar a hipótese 10 — que os bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais desfavorecidas, os bebés das mães deprimidas com níveis educacionais mais baixos e os bebés das mães deprimidas com níveis ocupacionais mais baixos (VIs), exibem piores condutas interactivas na interacção com a mãe (VD) do que os bebés cujas mães deprimidas vivem em condições sócio-económicas mais favorecidas, possuem mais anos de escolaridade e/ou têm níveis ocupacionais mais elevados —, através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, estudou-se o significado das diferenças observadas na conduta interactiva dos bebés, avaliados nas escalas IRS e GOISIL, pertencentes a dois grupos de mãe que se distinguiam nos aspectos acima assinalados, como se especifica mais a seguir.

Conduta interactiva materna, cuidados maternos, preocupação materna, conduta interactiva do bebé e conduta interactiva mãe-bebé aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e condições sócio-económicas desfavorecidas e mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e condições sócio-económicas favorecidas

Estabeleceram-se, considerando-se as condições sócio-económicas das famílias, avaliadas a partir da classificação social de Graffar, dois grupos de mães com depressão pós-parto: o grupo 1 (N=6) — mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas (engloba as mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério cuja classificação social da família foi classe IV) — e o grupo 2 (N= 19) — mães deprimidas que vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas (engloba as mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério cuja classificação social da família foi classe I, II ou III).

Estudou-se, então, nestes 2 grupos de mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, o significado das diferenças na avaliação da conduta interactiva materna, da conduta interactiva do bebé, da conduta interactiva mãe-bebé, feita através das escalas IRS e GOISIL, assim como na avaliação dos cuidados providenciados pela mãe e família ao bebé, feita através do inventário Home, e na avaliação da preocupação materna com o bebé feita através do questionário QMAC.

Os resultados inscritos no quadro abaixo (ver Quadro 33), mostram que, à excepção do que se observou na 3ª avaliação, quando se considera os resultados globais obtidos pelas mães e bebés nas escalas de interacção IRS, quer as mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas quer os seus bebés, não apresentam uma conduta interactiva significativamente diferente da conduta interactiva das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e vivem em condições sócio-económicas razoáveis ou boas e da de seus bebés.

Quadro 33
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas/ Mães que vivem em condições sócio-económicas razoáveis ou boas (N=26)

	IRS		média	média	z
3	Irsal	mãe	14.83	11.72	-0.9370
m		bebé	10.58	13.14	-0.7788
e		mãe-bebé	13.33	12.22	-0.3347
s	Irsff	mãe	9.58	13.47	-1.1725
e		bebé	9.50	13.50	-1.2090
s		mãe-bebé	9.67	13.44	-1.1370
6	Irsal	mãe	12.30	11.92	-0.1126
m		bebé	8.00	13.11	-1.5129
e		mãe-bebé	10.58	12.60	-1.3616
s	Irsff	mãe	8.20	12.47	-1.2986
e		bebé	7.40	13.28	-1.7333
s		mãe-bebé	7.50	12.68	-1.5700
12	Irsal	mãe	9.50	11.47	-0.6281
m		bebé	7.00	12.25	-1.6874
e		mãe-bebé	9.42	13.11	-1.3538
s	Irsff	mãe	6.20	12.50	-1.9908 *
e		bebé	9.50	11.47	-0.6258
s		mãe-bebé	6.80	12.31	-1.7420

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

Apenas na idade de 12 meses do bebé, as mães que desenvolveram depressão no 3º mês do puerpério e vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas apresentaram uma conduta interactiva globalmente mais desadequada do que as mães que desenvolveram depressão no 3º mês do puerpério e vivem em boas ou razoáveis condições sócio-económicas ($z = -1.9908$, $p < 0.05$).

Aos 3 meses de idade do bebé, no que se refere à situação de interacção livre, os dados recolhidos neste estudo mostram que, relativamente aos aspectos a seguir discriminados, as mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas evidenciam pior conduta interactiva do

que as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que vivem em condições sócio-económicas razoáveis ou boas. Com efeito, as mães deprimidas de baixo nível sócio-económico foram significativamente menos vezes observadas a providenciar iniciativas interactivas adequadas ao bebé (x1= 8.17, x2= 13.94, z= -1.9963, p< 0.05), foram significativamente menos vezes observadas a vocalizar/verbalizar na direcção do bebé (x1= 6.92, x2= 14.36, z= -2.2426, p< 0.05) e utilizaram um significativo menor número de palavras infantilizadas na interacção livre com o bebé (x1= 7.58, x2= 14.14, z= -2.0224, p< 0.05).

N as idades de 3 e 6 meses do bebé, não foram observadas diferenças significativas na qualidade da conduta interactiva materna durante a interacção face-a-face (IRSff), nos dois grupos de mães deprimidas pertencentes a diferentes níveis sócio-económicos. No que se refere mais especificamente à situação alimentar, nos itens da escala (IRSal) verificaram-se contudo diferenças significativas na conduta interactiva das mães com depressão pós-parto que vivem em diferentes condições sócio-económicas. Em aspectos particulares, as mães com depressão pós-parto que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas apresentaram uma conduta interactiva mais adequada durante a interacção alimentar na idade de 3 e 6 meses do bebé — dado que menos frequentemente desviaram a cabeça da direcção do bebé durante a mamada na idade de 3 meses do bebé (x1= 18.00, x2= 10.67, z= -2.3499, p< 0.05), e dado que apresentaram menos actividade excessiva (x1= 16.70, x2= 10.69, z= -1.9609, p< 0.05) e menos frequentemente vocalizaram desadequadamente na situação em que alimentavam o bebé, 6 meses depois do parto (x1= 19.00, x2= 10.06, z= -2.7725, p< 0.01) — do que foi observado junto das mães deprimidas que viviam em condições sócio-económicas razoáveis ou favorecidas.

Na idade de 6 meses do bebé, observou-se na situação de interacção livre que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e viviam em condições sócio-económicas desfavoráveis tinham uma conduta interactiva menos adequada do que as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério e viviam em condições sócio-económicas razoáveis ou boas, nos aspectos a seguir assinalados: usaram um significativo menor número de palavras infantilizadas (x1= 3.50, x2= 12.25, z= -2.6833, p< 0.01), evidenciaram um significativo maior número de respostas interactivas negativas ao comportamento do bebé (x1= 12.50, x2= 10.00, z= -2.0000, p< 0.05) e apresentaram um significativo maior número de vezes interferência/restrição da conduta do bebé em situações que não envolviam perigo, sem redirecionamento da atenção do bebé (x1= 12.50, x2= 10.00, z= -2.0000, p< 0.05).

Aos 12 meses de idade do bebé, em todas as situações avaliadas, as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério e viviam em condições sócio-económicas desfavorecidas apresentaram uma conduta interactiva menos adequada

do que as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério e viviam em boas ou razoáveis condições sócio-económicas. Na situação de face-a-face, raramente brincavam com o bebé jogos apropriados à idade (x1= 7.00, x2= 12.25, z= -2.0000, p< 0.05), providenciavam muito pouca actividade significativa para o bebé (x1= 5.70, x2= 12.66, z= -2.4544, p< 0.05), assim como vocalizavam mais desadequadamente para o bebé (x1= 5.80, x2= 12.63, z= -2.2981, p< 0.05), respondiam significativamente menos de forma contingente ao bebé (x1= 6.80, x2= 12.31, z= -2.0861, p< 0.05) e olhavam mais raramente para o bebé (x1= 6.10, x2= 12.53, z= -2.4749, p< 0.05). Na situação em que alimentavam o bebé, removiam mais frequentemente o biberão/colher da boca do bebé (x1= 6.80, x2= 12,31, z= -2,3272, p< 0.05). A ausência de expressão ou desatenção para com o bebé (x1= 18.20, x2= 9.53, z= -2.8691, p< 0.01), assim como as iniciativas não interactivas na interacção livre com o bebé (x1= 16.60, x1= 10.00, z= -3.3470, p< 0.001), foram também significativamente mais frequentes junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério de baixo nível sócio-económico do que junto das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério de nível sócio-económico médio ou elevado, indicando com o bebé menos adequada na idade de 12 meses do bebé.

Muito embora não se observassem diferenças significativas na qualidade da conduta interactiva do bebé de 3 meses, quando se comparou os bebés pertencentes a 2 grupos de mães com depressão pós-parto de nível sócio-económico baixo e médio-elevado, observou-se que, na idade de 6 meses, os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério e vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas evidenciavam um significativo maior número de expressões faciais negativas de angústia, desespero e desamparo (x1= 14.50, x2= 9.50, z= -2.9059, p<0.01) e choravam mais na interacção livre com as mães do que os bebés das que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério e vivam em razoáveis ou boas condições sócio-económicas (x1= 12.50, x2= 10.00, z= -2.0000, p< 0.05). Na interacção face-a-face com as mães também foi observado que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e viviam em condições sócio-económicas desfavorecidas apresentavam um maior número de expressões faciais negativas do que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto e viviam em razoáveis ou boas condições sócio-económicas (x1= 5.70, x2= 13.75, z= -2.5121, p< 0.05).

Os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e viviam em condições sócio-económicas desfavorecidas exibiram um significativo menor número de expressões faciais positivas de riso e sorriso (x1= 5.80, x2= 13.18, z= -2.3028, p<0.05) do que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do

pós-parto e viviam em condições sócio-económicas favorecidas, na interacção face-a-face aos 12 meses de idade, assim como mais actividade física negativa — dobrar/arquear do tronco — na interacção alimentar com a mãe na mesma idade ($x1= 6.40$, $x2= 12.44$, $z= -2.0599$, $p< 0.05$).

Por último, assinale-se que, na idade de 3 meses do bebé, os indicadores da qualidade da interacção mãe-bebé na situação de interacção livre, apontam que a interacção mãe-bebé é menos adequada junto das mães deprimidas de baixo nível sócio-económico do que junto das mães deprimidas de nível sócio-económico médio ou elevado, dado que se observou que os períodos de atenção mútua sobre o mundo físico ou social ($x1= 6.83$, $x2= 14.39$, $z= -2.2826$, $p< 0.05$) são significativamente menos frequentes junto das primeiras do que junto das segundas.

No entanto, quando se tomaram em conta os indicadores da qualidade da interacção mãe-bebé na situação de interacção alimentar e de interacção face-a-face, não se observaram que esses indicadores tivessem, na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé, valores significativamente diferentes junto das mães com depressão pós-parto que vivem em condições sócio-económicas favorecidas e as que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas, tal como se assinalou no quadro (ver Quadro 33).

Quando se comparou a qualidade dos cuidados prestados ao bebé em dois grupos de mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e viviam em condições sócio-económicas distintas, observou-se que os cuidados maternos eram mais adequados, na idade de 3 ($z= -2.6131$, $p< 0.01$), de 6 ($z= -1.7599$, n.s.) e de 12 meses do bebé ($z= -2.8702$, $p< 0.01$), nas famílias que viviam em condições sócio-económicas favoráveis do que nas famílias que viviam em condições sócio-económicas desfavoráveis.

Particularmente, observou-se que, como se assinala no quadro abaixo (ver Quadro 34), as mães deprimidas de nível sócio-económico médio ou elevado providenciavam, na idade de 3 meses do bebé, uma resposta emocional e verbal mais positiva ($z= -1.9856$, $p< 0.05$) e uma provisão de material de jogo mais apropriada do que as mães deprimidas de baixo nível sócio-económico ($z= -2.3071$, $p< 0.05$). Uma provisão de material de jogo menos apropriado, na idade de 6 e 12 meses do bebé ($z= -3.1174$, $p< 0.01$; $z= -3.1174$, $p< 0.01$) e um menor envolvimento da mãe com a criança na idade de 12 meses ($z= -2.5566$, $p< 0.05$), foi igualmente observado junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério de baixo nível sócio-económico.

Ao nível dos itens do inventário verificámos as seguintes diferenças significativas nas respostas ao questionário Home em dois grupos de mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e diferente nível sócio-económico.

As mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que vivem em condições sócio-económicas desfavoráveis mostraram, na idade de 3 meses do bebé, responder significativamente menos vocal ou verbalmente às vocalizações da criança (x1= 8.50, x2= 13.83, z= -2.4766, p< 0.05), iniciar significativamente menos trocas verbais com o entrevistador (x1= 9.50, x2= 13.50, z= -2.5045, p< 0.05), providenciar significativamente menos brinquedos ou actividades interessantes à criança durante a entrevista (x1= 8.00, x2= 14.00, z= -2.0839, p< 0.05), providenciar significativamente menos equipamento de aprendizagem apropriado à idade (móbil, mesa e cadeira, cadeira alta, parque) do que as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que vivem em boas ou razoáveis condições sócio-económicas (x1= 8.00, x2= 14.00, z= -2.1448, p< 0.05).

Quadro 34
Cuidados maternos (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas/ Mães que vivem em condições sócio-económicas razoáveis ou boas (N=26)

	Home	média	média	z	
3	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	7.75	14.08	-1.9856	*
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	8.33	13.89	-1.7480	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	9.67	13.44	-1.1719	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	6.83	14.39	-2.3071	*
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	9.17	13.61	-1.3894	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	7.75	14.08	-2.1027	*
s	ET — Escala Total	6.00	14.67	-2.6131	**
6	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	8.60	12.94	-1.3773	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	7.70	13.19	-1.6527	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	11.20	12.22	-0.3198	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	3.80	14.28	-3.1174	**
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	13.80	11.50	-0.7464	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	9.20	12.78	-1.1056	
s	ET — Escala Total	7.30	13.81	-1.7599	
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	7.30	12.74	-1.7842	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	8.60	13.94	-1.3384	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	12.00	12.00	-0.0000	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	3.40	14.28	-3.1174	**
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	5.70	13.75	-2.5566	*
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	9.20	12.78	-1.1127	
s	ET — Escala Total	4.20	13.65	-2.8702	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Aos 6 meses de idade do bebé, as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas, embora permitam significativamente mais que, ocasionalmente, a criança se envolva em brincadeiras em que se possa sujar (x1= 16.70, x2= 10.69, z= -2.0702, p< 0.05), elogiam significativamente menos as qualidades ou comportamentos da criança durante a visita (x1= 7.10, x2= 13.36, z= -2.7789, p< 0.01), providenciam significativamente menos brinquedos ou actividades interessantes para a criança durante a entrevista (x1= 7.30, x2= 13.31, z= -2.0702, p< 0.05), providenciam significativamente menos brinquedos de

coordenação olho-mão que permitem combinações (brinquedos de empilhar, de encaixar ou de construção) do que as mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério que vivem em boas ou razoáveis condições sócio-económicas (x1= 7.00, x2= 13.39, z= -2.1681, p< 0.05).

Durante a visita a casa das mães, aos 12 meses de idade do bebé, comparativamente às mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério que vivem em boas ou razoáveis condições sócio-económicas, as mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério que vivem em condições sócio-económicas desfavoráveis referiram significativamente menos à criança o nome de um ou mais objectos/pessoas com o propósito de a ensinar (x1= 6.60, x2= 13.50, z= -3.4467, p< 0.001), elogiaram as qualidades ou comportamentos da criança significativamente menos (x1= 8.40, x2= 13.00, z= -2.7464, p< 0.01), referiram significativamente menos que não ocorreu mais do que um episódio de punição física durante a última semana (x1= 8.40, x2= 13.00, z= -2.7464, p< 0.01), referiram significativamente menos que a criança é levada regularmente ao consultório médico ou ao posto clínico para exames ou cuidados preventivos de saúde (x1= 8.40, x2= 13.00, z= -2.7464, p< 0.01), existem e foram vistos significativamente menos livros em casa (x1= 5.50, x2= 13.81, z= -2.8186, p< 0.01), a criança tem significativamente menos lugar próprio onde guarda os seus brinquedos e "tesouros" (x1= 8.90, x2= 12.86, z= -1.9787, p< 0.05), a criança tem significativamente menos brinquedos de empurrar ou de puxar (x1= 7.60, x2= 13.22, z= -2.2931, p< 0.05), assim como tem significativamente menos uma cadeira de rodas ou um voador, um automóvel de pedais, uma trotinete ou um triciclo (x1= 6.00, x2= 13.67, z= -2.5820, p< 0.01), a mãe providencia significativamente menos brinquedos ou actividades interessantes para a criança, durante a entrevista (x1= 5.80, x2= 13.72, z= -3.0352, p< 0.01) e a família visita ou recebe significativamente menos a visita de pessoas próximas (x1= 8.40, x2= 13.00, z= -2.7464, p< 0.01).

No que se refere à preocupação da mãe com o bebé, tal como pôde ser avaliada pela parte II do questionário QMAC, administrado aos dois grupos de mães de nível sócio-económico diferente que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto, os dados apresentados no quadro da página seguinte (ver Quadro 35) indicam que é significativamente diferente, na idade de 3 e 12 meses do bebé, embora não na idade de 6 meses, a preocupação materna das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto que vivem em boas ou más condições sócio-económicas (z= -2.4473, p< 0.05; z= -2.9249, p< 0.01; z= -1.9186, n.s.).

Quadro 35
Preocupação materna (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas/ Mães que vivem em condições sócio económicas razoáveis ou boas (N=26)

QMAC (Parte II)	média	média	z	
3 meses	10.07	17.40	-2.4473	*
6 meses	9.96	15.50	-1.9186	
12 meses	8.38	16.70	-2.9249	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Assinale-se que estes dois grupos de mães de nível sócio-económico diferente evidenciaram diferenças significativas no que se refere às três outras variáveis cujo peso na determinação para a variação nas variáveis dependentes em estudo queríamos igualmente avaliar — idade da mãe (x1= 9.50, x2= 18.95, z= -3.2340, p< 0.01), nível educacional da mãe (x1= 11.32, x2= 18.33, z= -2.1449, p< 0.05) e nível ocupacional da mãe (x1= 11.11, x2= 19.00, z= -2.6450, p< 0.01). Assim, muito embora o significado das diferenças possa ser assinalado, apenas a análise de regressão múltipla poderá determinar a importância relativa de cada uma destas variáveis para as circunstâncias observadas.

Estes dois grupos não diferiam significativamente, contudo, no que se refere a outras circunstâncias determinantes para as variáveis dependentes em estudo, como seja na contribuição do pai para os cuidados do bebé (x1= 9.75, x2= 8.08, z= -0.6767, n.s.), no tipo de cuidados providenciados ao bebé (x1= 8.50, x2= 13.83, z= -1.7205, n.s.), no sexo do bebé (x1= 14.25, x2= 12.61, z= -0.5620, n.s.), no estatuto matrimonial (x1= 15.15, x2= 12.32, z= -1.3016, n.s.), no ajustamento conjugal (x1= 9.83, x2= 8.19, z= -0.6202, n.s.), na gravidade da depressão 3 meses após o parto (x1= 12.25, x2= 13.24, z= -0.3328, n.s.) e na presença e gravidade da depressão 12 meses após o parto (x1= 15.20, x2= 11.11, z= -1.3090, n.s.)

Saliente-se ainda que muito embora as mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas não se mostrassem significativamente mais deprimidas, no 3° mês do puerpério, do que as mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas razoáveis ou boas, evidenciaram pontuar mais elevado nas questões do questionário EPDS que se referem ao medo sem motivo (x1= 17.70, x2= 10.42, z= -2.6629, p< 0.01), ao choro (x1= 16.50, x2= 10.75, z= -1.9821, p< 0.05) e ao fazer mal a si própria (x1= 16.40, x2= 10.78, z= -2.2931, p< 0.05).

Conduta interactiva materna, cuidados maternos, preocupação materna, conduta interactiva do bebé e conduta interactiva mãe-bebé aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e baixo nível

educacional e mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e nível educacional médio ou elevado.

Considerando-se o número de anos de escolaridade das mães da amostra e tendo em conta todas aquelas que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, estabeleceram-se dois grupos — o grupo 1 e o grupo 2. O grupo 1 foi constituído pelas mães deprimidas com nível educacional médio ou elevado e engloba as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que têm a escolaridade mínima obrigatória ou mais, o 9° ano de escolaridade ou mais anos de estudo (N= 9); enquanto que o grupo 2 foi constituído pelas mães deprimidas com baixo nível educacional e engloba as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que não têm a escolaridade mínima obrigatória, e têm portanto menos de 9 anos de estudo (N= 17).

Posteriormente, através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, estudou-se, neste dois grupos de mães com níveis educacionais diferentes, o significado das diferenças observadas na avaliação da conduta interactiva materna, da conduta interactiva do bebé, da conduta interactiva mãe-bebé, elaborada a partir das escalas IRS e GOISIL, assim como na avaliação dos cuidados providenciados pela mãe e família ao bebé, feita através do inventário Home, e na avaliação da preocupação materna com o bebé feita através do questionário QMAC.

Quando avaliada na situação de interacção alimentar e de interacção face-a-face, os resultados relativos à qualidade da conduta interactiva da mãe, à qualidade da conduta interactiva do bebé e à qualidade da conduta interactiva mãe-bebé, não se mostraram significativamente diferentes, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 36), nos dois grupos de mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério da amostra que possuem níveis educativos diferentes, nem na idade de 3, nem na idade de 6, nem na idade de 12 meses do bebé. No entanto, na idade de 3 meses, os bebés das mães com depressão pós-parto e mais anos de estudo mostraram uma conduta mais adequada do que os bebés das mães com depressão pós-parto e menos anos de estudo, na interacção com a mãe durante a situação alimentar ($z= -2.3356$, $p< 0.05$).

Na situação de interacção livre, apenas se verificaram diferenças na idade de 6 e 12 meses do bebé, sendo que as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que não tinham a escolaridade mínima obrigatória evidenciaram colocar significativamente menos o bebé em posição de face-a-face ($x1= 5.70$, $x2= 12.10$, $z= -2.1052$, $p< 0.05$) e dirigiram significativamente mais expressões de aborrecimento e desagrado ao bebé do que as mães com nível educacional médio ou elevado ($x1= 14.13$, $x2= 10.00$, $z= -2.4031$, $p< 0.05$).

Relativamente ao comportamento do bebé na situação de interacção livre, apenas na idade de 12 meses se verificaram diferenças significativas, sendo que os bebés das mães com depressão pós-parto e poucos anos de escolaridade exibiram mais o comportamento de seguir visualmente a mãe do que os bebés das mães com depressão pós-parto e mais do que a escolaridade mínima obrigatória (x1= 15.13, x2= 9.43, z= -2.1400, p< 0.05).

Quadro 36
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com nível educacional médio ou elevado/ Mães com baixo nível educacional (N=26)

	IRS		média	média	z	
3	Irsal	mãe	13.88	11.81	-0.6763	
m		bebé	17.56	10.44	-2.3356	*
e		mãe-bebé	15.31	11.09	-1.3836	
s	Irsff	mãe	11.81	12.84	-0.3385	
e		bebé	12.63	12.44	-0.0617	
s		mãe-bebé	12.13	12.69	-0.1843	
6	Irsal	mãe	15.25	10.27	-1.6900	
m		bebé	14.25	10.80	-1.1792	
e		mãe-bebé	14.13	10.00	-1.4374	
s	Irsff	mãe	10.81	11.89	-0.3771	
e		bebé	13.50	11.20	-0.7832	
s		mãe-bebé	11.56	11.46	-0.0342	
12	Irsal	mãe	12.25	10.23	-0.7345	
m		bebé	11.50	10.69	-0.2960	
e		mãe-bebé	11.56	10.65	-0.3267	
s	Irsff	mãe	10.50	11.31	-0.2910	
e		bebé	12.38	10.15	-0.8050	
s		mãe-bebé	11.88	10.46	-0.5093	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Como consta do quadro da página seguinte (ver Quadro 37) os cuidados providenciados pelas mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e baixo nível educacional, são significativamente menos adequados, na idade de 3 (z= -1.9695, p< 0.05), de 6 (z= -2.3348, p< 0.05) e de 12 meses do bebé (z= -1.9866, p< 0.05). Nomeadamente, na idade de 3 meses do bebé, as mães com depressão pós-parto e baixo nível educacional providenciaram uma resposta emocional e verbal menos positiva ao bebé do que as mães com depressão pós-parto e nível educacional médio ou elevado (z= -2.3358, p< 0.05).

Aos 6 meses de idade do bebé, relativamente às mães com depressão pós-parto de nível educacional baixo, as mães com depressão pós-parto de nível educacional médio ou elevado pontuaram significativamente mais no item 33 — a criança dispõe de brinquedos de coordenação olho-mão que permitem combinações brinquedos de empilhar, de encaixar ou de construção (x1= 15.63, x2= 10.07, z= -2.1781, p< 0. 05), e significativamente mais no item 37, relativo ao encorajamento intencional dos progressos desenvolvimentais da criança (x1= 14.81, x2= 10.50, z= -2.4875, p< 0.05).

Aos 12 meses de idade do bebé, as mães com depressão pós-parto de nível educacional médio ou elevado, quando foram comparadas com as com depressão pós-parto de nível educacional baixo, mostraram pontuar significativamente menos no

item 29, relativo ao providenciar de brinquedos ou de actividades interessantes para a criança, durante a entrevista (x1= 15.00, x2= 10.40, z= -2.0350, p< 0.05).

Quadro 37
Cuidados maternos (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com nível educacional médio ou elevado/ Mães com baixo nível educacional (N=26)

	Home	média	média	z	
3	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	17.06	10.22	-2.3358	*
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	15.06	11.22	-1.3166	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	15.06	11.22	-1.2981	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	14.31	11.59	-0.9038	
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	15.38	10.20	-1.7779	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	12.06	12.72	-0.2372	
s	ET — Escala Total	16.50	10.50	-1.9695	*
6	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	15.06	11.22	-1.2981	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	15.38	10.20	-1.7779	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	17.06	10.22	-2.3358	*
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	15.38	10.20	-1.7779	
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	12.81	11.57	-0.4668	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	12.56	11.70	-0.3078	
s	ET — Escala Total	16.50	9.60	-2.3348	*
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	14.50	9.79	-1.7763	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	15.13	10.33	-1.7046	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	13.75	11.07	-1.0111	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	15.38	10.20	-1.7779	
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	13.69	11.10	-0.9489	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	11.25	12.40	0.4130	
s	ET — Escala Total	15.13	9.43	-1.9866	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

As mães que desenvolvem depressão pós-parto e têm um nível educacional médio ou elevado mantêm-se mais preocupadas com o bebé do que as mães que desenvolvem depressão pós-parto e têm um baixo nível educacional, o que se verifica, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 38), a um nível estatisticamente significativo na idade de 3 meses do bebé (z= -2.7948, p< 0.01), mas a um nível não estatisticamente significativo nas avaliações posteriores (z= -0.9706, n.s.; z= -1.6194, n.s.).

Designadamente, aos 3 meses, aos 6 meses e aos 12 meses de idade do bebé, as mães de nível educacional médio ou elevado que desenvolveram depressão pós-parto estão muito mais preocupadas com o choro do bebé do que acontece com as mães que desenvolveram depressão pós-parto e têm um baixo nível educacional (x1= 18.75, x2= 9.38, z= -3.0847, p< 0.01; x1= 17.06, x2= 9.30, z= -2.6627, p< 0.05; x1= 18.88, x2= 8.33, z= -3.5858, p< 0.001).

Quadro 38
Preocupação materna (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com nível educacional médio ou elevado/ Mães com baixo nível educacional (N=26)

QMAC (Parte II)	média	média	z	
3 meses	18.19	9.66	-2.7948	**
6 meses	13.88	1.00	-0.9706	
12 meses	15.13	10.33	-1.6194	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Para finalizar este aspecto saliente-se que, muito embora nestes dois grupos de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto de diferentes níveis educacionais haja diferenças significativas no que se refere à idade da mãe (x1= 17.83, x2= 11.21, z= -2.1830), ao nível sócio-económico da família (x1= 19.06, x2= 10.56, z= -2.8862, p< 01) e ao nível ocupacional da mãe (x1= 6.83, x2= 17.03, z= -3.2935, p< 0.01), e muito embora os dois grupos assim composto diferem também no que se refere à presença (x1= 8.88, x2= 13.67, z= -1.8634, p< 0.05) e à gravidade da depressão 12 meses depois do parto (x1= 8.50, x2= 13.87, z= -1.9838, p< 0.05), não há diferenças significativas no que se refere à participação do pai nos cuidados prestados ao bebé (x1= 8.08, x2= 8.75, z= -0.3026, n.s.), assim como no que se refere à gravidade da depressão no 3° mês do pós-parto (x1= 10.69, x2= 14.09, z= -1.2525) e ao sexo do bebé (x1= 11.13, x2= 13.88, z= 1.0290, n.s.) entre os dois grupos de mães agora estudados.

Conduta interactiva materna, cuidados maternos, preocupação materna, conduta interactiva do bebé e conduta interactiva mãe-bebé aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e baixo nível ocupacional e mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e nível ocupacional médio ou elevado.

Estudou-se também, através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças observadas na avaliação da conduta interactiva materna, da conduta interactiva do bebé, da conduta interactiva mãe-bebé, nas escalas IRS e GOISIL, na avaliação dos cuidados providenciados pela mãe e família ao bebé no inventário Home e na avaliação da preocupação materna com o bebé no questionário QMAC, em dois grupos de mães com diferentes actividades ocupacionais.

Para o efeito, estabeleceram-se dois grupos, a partir dos níveis ocupacionais definidos na escala de Graffar, tendo em conta todas as mães que pertenciam ao grupo experimental da amostra em estudo: o grupo 1 — constituído pelo conjunto das mães que apresentavam depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e desempenham actividades profissionais de nível médio ou superior (N= 13) — e o grupo 2 — constituído pelo conjunto das mães que apresentavam depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e não desempenham actividades profissionais ou desempenham actividades profissionais de nível inferior (N= 13).

Quando, nestes dois grupos de mães, se comparou a qualidade da conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé, na situação de face-a-face (IRSff), de

alimentação (IRSal) e de interacção livre (GOISIL), na idade de 3, de 6 e de 12 meses do bebé, surgiram algumas diferenças que se mostram estatisticamente significativas e apontam que a qualidade da interacção mãe-bebé é melhor junto das mães que apresentam depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e desempenham actividades profissionais de nível médio ou superior do que junto das mães que apresentam depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e não desempenham actividades profissionais ou desempenham actividades profissionais de nível inferior.

Tal como se evidencia no quadro seguinte (ver Quadro 39) estas diferenças só se mostram contudo significativas no que se refere à conduta interactiva do bebé, na idade de 3 (z= -2.5895, p< 0.01) e de 6 meses (z= -1.9601, p< 0.05) e no que se refere à qualidade da interacção mãe-bebé na situação alimentar 3 (z= -2.3434, p< 0.05) e 12 meses depois do parto (z= -2.0474, p< 0.05).

Quadro 39
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com baixo nível ocupacional/ Mães com nível ocupacional médio ou elevado (N=26)

	IRS		média	média	z	
3	Irsal	mãe	11.54	13.64	-0.7271	
m		bebé	9.12	16.50	-2.5895	**
e		mãe-bebé	9.69	16.58	-2.3434	*
s	Irsff	mãe	10.77	14.55	-1.3101	
e		bebé	12.19	12.86	-0.2335	
s		mãe-bebé	11.58	13.59	-0.6975	
6	Irsal	mãe	10.27	13.58	-1.1775	
m		bebé	9.45	14.33	-1.7490	
e		mãe-bebé	9.18	13.82	-1.6792	
s	Irsff	mãe	10.32	12.68	-0.8575	
e		bebé	9.14	14.63	-1.9601	*
s		mãe-bebé	9.82	13.18	-1.2172	
12	Irsal	mãe	10.05	12.05	-0.7499	
m		bebé	8.55	13.70	-1.9427	
e		mãe-bebé	8.36	13.90	-2.0474	*
s	Irsff	mãe	8.77	13.45	-1.7331	
e		bebé	8.95	13.25	-1.6011	
s		mãe-bebé	8.50	13.75	-1.9454	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Mesmo assim, quando foram avaliadas na idade de 3 meses do bebé, as mães com actividades profissionais consideradas de nível médio ou elevado que se encontravam deprimidas mostraram, na situação de face-a-face, brincar significativamente mais com o bebé jogos apropriados à idade do bebé (x1= 15.64, x2= 9.85, z= -2.2050, p< 0.05), e, na situação alimentar, evidenciaram significativamente menos uma aparência deprimida ou ansiosa do que as mães com actividades profissionais consideradas de nível inferior ou sem actividade profissional que também se encontravam deprimidas (x1= 15.50, x2= 9.96, z= -2.3038, p< 0.05). No entanto, os resultados totais das escalas para a situação alimentar (IRSal) e para a situação face-a-face (IRSff) não se mostraram significativamente diferentes nos grupos de mães assim definidos (z= -0.7271, n.s.; z= -1.3101, n.s.).

Nessa mesma idade, durante a interacção mãe-bebé em situação de interacção livre, o jogo apropriado foi observado mais vezes junto das mães deprimidas que desempenhavam actividades profissionais de nível médio ou elevado do que junto das mães deprimidas que permaneciam em casa ou desempenhavam actividades profissionais de nível inferior ($x1= 15.77$, $x2= 9.73$, $z= -2.0939$, $p< 0.05$), enquanto que em relação ao jogo que não é apropriado se observou o inverso ($x1= 9.09$, $x2= 15.38$, $z= -2.1845$, $p< 0.05$).

No que se refere ainda à conduta interactiva das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, observou-se que, na situação de interacção livre com o bebé de 6 meses de idade, o cuidar, consolar ou acalmar não apropriado era significativamente mais frequente junto das mães que eram domésticas ou que desempenham actividades profissionais de nível inferior do que junto das mães que desempenhavam actividades profissionais de nível médio ou elevado ($x1= 8.50$, $x2= 12.50$, $z= -2.1643$, $p< 0.05$).

Doze meses depois do parto, as mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e tinham actividades profissionais consideradas de nível médio ou superior apresentaram-se menos vezes com aparência deprimida ou ansiosa, na situação de face-a-face ($x1= 13.40$, $x2= 8.82$, $z= -1.9595$, $p< 0.05$), e colocaram mais vezes o bebé em posição adequada para ser alimentado, na situação de alimentação, do que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e não exerciam nenhuma actividade profissional ou exerciam uma actividade profissional de nível inferior ($x1= 9.00$, $x2= 12.82$, $z= -2.0684$, $p< 0.05$). No entanto, o resultado total das grelhas utilizadas para essas situações não se mostraram significativamente diferentes entre os referidos dois subgrupos do grupo experimental ($z= -0.7499$, n.s.; $z= -1.7331$, n.s.)

Também aos 12 meses de idade do bebé, na interacção livre com o bebé, as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e tinham actividades profissionais de nível médio ou superior, vocalizaram e verbalizaram significativamente mais em direcção ao bebé ($x1= 14.36$, $x2= 8.64$, $z= -2.0862$, $p< 0.05$), embora fizessem menos movimentos ou gestos em direcção aos objectos do que o faziam as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e eram domésticas ou desempenhavam actividades profissionais de nível inferior ($x1= 8.36$, $x2= 14.64$, $z= -2.2868$, $p< 0.05$).

Observou-se ainda que, na idade de 3 meses, os bebés das mães deprimidas que desempenham actividades profissionais de nível médio ou superior, exibem, tal como se pode concluir da leitura do quadro da página anterior (ver Quadro 39), um significativo maior número de expressões faciais positivas de alegria, contentamento e bem-estar ($x1= 16.23$, $x2= 9.35$, $z= -2.3821$, $p< 0.05$) e de respostas interactivas positivas

(x1= 15.86, x2= 9.65, z= -2.1535, p< 0.05), assim como um significativo menor número de ausência de resposta às iniciativas interactivas da mãe (x1= 9.18, x2= 15.32, z= -2.1366, p< 0.05) na interacção livre com a mãe, embora vocalizem menos em direcção à mãe do que o fazem os bebés das mães deprimidas que não desempenham uma actividade profissional ou desempenham uma actividade profissional de nível inferior (x1= 10.50, x2= 14.19, z= -1.9637, p< 0.05).

Comparativamente aos bebés das mães que não exercem actividade profissional ou exercem actividades profissionais consideradas de nível baixo e desenvolvem depressão no 3° mês do pós-parto, os bebés das mães que exercem actividades profissionais consideradas de nível médio ou elevado e desenvolvem depressão no 3° mês do pós-parto, dobram e arqueiam significativamente menos as costas (x1= 15.77, x2= 9.73, z= -2.2687, p< 0.05), desviam significativamente menos a cabeça da direcção da mãe (x1= 16.64, x2= 9.00, z= -3.2974, p< 0.01) e olham significativamente mais para a mãe (x1= 15.45, x2= 10.00, z= -2.6571, p< 0.01) na interacção enquanto estão a ser alimentados pela mãe, aos 3 meses de idade, evidenciando uma conduta muito mais adequada na interacção com a mãe aos 3 meses de idade, quando se considerada a escala total (z= -2.5895, p< 0.01).

Aos 6 meses de idade, na situação de face-a-face, os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério e desempenham actividades profissionais consideradas de nível médio ou elevado, olham significativamente mais para a mãe (x1= 14.63, x2= 9.14, z= -2.1216, p< 0.05) e estão significativamente menos vezes mau-humorados ou com cara de choro (x1= 15.13, x2= 8.56, z= -2.4694, p< 0.05), mostrando uma conduta interactiva significativamente mais adequada na interacção face-a-face, quando se considera o resultado total da escala (z= -1.9601, p< 0.05); assim como, na situação alimentar, rabujam e choram significativamente menos (x1= 14.92, x2= 8.82, z= -2.3313, p< 0.05), enquanto que olham significativamente mais para a mãe (x1= 14.46, x2= 9.32, z= -2.1615, p< 0.05), do que o fazem os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e não exercem actividades profissionais ou exercem actividades profissionais consideradas de nível inferior.

Os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e têm actividades profissionais de nível médio ou superior, na situação em que são alimentados pelas mães aos 12 meses de idade, olham (x1= 13.70, x2= 8.55, z= -2.2295, p< 0.05) e vocalizam significativamente mais para a mãe (x1= 13.70. x2= 8.55, z= -2.1231, p< 0.05), assim como têm uma actividade física mais adequada, dobrando e arqueando significativamente menos as costas (x1= 13.95, x2= 8.32, z= -2.2532, p< 0.05) do que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e não têm actividade profissional ou têm actividades profissionais de nível inferior, o que pode

corresponder ao facto de serem colocados em posições mais favoráveis pelas suas mães.

No que se refere aos indicadores da qualidade interactiva mãe-bebé, assinala-se que na situação de interacção livre aos 3 meses de idade do bebé (GOISIL), os períodos de atenção mútua sobre o mundo físico ou social foram significativamente mais frequentes nas díades em que a mãe deprimida mantinha uma actividade profissional de nível médio ou superior do que nas díades em que a mãe deprimida era doméstica ou mantinha uma actividade profissional de nível inferior ($x1= 15.68$, $x2= 9.81$, $z= -2.0420$, $p< 0.05$).

Também nas idades de 3 e 12 meses do bebé se verificou que a qualidade da interacção mãe-bebé na situação alimentar era mais adequada nas díades em que a mãe com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério possuía uma actividade profissional de nível mais elevado, do que nas díades em que a mãe com depressão pós-parto 3 meses depois do parto não possuía uma actividade profissional ou esta era de nível menos elevado ($z= -2.3434$, $p< 0.05$; $z= -2.0474$, $p< 0.05$).

Quando avaliamos e comparamos os cuidados prestados pelas mães dos grupo 1 e 2, tal como eles foram constituídos por mães com depressão pós-parto e níveis profissionais diferentes, verificamos algumas diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos através do inventário Home, as quais indicam que — na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé — os cuidados prestados pelas mães deprimidas de nível ocupacional médio ou elevado são significativamente mais adequados do que os cuidados providenciados pelas mães deprimidas que não desempenham actividade profissional ou desempenham actividades profissionais de nível inferior, como consta do quadro da página seguinte (ver Quadro 40).

Com efeito, na idade de 3 meses do bebé, os cuidados prestados pelas mães deprimidas que desempenhavam actividades profissionais de nível médio ou superior mostraram ser significativamente mais adequados ($z= -3.3190$, $p < 0.001$) do que os cuidados providenciados pelas mães deprimidas que não desempenhavam qualquer actividade profissional ou desempenhavam actividades profissionais de nível inferior, dado que se observou que, relativamente às segundas, as primeiras exibiam uma resposta emocional e verbal mais positiva ($z= -2.1191$, $p < 0.05$), uma provisão de material de jogo mais apropriada ($z= -2.0345$, $p < 0.05$), assim como manifestavam um maior envolvimento com o bebé ($z= -2.3244$, $p < 0.05$). Aos 3 meses de idade do bebé, observou-se ainda que no grupo 1, as mães encorajavam mais os progressos desenvolvimentais do bebé ($x1= 15.55$, $x2= 9,92$, $z= -2.4632$, $p< 0.05$), respondiam mais às

vocalizações do bebé com as suas próprias vocalizações (x1= 14.50, x2= 10.81, z= -1.9729, p< 0.05) e dispunham de um maior número de livros em casa (x1= 15.23, x2= 10.19, z= -2.0052, p< 0.05); e, relativamente aos bebés das mães do grupo 2, observou-se que os bebés das mães do grupo 1 dispunham significativamente de mais equipamento de aprendizagem apropriado à idade (x1= 15.64, x2= 9.85, z= -2.3817, p< 0.05), assim como de mais brinquedos para a leitura e musicalidade (x1= 15.64, x2= 9.85, z= -2.3817, p< 0.05).

Quadro 40
Cuidados maternos (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com baixo nível ocupacional/ Mães com nível ocupacional médio ou elevado (N=26)

	Home	média	média	z	
3	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	9.81	15.68	-2.1191	*
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	10.73	14.59	-1.3975	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	10.38	15.00	-1.6475	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	9.85	15.64	-2.0345	*
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	9.54	16.00	-2.3244	*
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	10.55	15.27	-1.9555	
s	ET — Escala Total	8.12	17.68	-3.3190	***
6	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	11.27	12.67	-0.5352	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	9.68	14.13	-1.6185	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	10.95	12.96	-0.7592	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	8.09	15.58	-2.6997	**
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	12.55	11.50	-0.4109	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	9.95	13.88	-1.4672	
s	ET — Escala Total	8.59	15.13	-2.3189	*
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	9.64	13.36	-1.4598	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	10.05	13.79	-1.3977	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	11.05	12.88	-0.7230	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	8.09	15.58	-2.6997	**
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	10.18	13.67	-1.3403	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	11.00	12.92	-0.7219	
s	ET — Escala Total	7.77	15.23	-2.7022	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Aos 6 meses de idade, verificou-se igualmente que os bebés cujas mães desempenhavam actividades profissionais de nível médio ou superior recebiam cuidados mais adequados do que os bebés das mães que não desempenhavam actividade profissional ou desempenhavam actividades profissionais de nível inferior (z= -2.3189, p < 0.05), nomeadamente observou-se que usufruíam de uma provisão de material de jogo mais apropriada (z= -2.6997, p < 0.01). Observou-se ainda que as mães do grupo 1 não expressavam abertamente tanto aborrecimento ou hostilidade para com a criança (x1= 15.00, x2= 8.73, z=-2.9104, p< 0.01) e providenciavam mais vezes brinquedos ou actividades interessantes para a criança, durante a entrevista do que as mães do grupo 2 (x1= 14.58, x2= 9.18, z= -2.2549, p< 0.05) e que as crianças das mães do grupo 1 dispunham de mais brinquedos de coordenação olho-mão que permitem combinações do que as crianças das mães do grupo 2 (x1= 14.67, x2= 9.09, z= -2.2916, p< 0.05).

Aos 12 meses de idade do bebé, cuidados mais adequados (z= -2.7022, p < 0.01), nomeadamente uma provisão de material de jogo mais apropriada (z= -2.6997, p < 0.01), foram novamente observados junto das mães do grupo 1, comparativamente ao

que se observou no grupo 2 de mães. Para além do mais, as crianças das mães do grupo 1 brincavam em locais mais seguros (x1= 14.54, x2= 9.23, z= -2.3531, p< 0.05), tinham mais materiais de aprendizagem apropriado à idade (x1= 14.63, x2= 9.14, z= -2.2386, p< 0.05), sendo que as suas mães providenciavam mais brinquedos ou actividades interessantes durante a entrevista do que as mães do grupo 2 (x1= 15.00, x2= 8.73, z= -2.9104, p< 0.01).

Os resultados obtidos neste estudo, que encontra mencionados no quadro da seguinte (ver Quadro 41), no que se refere à preocupação materna avaliada em duas amostras independentes de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério de níveis ocupacionais diferentes, indicam que — aos 3, 6 e 12 meses do bebé — as mães deprimidas de nível ocupacional médio ou elevado exibem mais preocupação com o bebé do que as mães sem ocupação profissional ou com baixo nível ocupacional (z= -2.9929, p< 0.01; z= -1.8510, n.s.; z= -2.2542, p< 0.05).

Quadro 41
Preocupação materna (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com baixo nível ocupacional/ Mães com nível ocupacional médio ou elevado (N=26)

QMAC (Parte II)	média	média	z	
3 meses	8.54	17.18	-2.9929	**
6 meses	9.27	14.50	-1.8510	
12 meses	8.68	15.04	-2.2542	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Nomeadamente, as mães deprimidas do grupo ocupacional médio ou superior manifestaram significativamente mais preocupação do que as mães deprimidas do grupo ocupacional inferior, perante o facto de, aos 3 meses, o bebé chorar (x1= 16.91, x2= 8.77, z= -2.8309, p< 0.01) e poder alimentar-se mal (x1= 15.77, x2= 9.73, z= -2.1419, p< 0.05), e o facto de, aos 12 meses, o bebé chorar (x1= 15.58, x2= 8.09, z= -2.6730, p< 0.01) e poder alimentar-se mal (x1= 15.67, x2= 8.00, z= -2.7782, p< 0.01).

Note ainda que, também relativamente aos dois subgrupos — 1 e 2 — de mães do grupo experimental definidos consoante o nível ocupacional das mães, existem diferenças significativas no que se refere ao nível educacional das mães (x1= 9.71, x2= 16.04, z= -2.6571, p< 0.01), ao nível sócio-económico da família (x1= 10.00, x2= 15.77, z= -2.6450, p<0.01), à idade da mãe (x1= 17.33, x2= 9.00, z= -2.9427, p< 0.01) e à presença de depressão no 12° mês do pós-parto (x1= 9.33, x2= 14.91, z= -2.1617, p< 0.05), mas não no que se refere à gravidade da depressão pós-parto aos 3 meses (x1= 11.21, x2= 14.65, z= -1.3591, n.s.), ao tipo de cuidados providenciados ao bebé (x1= 14.41, x2= 10.88, z=

-1.3083, n.s.), à participação do pai nos cuidados ao bebé (x1= 7.79, x2= 9.06, z= -0.5503, n.s.), ao sexo do bebé (x1= 12.17, x2= 13.77, z= -0.6405, n.s.), ao ajustamento conjugal (x1= 13.63, x2= 12.42, z= -0.4181, n.s.) e ao estado matrimonial (x1= 13,08, x2= 12,92, z= -0.0856, n.s.).

1.9. Relacionamento conjugal

A hipótese 11 — que as mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal (VI) exibem piores condutas interactivas na interacção com o bebé (VD) do que as mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal — e a hipótese 12 — que os bebés das mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal (VI) exibem piores condutas interactivas na interacção com a mãe (VD) do que os bebés das mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal — foram também consideradas.

Para o efeito procedeu-se aos seguintes passos: a) estudou-se o significado das diferenças na qualidade da conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé, em dois grupos de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, definidos segundo a qualidade do ajustamento conjugal das mães e b) estudou-se o significado das diferenças na preocupação materna e na qualidade dos cuidados prestados em dois grupos de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, definidos segundo a qualidade do ajustamento conjugal das mães.

Os dois grupos de mães que desenvolveram depressão pós-parto foram definidos tendo em conta as respostas das mães no questionário EAS. O grupo 1 (N= 8) foi constituído pelas mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e obtiveram um resultado inferior a 20 no questionário EAS e que, por conseguinte, tendo em conta os resultados obtidos no estudo deste questionário (ver capítulo anterior), têm um razoável ou bom relacionamento conjugal. O grupo 2 (N= 8) foi constituído pelas mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e obtiveram um resultado igual ou superior a 20 no questionário EAS e que, por conseguinte, têm um mau relacionamento conjugal.

Quando se comparou a qualidade da interacção mãe-bebé nos dois subgrupos do grupo experimental, estabelecidos de acordo com a qualidade do relacionamento conjugal da mãe com o marido, não se observou que — na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé — os bebés e as mães se comportassem de um modo significativamente distinto, quer na situação de interacção face-a-face quer na situação de interacção alimentar, tal como consta do quadro a seguir (ver Quadro 42).

Quadro 42
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com razoável ou bom relacionamento conjugal/ Mães com mau relacionamento conjugal (N=16)

	IRS		média	média	z
3	Irsal	mãe	7.79	8.19	-0.1745
m		bebé	8.86	7.25	-0.7596
e		mãe-bebé	8.57	7.50	-0.4646
s	Irsff	mãe	7.93	8.06	-0.0583
e		bebé	7.43	8.50	-0.4688
s		mãe-bebé	7.36	8.56	-0.5245
6	Irsal	mãe	9.19	7.81	-0.5845
m		bebé	9.75	7.25	-1.0709
e		mãe-bebé	8.21	6.79	-0.2149
s	Irsff	mãe	7.81	9.19	0.5815
e		bebé	8.81	8.19	-0.2663
s		mãe-bebé	8.31	8.69	-0.1581
12	Irsal	mãe	8.79	7.31	-0.6452
m		bebé	9.29	6.88	-1.0757
e		mãe-bebé	7.64	6.25	-0.6473
s	Irsff	mãe	7.57	8.38	-0.3487
e		bebé	8.21	7.81	-0.1748
s		mãe-bebé	8.00	8.00	0.0000

* $p< 0.05$
** $p< 0.01$
*** $p< 0.001$

No entanto, na situação de interacção livre, verificámos que as mães com depressão no 3° mês do pós-parto e razoável ou bom ajustamento conjugal exibiam menos o objectivo de cuidar do bebé de 3 meses de idade (x1= 6.00, x2= 9.75, z= -2.0793, $p< 0.05$) e seus os bebés exibiam um maior número de actividades de exploração do próprio corpo (x1= 9.71, x2= 6.50, z= -1.9890, $p< 0.05$) e dos objectos (x1= 9.71, x2= 6.50, z= -1.9853, $p< 0.05$).

Aos 12 meses de idade, os bebés das mães com depressão no 3° mês do pós-parto e razoável ou bom ajustamento conjugal exibem um significativo maior número de gestos em direcção aos objectos, na interacção livre com a mãe, assim como um maior interesse visual pelo mundo físico (x1= 11.13, x2= 5.88, z= -2.3191 $p< 0.05$) e pela mãe (x1= 11.00, x2= 6.00, z= -2.5649, $p< 0.05$), do que os bebés das mães com depressão no 3° mês do pós-parto e mau ajustamento conjugal (x1= 10.94, x2= 6.06, z= -2.1109, $p< 0.05$); enquanto que as suas mães foram menos observadas a beijar, lamber ou morder afectuosamente o bebé (x1= 6.00, x2= 11.00, z= -2.5538, $p< 0.05$).

No que se refere aos cuidados prestados pela mãe ao bebé, verificámos que, tal como se pode ler no quadro seguinte (ver Quadro 43), as mães com depressão pós-parto e razoável ou bom relacionamento conjugal providenciam cuidados mais adequados ao bebé do que as mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal; nomeadamente, na idade de 3 meses do bebé, mostram uma maior aceitação do comportamento da criança (z= -1.9795, $p< 0.05$), na idade de 6 meses e na idade de 12 meses, fazem uma melhor provisão de material de jogo apropriado (z= -2.4113, $p< 0.05$; z= -2.4113, $p< 0.05$).

Quadro 43
Cuidados maternos (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com razoável ou bom relacionamento conjugal/ Mães com mau relacionamento conjugal (N=16)

	Home	média	média	z	
3	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	10.21	6.06	-1.8633	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	10.29	6.00	-1.9795	*
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	8.57	7.50	-0.4875	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	9.64	6.56	-1.3528	
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	10.07	6.19	-1.7498	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	8.14	7.88	-0.1235	
s	ET — Escala Total	10.36	5.94	-1.9285	
6	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	9.88	7.13	-1.2177	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	9.00	8.00	-0.4344	
m	SE3 — Organização meio-ambiente físico e temporal	9.38	7.63	-0.7946	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	11.31	5.69	-2.4113	*
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	9.00	8.00	-0.4880	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	10.56	6.44	-1.8651	
s	ET — Escala Total	10.19	6.81	-1.4262	
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	10.07	6.19	-1.8415	
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	8.81	8.19	-0.2772	
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	9.75	7.25	-1.1952	
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	11.31	5.69	-2.4113	*
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	7.06	9.94	-1.3381	
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	8.06	8.94	-0.3903	
s	ET — Escala Total	9.93	6.31	-1.5679	

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

Também observamos que, aos 3 meses de idade do bebé, as mães com depressão pós-parto e bom relacionamento conjugal elogiam espontaneamente mais as qualidades ou comportamentos da criança, pelo menos duas vezes durante a visita (x1= 10.00, x2= 6.25, z= -2.1106, $p < 0.05$); censuram, criticam ou rebaixam menos a criança durante a visita (x1= 10.00, x2= 6.25, z= -2.1106, $p < 0.05$), providenciam mais brinquedos ou peças de equipamento para actividade muscular (x1= 10.93, x2= 5.44, z= -2.7394, $p < 0.01$) e mais brinquedos de coordenação olho-mão que permitem combinações — brinquedos de empilhar, de encaixar ou de construção (x1= 9.71, x2= 6.50, z= -2.0000, $p < 0.05$). Aos 6 meses de idade do bebé as mães com depressão pós-parto e bom relacionamento conjugal falam significativamente menos para a criança enquanto estão a trabalhar/fazer lida doméstica do que as mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal (x1= 6.50, x2= 10.50, z= -2.2361, $p < 0.05$). Aos 12 meses de idade do bebé providenciam mais brinquedos ou actividades interessantes para a criança, durante a entrevista (x1= 10.50, x2= 6.50, z= -2.2361, $p < 0.05$), providenciam mais brinquedos de coordenação olho-mão (x1= 11.00, x2= 6.00, z= -2.6112, $p < 0.01$), assim como mais brinquedos de coordenação olho-mão que permitem combinações — brinquedos de empilhar, de encaixar ou de construção (x1= 10.50, x2= 6.50, z= -2.0000, $p < 0.05$).

Quando se avaliou a preocupação materna com o bebé em dois grupos de mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e bom/mau ajustamento conjugal, verificamos que, como consta do quadro abaixo (ver Quadro 44), não era

significativamente diferente — nem na idade de 3, nem na idade de 6, nem na idade de 12 meses do bebé — a preocupação materna das mães com depressão pós-parto e mau ajustamento conjugal, relativamente à preocupação materna das mães com depressão pós-parto e bom ajustamento conjugal (z= -1.3937, n.s.; z= -0.6852, n.s.; z= -0.3692, n.s.).

Quadro 44
Preocupação materna (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com razoável ou bom relacionamento conjugal/ Mães com mau relacionamento conjugal (N=16)

QMAC (Parte II)	média	média	z
3 meses	9.71	6.50	-1.3937
6 meses	9.31	7.69	-0.6852
12 meses	8.94	8.06	-0.3692

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Note que os dois grupos estabelecidos — mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e razoável-bom relacionamento conjugal e mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mau relacionamento conjugal, tal como o permitiram as respostas das mães, 12 meses depois do parto, no questionário EAS — diferiam significativamente no que se refere ao nível educacional da mãe (x1= 6.50, x2= 10.50, z= -2.0000, p< 0.05), aos cuidados prestados pelo pai ao bebé (x1= 4.79, x2= 10.21, z= -2.4412, p< 0.05), à gravidade da depressão pós-parto no 12° mês do puerpério (x1= 4.00, x2= 11.00, z= -3.4346, p< 0.001) e duração em semanas da depressão pós-parto (x1= 4.69, x2= 12.31, z= -3.2415, p< 0.01), embora não diferissem significativamente a respeito da presença e gravidade da depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, assim como a respeito do sexo do bebé (x1= 8.50, x2= 6.50, z= -1.0408, n.s.), estado matrimonial (x1= 8.00, x2= 9.00, z= -0.6202, n.s.) e nível ocupacional da mãe (x1= 6.94, x2= 10.06, z= -1.3407, n.s.), nível sócio-económico da família (x1= 8.00, x2= 9.00, z= -0.6002, n.s.), idade da mãe (x1= 8.50, x2= 8.50, z= 0.0000, n.s.), tipo de cuidados do bebé (x1= 7.29, x2= 8.63, z= -0.7071, n.s.).

E assim, saliente-se que no grupo das mães com mau relacionamento conjugal, os pais parecem prestar significativamente mais apoio nos cuidados do bebé e, por outro lado, nesse mesmo grupo, muito embora as mães não tenham depressão de gravidade diferente no 3° mês do puerpério, permanecem por significativamente mais tempo deprimidas e estão significativamente mais gravemente deprimidas no 12° mês do pós-parto.

1.10. Tipo de cuidados ao bebé

Neste ponto avaliaremos a importância da participação do pai nos cuidados prestados ao bebé, assim como a importância da mãe ser ou não ajudada por um outro prestador de cuidados — ou seja, a importância do tipo de cuidados de que o bebé usufrui — sobre a qualidade da conduta interactiva da mãe, a qualidade da conduta interactiva do bebé e a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé. Foram, para esse efeito, definidas duas hipóteses que agora especificamos.

A hipótese 13 considera que as mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados à criança não são partilhados pelo pai e/ou nem por outro substituto, membro ou não da família (isto é, que as mães deprimidas cujos bebés são exclusivamente cuidados por elas) (VIs) exibem piores condutas interactivas na interacção com o bebé (VD) do que as mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados ao bebé são também providenciados por outras pessoas e/ou o pai ajuda significativamente nos cuidados a prestar ao bebé.

A hipótese 14 considera que os bebés das mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados não são partilhados pelo pai e/ou nem por outros substitutos, membro ou não da família (isto é, de que os bebés das mães deprimidas que são exclusivamente cuidados pela mãe) (VIs) — exibem piores condutas interactivas na interacção com a mãe (VD) do que os bebés das mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados são também fornecidos por substitutos e/ou o pai ajuda significativamente nos cuidados a prestar ao bebé.

Para estudar as hipóteses 13 e 14 agora descritas levámos a cabo os seguintes passos e análises estatísticas.

Conduta interactiva materna, cuidados maternos, preocupação materna, conduta interactiva do bebé e conduta interactiva mãe-bebé aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério cujos maridos/companheiros não participam nos cuidados ao bebé e mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério cujos maridos/companheiros participam nos cuidados ao bebé.

Avaliou-se, primeiro, a importância dos cuidados do bebé serem partilhados pelo pai sobre a qualidade da conduta interactiva da mãe. Estudou-se o significado

das diferenças na avaliação da preocupação materna no questionário QMAC, assim como na avaliação da conduta interactiva da mãe no questionário Home e nas escalas de interacção IRS para a situação alimentar e face-a-face e GOISIL para a situação livre, aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, em dois grupos definidos, tendo em conta as respostas dos pais ao questionário ECBP, como pais participantes/pais não participantes nos cuidados prestados ao bebé.

Tendo em conta as respostas do pai ao questionário ECBP, definiram-se dois grupos de famílias em que as mães desenvolveram depressão pós-parto 3 meses depois do parto: grupo 1 — famílias em que o pai cotou 20 ou abaixo de 20 no questionário ECBP e onde, portanto, a mãe recebe pouca ou nenhuma ajuda do marido nos cuidados a prestar ao bebé (N= 10) — e grupo 2 — famílias em que o pai cotou acima de 20 na ajuda que dá à mãe nos cuidados prestados ao bebé e onde, portanto, os cuidados ao bebé são compartilhados pelo pai e pela mãe (N= 6).

A fim de testar a hipótese 14 avaliou-se igualmente o significado das diferenças na conduta interactiva dos bebés avaliada nas escalas de interacção IRS (para a situação alimentar e face-a-face) e GOISIL (para a situação livre), aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, nesses dois grupos de famílias que providenciam diferentes tipos de cuidados ao bebé.

Quando se avaliou a qualidade da conduta interactiva da mãe nos dois grupos acima definidos, averiguou-se que, como consta do quadro a seguir (ver Quadro 45), tendo em conta os resultados totais nas escalas IRS, a conduta interactiva das mães que recebiam pouca ou nenhuma ajuda dos maridos nos cuidados a providenciar ao bebé não era significativamente diferente da conduta interactiva das mães cujos maridos comparticipavam nos cuidados prestados ao bebé. O mesmo se verificou, tanto na situação em que as mães alimentavam o bebé como na situação em que o colocavam em posição de face-a-face, na idade de 3 (z= -0.1774, n.s., z= -0.7723, n.s.), de 6 (z= -0.4932, n.s.; z= 0.0000, n.s.) e na idade de 12 meses (z= -1.7243, n.s.; z= -0.0592, n.s.).

Também não se observaram diferenças no que se refere à conduta interactiva dos bebés e à conduta interactiva mãe-bebé avaliada nessas mesmas duas situações nos dois grupos definidos consoante a participação do pais nos cuidados ao bebé (z= -0.0591, n.s.; z= -1.4244, n.s.; z= -0.6403, n.s.; z= -0.3266, n.s.; z= -0.6473, n.s.; z= -0.1779, n.s.).

Na situação de interacção livre, os resultados obtidos no presente estudo indicam que as mães deprimidas que não são tão ajudadas pelos maridos nos cuidados a prestar ao bebé exibem, uma conduta interactiva menos adequada. Aos 3 meses de idade do bebé, menos contacto corporal com o bebé — sendo que o tocar e acariciar foi menos observado (x1= 5.83, x2= 11.25, z= -2.3043, p< 0.05) — e menos expressividade

facial — sendo que a ausência de expressão e a desatenção foi significativamente mais observada (x1= 9.83, x2= 5.25, z= -1.9821, p< 0.05).

Quadro 45
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Pais que não participam nos cuidados prestados ao bebé/ pais que participam nos cuidados prestados ao bebé (N=16)

	IRS		média	média	z
3	Irsal	mãe	8.25	7.83	-0.1774
m		bebé	7.42	8.39	-0.4224
e		mãe-bebé	7.92	8.06	-0.0591
s	Irsff	mãe	6.92	8.72	-0.7723
e		bebé	5.33	9.78	-1.9096
s		mãe-bebé	6.00	9.33	-1.4244
6	Irsal	mãe	9.25	8.05	-0.4932
m		bebé	8.58	8.45	-0.0557
e		mãe-bebé	8.21	6.79	-0.6403
s	Irsff	mãe	8.50	8.50	0.0000
e		bebé	7.25	9.25	-0.8257
s		mãe-bebé	8.00	8.80	-0.3266
12	Irsal	mãe	5.58	9.61	-1.7243
m		bebé	8.33	7.78	-0.2381
e		mãe-bebé	6.25	7.64	-0.6473
s	Irsff	mãe	7.92	8.06	-0.0592
e		bebé	5.67	9.56	-1.7040
s		mãe-bebé	7.75	8.17	-0.1779

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Aos 6 meses de idade do bebé, as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que recebiam mais ajuda dos maridos exibiram significativamente menos expressões de tristeza e melancolia (x1= 9.33, x2= 5.00,, z= -2.4428, p< 0.05).

Aos 12 meses de idade, as mães do grupo 1 exibiram significativamente menos contacto corporal com o bebé — tocar e acariciar (x1= 6.45, x2= 11.92, z= -2.2351, p< 0.05), significativamente menos gestos ou movimentos em direcção aos objectos (x1= 3.83, x2= 11.30, z= -3.0711, p< 0.01), olharam significativamente menos para o mundo físico que não o bebé (x1= 4.17, x2= 11.10, z= -2.8822, p< 0.01), e mostraram significativamente mais aborrecimento e desagrado na interacção livre com o bebé do que as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que recebiam menos ajuda dos maridos (x1= 11.25, x2= 6.85, z= -2.0605, p< 0.05).

Na idade de 12 meses do bebé, as mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do pós-parto cujos maridos providenciavam menos cuidados ao bebé, na situação em que eram observadas a alimentar o bebé, providenciavam mais vezes a remoção do biberão/colher por iniciativa própria, do que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e cujos maridos providenciavam mais cuidados ao bebé (x1= 5.75, x2= 9.50, z= -2.2787, p< 0.05).

Assinale-se também que, na idade de 3 meses do bebé, se observou que os bebés das mães deprimidas cujos pais providenciavam menos cuidados foram significativamente menos vezes observados a exibir uma actividade física positiva (e.g., corpo relaxado e movimento para a mãe) e menos vezes observados a exibir

expressões faciais positivas (e.g., sorriso) na interacção face-a-face com a mãe, em relação ao que se observou junto dos bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto cujos pais providenciavam mais cuidados ao bebé (x1= 5.42, x2= 9.72, z= -2.2031, p< 0.05; x1= 5.25, x2= 9.83, z= -2.0917, p< 0.05).

Os bebés das mães deprimidas no 3º mês do puerpério que eram menos cuidados pelos pais, na idade de 12 meses, exibiram na interacção livre com a mãe menos movimentos dirigidos aos objectos (x1= 5.00, x2= 10.60, z= -2.3854, p< 0.05) e menos manipulação exploratória dos objectos do que os bebés das mães deprimidas no 3º mês do puerpério que eram mais cuidados pelos pais (x1= 4.67, x2=10.80, z= -2.5132, p< 0.05).

No entanto, na situação de interacção face-a-face e na situação de alimentação, não foram observadas diferenças significativas nos resultados totais da avaliação da qualidade da conduta interactiva do bebé na idade de 3, 6 e 12 meses, tal como se conclui da leitura dos valores inscritos no quadro 45.

No que se refere aos cuidados prestados pelas mães deprimidas à excepção do item 43 não se verificaram diferenças significativas — em nenhum item, bem como em nenhum resultado de sub-escala ou de escala total, em nenhuma das idades consideradas — entre os dois grupos definidos consoante a participação do pais nos cuidados prestados ao bebé: grupo 1 — pais que não participam nos cuidados prestados ao bebé — e grupo 2 — pais que participam nos cuidados prestados ao bebé — (ver Quadro 46).

Quadro 46
Cuidados maternos (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Pais que não participam nos cuidados prestados ao bebé/ pais que participam nos cuidados prestados ao bebé (N=16)

	Home	média	média	z
3	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	6.83	8.78	-0.8569
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	6.17	9.22	-1.3665
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	9.83	6.78	-1.3453
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	8.83	7.44	-0.5973
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	8.25	7.83	-0.1836
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	8.67	7.56	-0.5173
s	ET — Escala Total	8.25	7.83	-0.1777
6	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	6.50	9.70	-1.3720
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	8.00	8.80	-0.3375
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	8.83	8.30	-0.2290
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	7.08	9.35	-0.9401
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	11.00	7.00	-1.8898
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	7.42	9.15	-0.7621
s	ET — Escala Total	8.00	8.80	-0.3266
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	6.25	9.17	-1.3580
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	8.33	8.60	-0.1140
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	9.17	8.10	-0.4781
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	7.08	9.35	-0.9401
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	8.00	8.80	-0.3612
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	8.17	8.70	-0.2309
s	ET — Escala Total	6.25	9.17	-1.2408

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Ao nível dos itens do inventário Home, as diferenças estatisticamente significativas limitaram-se às respostas da mãe ao item 43 na idade de 3 meses do bebé, sendo que as mães deprimidas cujos maridos providenciavam menos cuidados ao bebé referiram significativamente menos vezes que a criança faz pelo menos uma das refeições diárias com a mãe e com o pai do que as mães deprimidas cujos maridos prestam mais cuidados ao bebé ($x1= 6.17$, $x2= 10.75$, $z= -2.2454$, $p< 0.05$).

É interessante referir que, na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé, não se mostraram significativas as diferenças nas respostas das mães ao item 41 que se refere especificamente ao cuidados diários prestados pelo pai ao bebé, entre os dois grupos de mães deprimidas, cujos maridos referiram no questionário ECBP participar activamente ou não nos cuidados prestados ao bebé ($x1= 8.83$, $x2= 6.75$, $z= -1.0801$, n.s.; $x1= 8.30$, $x2= 8.83$, $z=-0.2582$, n.s.; $x1= 8.30$, $x2= 8.83$, $z= -0.2582$, n.s.,).

No que se refere à preocupação materna os dados obtidos no estudo que descrevemos mostram que as mães deprimidas cujos maridos disseram participar menos nos cuidados prestados ao bebé não têm uma preocupação materna significativamente diferente com o bebé, na avaliação realizada nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé, preocupando-se tanto com os bebés como as mães deprimidas cujos maridos referiram providenciar mais cuidados ao bebé ($x1= 8.39$, $x2= 7.42$, $z= -0.4143$, n.s.; $x1= 9.15$, $x2= 7.42$, $z= -0.7082$, n.s.; $x1= 7.80$, $x2= 9.67$ $z= -0.7626$, n.s.).

Note ainda que, como consta do quadro (ver Quadro 47), não se observam diferenças significativas nos cuidados que são prestados ao bebé pelo pai durante o primeiro ano de vida — tais como podem ser avaliados através do questionário ECBP aos 12 meses de idade do bebé — entre os pares de mães do grupo experimental e do grupo de controlo ($z= -0.4001$, n.s.). Ou seja, os resultados obtidos indicam que os maridos das mulheres que desenvolvem depressão no 3º mês do pós-parto participam tanto nos cuidados a prestar ao bebé quanto os maridos das mulheres que não apresentam perturbação psiquiátrica assinalável no 3º mês do pós-parto. Também não é significativamente diferente a quantidade de cuidados prestados pelo pai ao bebé em dois grupos de mães com depressão pós-parto de gravidade diferente, ou seja os resultados obtidos indicam que os maridos das mulheres que desenvolvem depressão *major* no 3º mês do pós-parto participam tanto nos cuidados a prestar ao bebé quanto os maridos das mulheres que desenvolvem depressão *minor* no 3º mês ($z= -0.4899$, n.s.).

Quadro 47
Cuidados prestados ao bebé pelo pai
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=33)

Instrumento	média	média	z
ECBP	7.50	4.75	-0.4001

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

O mesmo se verifica no que se refere à duração da depressão pós-parto, sendo que, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 48), não é significativamente diferente na terceira avaliação, a ajuda dada pelo pai do bebé em dois grupos de mães que ainda se encontram ou não deprimidas 12 meses depois do parto (z= -0.8506, n.s.).

Quadro 48
Cuidados prestados ao bebé pelo pai
Teste de Main Whitman para amostras independentes: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=33)

Instrumento	média	média	z
ECBP	19.33	16.13	-0.8506

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Saliente-se, por último, que as mães deprimidas que recebem menos ajuda do marido nos cuidados a prestar ao bebé não referem pior ajustamento conjugal do que as mães deprimidas cujos maridos referem participar mais nos cuidados a prestar ao bebé (x1= 7.44, x2= 8.83, z= -0.5924, n.s.).

Convém também por último ainda referir que os subgrupos formados tendo em conta a participação do pai nos cuidados providenciados ao bebé não diferiam significativamente no que diz respeito à idade da mãe (x1= 7.95, x2= 9.42, z=-0.8165, n.s.), gravidade da depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (x1= 8.30, x2= 8.83, z=-0.2582, n.s.), presença e gravidade da depressão pós-parto 12 meses depois do parto (x1= 7.50, x2= 10.17, z= -1.1694, n.s.), duração da depressão pós-parto (x1= 7.60, x2= 10.00, z= -0.9954), nível educacional da mãe (x1= 8.30, x2= 8.83, z= -0.2582, n.s.), nível ocupacional da mãe (x1= 8.80, x2= 8.00, z= -0.3310, n.s.), nível sócio-económico da família (x1= 8.10, x2= 9.17, z= -0.5774, n.s.).

No entanto, observaram-se diferenças significativas quanto ao sexo do bebé, pois no grupo das mães que apresentaram depressão pós-parto no 3º mês do pós-parto os pais que referiram providenciar mais cuidados ao bebé eram significativamente mais os pais de bebés do sexo feminino do que pais de bebés do sexo masculino (x1= 6.80, x2= 11.33, z= -2.2923, p< 0.05).

Conduta interactiva materna, cuidados maternos, preocupação materna, conduta interactiva do bebé e conduta interactiva mãe-bebé aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que cuidam sozinhas do bebé e mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que cuidam com outros do bebé.

As hipóteses consideradas neste ponto (hipóteses 13 e 14) referem-se igualmente ao facto de a circunstância da mãe com depressão pós-parto cuidar sozinha do bebé poder ser uma circunstância negativa para a qualidade da interacção da mãe, do bebé e mãe-bebé, assim como para a qualidade dos cuidados prestados ao bebé e para a grandeza da preocupação materna com o bebé.

Para testar estas hipóteses consideraram-se, num segundo momento, dois grupos de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério, o grupo 1 (N=8) — no qual a mãe deprimida providenciava por si só os cuidados ao bebé que permanecia o dia em casa com ela — e o grupo 2 (N=18) — no qual a mãe deprimida era ajudada pela avó do bebé, por uma ama ou o bebé frequentava um infantário, sendo que em qualquer destas três últimas circunstâncias o bebé saía ou não de casa da mãe, parte ou a totalidade do dia, para ser total ou parcialmente cuidado por outro pessoa que não a mãe.

Avaliou-se a qualidade da conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé nesses dois grupos de mães — mães que, a partir dos 3 meses de vida do bebé, continuaram em casa a cuidar dos bebés e mães em que os cuidados ao bebé foram, a partir dos 3 meses de vida, fornecidos/partilhados por substitutos avós, ama, educadora — e avaliou-se do significado das diferenças dos resultados neste 2 grupos de mães do grupo experimental.

Quando se procurou avaliar junto das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto se era significativamente diferente a qualidade da conduta da mãe, da conduta do bebé, e da conduta mãe-bebé, assim como a qualidade dos cuidados prestados ao bebé e a preocupação materna no grupo das mães que providenciavam sozinhas os cuidados ao bebé e no grupo das mães que eram significativamente ajudadas por outras pessoas (ama, avó da criança, educadora), as diferenças não se mostraram significativas, tal como o indicam os valores abaixo assinalados nos quadros 49, 50 e 51 (ver Quadro 49, Quadro 50 e Quadro 51), a não ser nos aspectos a seguir discriminados.

Os indicadores da qualidade da interacção mãe-bebé, por exemplo, quer aos 3 (x1= 12.57, x2= 7.55, z= -1.9522, n.s.), quer aos 6 (x1= 10.17, x2= 7.50, z= -1.0887, n.s.), quer

aos 12 meses de idade do bebé (x1= 8.30, x2= 7.85, z= -0.1842, n.s.), mostram que, junto das mães que desenvolvem depressão pós-parto, não é significativamente diferente a qualidade da interacção mãe-bebé aos 3, 6 e 12 meses, nas díades em que a mãe permanece em casa e cuida sozinha do bebé e nas díades em que os cuidados ao bebé são também fornecidos por outros que não a mãe. Na situação de interacção livre, a única diferença significativa — no que se refere à conduta da mãe e do bebé no grupo das mães com depressão pós-parto que cuidavam sozinhas do bebé e no grupo das mães com depressão pós-parto que partilhavam com outros os cuidados à criança — foi que, na idade de 3 meses do bebé, as primeiras manifestaram mais aborrecimento e desagrado para com o bebé do que as segundas (x1= 16.07, x2= 11.03, z= -2.0911, p< 0.05) e que, na idade de 6 meses, uma maior expressividade facial foi observada nas primeiras relativamente ao que foi observado nas segundas (x1= 14.63, x2= 8.77, z= -2.4222, p< 0.05).

Quadro 49
Conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que cuidam sozinhas do bebé/ Mães com depressão pós-parto que são ajudadas nos cuidados ao bebé (N=26)

	IRS		média	média	z	
3	Irsal	mãe	8.71	10.00	-0.5015	
m		bebé	12.43	7.64	-1.8692	
e		mãe-bebé	9.57	9.45	-0.0454	
s	Irsff	mãe	13.43	7.00	-2.5035	*
e		bebé	12.36	7.68	-1.8217	
s		mãe-bebé	13.21	7.14	-2.3596	*
6	Irsal	mãe	9.75	7.75	-0.8220	
m		bebé	11.00	7.00	-1.6718	
e		mãe-bebé	10.08	7.55	-1.0327	
s	Irsff	mãe	10.00	7.60	-0.9798	
e		bebé	9.58	7.85	-0.7108	
s		mãe-bebé	9.42	7.95	-0.5983	
12	Irsal	mãe	8.40	7.80	-0.2472	
m		bebé	7.70	8.15	-0.1892	
e		mãe-bebé	8.30	7.85	-0.1842	
s	Irsff	mãe	6.70	8.65	-0.7997	
e		bebé	8.40	7.80	-0.2474	
s		mãe-bebé	7.60	8.20	-0.2458	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No que se refere aos bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, aqueles que eram cuidados exclusivamente pelas mães olharam menos para os olhos da mãe (x1= 6.10, x2= 12.53, z= -2.0390), mas expressaram um maior número de expressões faciais positivas (x1= 16.80, x2= 9.19, z= -2.4127, p< 0.05) e estavam menos vezes com expressão neutra ou ausente (x1= 5.00, x2= 12.88, z= -2.5879, p< 0.01) na interacção livre com a mãe aos 12 meses de idade, do que aqueles que eram cuidados também por outras pessoas que não apenas pelas mães.

Como pode igualmente concluir da leitura do quadro abaixo (ver Quadro 50) os cuidados providenciados ao bebé pelas famílias em que a mãe desenvolve depressão no 3° mês do pós-parto não parecem ser muito diferentes consoante os bebés são

cuidados em casa pelas mães ou saem de casa para receberem os cuidados de uma avó, de uma ama ou de uma educadora; no entanto, as poucas diferenças que há a assinalar são no sentido de que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto e são cuidados pelas mães recebem piores cuidados do que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto e são cuidados por uma avó, uma ama ou uma educadora.

Quadro 50
Cuidados maternos (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães que cuidam sozinhas do bebé/ Mães que são ajudadas nos cuidados ao bebé (N=26)

	Home	média	média	
3	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	8.86	9.91	-0.4234
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	10.50	8.86	-0.6589
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	8.64	10.05	-0.5607
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	10.71	8.73	-0.7888
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	10.57	8.82	-0.7036
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	7.93	10.50	-1.0784
s	ET — Escala Total	10.00	9.18	-0.3193
6	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	10.17	7.50	-1.1433
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	7.42	9.15	-0.7273
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	6.08	9.95	-1.6458
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	9.17	8.10	-0.4394
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	8.67	8.40	-0.1207
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	9.17	8.10	-0.4585
s	ET — Escala Total	8.58	8.45	-0.0545
12	SE1 — Resposta emocional e verbal da mãe	8.67	8.40	-0.1141
	SE2 — Aceitação do comportamento da criança	10.33	7.40	-1.2386
m	SE3 — Organização do meio-ambiente físico e temporal	6.42	9.75	-1.4848
e	SE4 — Provisão de material de jogo apropriado	9.17	8.10	-0.4394
s	SE5 — Envolvimento da mãe com a criança	8.50	8.50	-0.0000
e	SE6 — Oportunidades de variedade na estimulação	9.17	8.10	-0.4585
s	ET — Escala Total	9.67	7.80	-0.7615

* $p < 0.05$
** $p < 0.01$
*** $p < 0.001$

Assim, saliente-se que aos 3 meses de idade do bebé, os bebés das mães deprimidas que são exclusivamente cuidados pela mãe saem significativamente menos vezes de casa com as mães do que os bebés das mães deprimidas que recebem cuidados de outras pessoas para além da mãe ($x1 = 8.43$, $x2 = 14.18$, $z = -2.1567$, $p < 0.05$).

Aos 6 meses de idade do bebé, observou-se ainda que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e cuidam sozinhas do bebé censuram, criticam ou rebaixam significativamente mais a criança durante a visita do que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e partilham com outros prestadores os cuidados à criança ($x1 = 5.50$, $x2 = 13.75$, $z = -3.0741$, $p < 0.01$).

No entanto, aos 12 meses de idade do bebé, verificou-se que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e cuidavam em casa dos bebés liam significativamente mais histórias à criança do que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e eram ajudadas nos cuidados que prestavam ao bebé ($x1 = 14.17$, $x2 = 10.50$, $z = -2.3664$, $p < 0.05$)

As mães com depressão pós-parto do grupo 1 não se mostraram mais preocupadas com o bebé do que as mães com depressão pós-parto do grupo 2; no entanto, como consta do quadro abaixo (ver Quadro 51) aos 12 meses de idade do bebé, verificou-se que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e cuidavam em casa dos bebés estavam significativamente mais preocupadas com a criança do que as mães que desenvolveram depressão pós-parto e eram ajudadas nos cuidados que prestavam ao bebé ($z= -1.9654$, $p< 0.05$)

Por último saliente-se que muito embora existam diferenças significativas entre estes dois grupos de mães com depressão pós-parto no que se refere ao estado marital ($x1= 11.86$, $x2= 8.00$, $z= -2.3115$, $p< 0.05$), as diferenças no respeitante à idade da mãe ($x1= 8.14$, $x2= 10.36$, $z= -0.9096$, n.s.), nível ocupacional da mãe ($x1= 9.93$, $x2= 9.23$, $z= -0.2805$, n.s.), classe social da família ($x1= 10.00$, $x2= 9.18$, $z= -0.3340$, n.s.), presença e gravidade de depressão aos 3 ($x1= 9.93$, $x2= 9.23$, $z= -0.4187$, n.s.), 6 ($x1= 9.58$, $x2= 6.94$, $z= -1.2326$, n.s.) e 12 meses do pós-parto ($x1= 9.33$, $x2= 8.00$, $z= -0.6299$, n.s.), ajustamento conjugal ($x1= 3.33$, $x2= 5.83$, $z= -1.3188$, n.s.) e aos cuidados prestados pelo pai ao bebé ($x1= 5.63$, $x2= 6.21$, $z= -0.2922$, n.s.) não se mostraram significativas.

Quadro 51
Preocupação materna (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães que cuidam sozinhas do bebé/ Mães que são ajudadas nos cuidados ao bebé (N=26)

QMAC (Parte II)	média	média	z	
3 meses	11.57	8.18	-1.3207	
6 meses	11.17	6.90	-1.7432	
12 meses	11.50	6.70	-1.9654	*

* $p< 0.05$
** $p< 0.01$
*** $p< 0.001$

Os dados que passamos a apresentar referem-se aos resultados das análises de regressão que levamos a efeito no sentido de encontrar os preditores significativos das variáveis dependentes em estudo na idade de 3, de 6 e de 12 meses do bebé — conduta interactiva materna, conduta interactiva do bebé, conduta interactiva mãe-bebé, cuidados providenciados ao bebé e preocupação materna com o bebé, tendo em conta a variável independente (regressão linear simples) em estudo — depressão pós-parto materna —, bem como tendo em conta todas as variáveis (regressão linear múltipla) que de algum modo podem com/sem aquela contribuir para a variância observada nas variáveis dependentes acima discriminadas, como o exemplificámos no capítulo I da parte II da presente dissertação.

Assim, através da análise de regressão linear, avaliou-se a importância das variáveis em estudo na determinação da qualidade da conduta interactiva materna, na

qualidade da conduta interactiva do bebé, na qualidade da conduta interactiva mãe-bebé, nos cuidados providenciados ao bebé e na preocupação da mãe com o bebé na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé. Os resultados que se encontram nos quadros seguintes (ver Quadros 52 a 71) indicam a importância da variável independente depressão pós-parto, bem como a interferência de outras variáveis, na explicação das variáveis dependentes em estudo acima assinaladas.

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe 3 meses depois do parto

A análise de regressão linear, levada a efeito para avaliar a importância da variável independente em estudo — a depressão pós-parto (VI) — sobre a qualidade da conduta interactiva da mãe 3 meses depois do parto (VD), indica que a presença e gravidade da depressão pós-parto no 3º mês do puerpério é um preditor muito significativo da qualidade da conduta interactiva da mãe na interacção com o bebé de 3 meses de idade, pois é, por si só, responsável por 64% da variância nos resultados da avaliação da qualidade da conduta interactiva da mãe 3 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare* 0.64380, $p< 0.001$; Beta= -0.806886, T= -9.464 $p< 0.001$).

Quando se consideraram todas as variáveis independentes susceptíveis de explicar a qualidade da conduta interactiva da mãe, 3 meses depois do parto, verificamos que, como consta do quadro da página seguinte (ver Quadro 52), o modelo que considera a presença de depressão pós-parto no 3º mês do puerpério é aquele que melhor explica a qualidade da conduta interactiva das mães, aos 3 meses de idade do bebé, sendo responsável por 59% da variância observada na conduta interactiva das mães da amostra total em estudo (*Adjusted Rsquare*= 0.59168, $p< 0.001$).

As restantes variáveis independentes consideradas, susceptíveis de explicar a qualidade da conduta interactiva materna aos 3 meses de idade do bebé — i.e., a gravidade da depressão materna aos 3 meses, o nível ocupacional da mãe, o nível educacional da mãe, a idade da mãe, a classe social da família, o tipo de cuidados prestados ao bebé, o estatuto matrimonial da mãe, o ajustamento conjugal da mãe, o sexo do bebé, o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses, a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses, as dificuldades desenvolvimentais do bebé aos 3 meses, os cuidados prestados pelo pai ao bebé — não se mostraram preditores eficazes quando a presença de depressão materna é considerada na equação de predição da qualidade da conduta da mãe na interacção com o bebé 3 meses depois do parto.

Quadro 52
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe 3 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 51)

variável independente	Adj. R^2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
d3	0.59168	41.57422	***	1	-0.778631	-6.448	***

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando, no grupo experimental (i.e., junto das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto), se estudou o poder preditivo destas mesmas variáveis nenhuma das variáveis consideradas mostrou ser preditor significativo da qualidade da conduta interactiva da mãe 3 meses depois do parto.

No entanto, no grupo de controlo (i.e., junto das mães que não apresentavam perturbação psicopatológica no 3° mês do puerpério) a variável que melhor explica a variância observada na qualidade da conduta interactiva da mãe 3 meses depois do parto, é o estatuto matrimonial da mãe, o qual é responsável por 25% da variância observada nos resultados obtidos pelas mães nas escalas de interacção IRS (*Adjusted Rsquare* 0.25344, Beata 0.547813, T= 2.536, p< 0.05).

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe 6 meses depois do parto

Quando, antes de mais, procuramos avaliar quais as variáveis capazes de independente contribuir para a explicação da qualidade da conduta interactiva da mãe 6 meses depois do parto, verificamos, através da análise de regressão linear simples, que a presença-gravidade da depressão materna no 3° mês do puerpério, era por si só responsável por 50% da variância observada nos resultados relativos à qualidade da conduta interactiva materna 6 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.50496, Beta= -0.701861, T= -6.698, p< 0.001).

No entanto, os resultados da análise de regressão múltipla (ver Quadro 53) indicam que o modelo de regressão que considera a qualidade da conduta interactiva da mãe na interacção com o bebé 3 meses após o parto, é aquele que melhor explica a qualidade da conduta interactiva materna aos 6 meses de idade do bebé, quando todas as variáveis em estudo são consideradas, sendo por si só responsável por 47% da variância nos resultados da avaliação da conduta interactiva da mãe, 6 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.47418, p< 0.001).

Logo que a qualidade da conduta interactiva da mãe foi considerada, nenhuma das restantes variáveis em estudo — presença de depressão pós-parto no 3°/6° mês do puerpério, classe social da família, nível ocupacional da mãe, nível educacional da mãe, sexo do bebé, tipo de cuidados prestados ao bebé, estatuto matrimonial, sintomatologia depressiva materna aos 3 meses e aos 6 meses, preocupação materna aos 3 e aos 6 meses, cuidados maternos aos 3 e aos 6 meses, nível de desenvolvimento aos 3 e aos 6 meses, conduta interactiva do bebé aos 3 meses, dificuldades do bebé aos 3 e aos 6 meses, e nível de desenvolvimento do bebé — é susceptível de introduzir qualquer variação significativa nos resultados relativos à qualidade da conduta interactiva materna 6 meses depois do parto.

Quadro 53
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe 6 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
im3	0.47418	25.34796	***	1	0.702603	5.035	***

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Os resultados da análise de regressão múltipla levada a cabo sobre os resultados relativos à qualidade da conduta interactiva junto das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério indicam que (ver Quadro 54) o modelo de regressão múltipla que considera, simultaneamente, o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade e o ajustamento matrimonial, é aquele que melhor explica a qualidade da conduta interactiva materna aos 6 meses de idade do bebé, sendo que estas duas variáveis são conjuntamente responsáveis por 59% da variância nos resultados da avaliação da conduta interactiva das mães do grupo experimental (*Adjusted Rsquare*= 0.58836 p< 0.01). Quando o nível de desenvolvimento do bebé e o ajustamento conjugal materno são considerados nenhuma das restantes variáveis em estudo — ou seja, presença de depressão no 6° mês do puerpério, classe social da família, nível ocupacional da mãe, nível educacional da mãe, sexo do bebé, tipo de cuidados prestados ao bebé, estatuto matrimonial, sintomatologia depressiva materna aos 3 meses e aos 6 meses, preocupação materna aos 3 e aos 6 meses, cuidados maternos aos 3 e aos 6 meses, nível de desenvolvimento aos 6 meses e dificuldades do bebé aos 3 e aos 6 meses — é susceptível de introduzir qualquer variação significativa nos resultados relativos à qualidade da conduta interactiva materna 6 meses depois do parto.

O nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade foi ainda assim o melhor preditor da qualidade da conduta interactiva das mães do grupo experimental 6 meses a seguir ao parto, pois por si só é responsável por 35% da variância nos

resultados relativos à conduta interactiva materna 6 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.34913, p< 0.05).

Junto das mães do grupo de controlo, 29% da variância observada na qualidade da conduta interactiva das mães 6 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.29271, p< 0.05) pode ser prevista se tivermos em conta a qualidade da conduta interactiva da mãe 3 meses depois do parto (Beta= 0.582974, T= 2.685, p< 0.05).

Quadro 54
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe 6 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
nb3	0.34913	6.90057	*	1	0.847527	4.049	**
+ am	0.58836	8.86104	**	2	-0.546246	-2.610	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe 12 meses depois do parto

A análise de regressão múltipla levada a efeito para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe na interacção com o bebé 12 meses depois do parto indica, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 55), que o melhor preditor da qualidade da conduta interactiva da mãe com o bebé é a qualidade da interacção mãe-bebé observada aos 3 meses de idade do bebé, sendo a mesma responsável por 48% da variância nos resultados relativos à qualidade da conduta interactiva da mãe aos 12 meses de idade do bebé, quando todas as mães da amostra são englobadas na análise (*Adjusted Rsquare*= 0.47716, p< 0.001; Beta= 0.704645, T= 5.064, p< 0.001).

Mesmo assim, o modelo que considera a qualidade da interacção precoce mãe-bebé e o estatuto matrimonial da mãe é o melhor modelo para explicar a qualidade da conduta interactiva da mãe com o bebé na idade de 12 meses do bebé, sendo responsável por 57% da variância observada na variável dependente em análise (*Adjusted Rsquare*= 0.57399, p< 0.001).

Quando estas duas variáveis são consideradas na equação de regressão, as restantes variáveis não são susceptíveis de introduzir qualquer variação significativa nos resultados relativos à qualidade da conduta interactiva das mães 12 meses depois do parto.

Saliente-se, no entanto, que a presença de depressão no 3° mês do puerpério foi por si só responsável por 45% da variância observada na conduta interactiva da

mãe no 12° mês do puerpério, quando foi considerada isoladamente na equação de regressão (*Adjusted Rsquare*= 0.45286, p< 0.001; Beta= -0.682558, T= -6.698, p< 0.001).

Quadro 55
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe 12 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
irs3	0.47716	25.64111	***	1	0.704645	5.064	***
+ em	0.57399	19.18962	***	2	-3.68060	-2.629	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando se consideraram estas mesmas variáveis para explicar a qualidade da conduta interactiva junto das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, verificámos que, 12 meses depois do parto, 48% da variância observada na qualidade da conduta interactiva das mães do grupo experimental pode ser explicada tendo em conta a presença de depressão clínica na mãe no 12° mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.48276, Beta= -0.727860, T= -3.357, p< 0.01). Quando a presença de depressão na mãe no 12° mês do puerpério foi considerada na equação de regressão mais nenhuma das variáveis em estudo introduziu qualquer variação significativa nos resultados das mães relativos à qualidade da sua conduta interactiva com o bebé 12 meses depois do parto, como se conclui da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 56).

Quadro 56
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva da mãe 12 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
d12	0.48276	11.26667	**	1	-0.727860	-3.357	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No grupo de controlo verificamos que o modelo que considera a presença de sintomatologia depressiva materna 6 meses depois do parto (Beta= -0.745665, T= -6.166, p< 0.001), as dificuldades comportamentais do bebé aos 6 meses de idade (Beta= -0.721799, T= -5.590, p< 0.001), a preocupação materna com o bebé no 3° mês do puerpério (Beta= -0. 359280, T= -2.752, p< 0.05) e a idade da mãe (Beta= -0.339419, T= -2.659, p< 0.05) é susceptível de explicar 82% da variância observada 12 meses depois do parto na conduta interactiva das mães que não apresentavam perturbação psicopatológica no 3° mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.81467, p< 0.001). Sendo que o melhor preditor da qualidade da conduta interactiva materna 12 meses depois do parto no grupo das mães que não apresentava perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério é a grandeza da sintomatologia depressiva apresentada pela

mãe no 6° mês do puerpério, por si só responsável por 40% da variância observada na variável dependente em estudo (*Adjusted Rsquare*= 0.39808, p< 0.01).

Modelo para predizer os cuidados prestados pela mãe e ambiente de cuidados do bebé aos 3 meses de idade

Muito embora a presença de depressão 3 meses depois do parto seja por si só responsável por 8% da variância na qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 3 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.8404, Beta= -0.320517, T= -2.344, p< 0.05), quando se considera, isoladamente, a presença-gravidade da depressão materna no 3° mês do puerpério, temos explicada 14% da variância nos resultados da avaliação dos cuidados prestados ao bebé, 3 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.13597, Beta = -0.391917, T= -2.951, p< 0.01).

Mesmo assim, os resultados da análise de regressão múltipla levada a efeito para predizer a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 3 meses de idade junto de todas as mães do estudo, indicam que, como consta do quadro colocado na página seguinte (ver Quadro 57), 81% da variância (*Adjusted RSquare*= 0.81012, p< 0.001) dos resultados do questionário Home administrado às mães aos 3 meses de idade do bebé, pode ser prevista a partir do modelo de regressão múltipla que inclui o nível ocupacional da mãe (Beta= -0.493819, T= -5.531, p< 0.001), a presença-gravidade da depressão da mãe 3 meses após o parto (Beta= -0.713931, T= -5.131, p< 0.001), a qualidade da interacção mãe-bebé aos 3 meses de idade do bebé (Beta= -0.567416, T= -4.157, p< 0.001), o ajustamento conjugal materno (Beta= -0.259141, T= -2.900, p< 0.01), as dificuldades comportamentais do bebé aos 3 meses de idade (Beta= -0.322913, T= -3.532, p< 0.01), e os cuidados providenciados pelo pai ao bebé (Beta= -0.256008, T= -2.982, p< 0.01). O nível ocupacional da mãe revelou ser o melhor preditor da qualidade dos cuidados prestados pela mãe, 3 meses depois do parto, pois é por si só responsável por 35% da variância observada na variável dependente analisada (*Adjusted Rsquare*= 0.34764, Beta= -0.609051, T= -3.990, p< 0.001).

Nenhuma das restantes variáveis independentes em estudo — como seja, nível educacional da mãe, idade da mãe, classe social da família, tipo de cuidados prestados ao bebé, estatuto matrimonial da mãe, sexo do bebé, qualidade da conduta interactiva da mãe aos 3 meses, preocupação materna aos 3 meses, nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses — mostrou ter poder de predição significativo na qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 3 meses de idade, quando se considera o poder determinante das variáveis acima discriminadas.

Quadro 57
Modelo para predizer os cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 3 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 51)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
nom	0.34764	15.92137	***	1	-0.493819	-5.531	***
+ gr3	0.49957	14.97584	***	2	-0.713931	-5.131	***
+ irs3	0.61821	16.11300	***	3	-0.567416	-4.157	***
+ am	0.68160	15.98463	***	4	-0.259141	-2.900	**
+ db3	0.74496	17.35700	***	5	-0.322913	-3.532	**
+ cp	0.81012	20.90981	***	6	-0.256008	-2.982	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando, no grupo experimental — isto é, junto das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto — se consideraram as mesmas variáveis para explicar a qualidade dos cuidados prestados ao bebé 3 meses depois do parto, verificamos que não é o nível ocupacional da mãe, mas sim o seu nível educacional, a variável independente que melhor explica os cuidados prestados ao bebé, pois é por si só responsável por 48% da variância observada nos cuidados prestados ao bebé pelas mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério. Quando o nível educacional das mães com depressão pós-parto é considerado nenhuma das restantes variáveis é susceptível de aumentar a explicação da qualidade dos cuidados providenciados ao bebé conseguida quando se tem em conta o nível educacional da mãe (*Adjusted Rsquare*= 0.48398, p< 0.01; Beta= -0.728624, T= -3.364, p< 0.01).

No grupo de controlo — i.e., junto das mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério — o modelo que considera isoladamente as dificuldades desenvolvimentais do bebé (Beta= -0.699451, T= -3.790, p< 0.01) é o melhor modelo para explicar os cuidados prestados ao bebé, pois permite prever 46% da variância nos resultados relativos à qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 3 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.45518, p< 0.01), sendo que quando se considera esta variável o nível ocupacional da mãe, assim com as restantes variáveis em estudo, não faz parte da equação de regressão.

Modelo para predizer os cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 6 meses de idade

Aos 6 meses de idade do bebé, 64% da variância observada na qualidade dos cuidados prestados ao bebé (*Adjusted Rsquare*= 0.64379, p< 0.001) pode ser prevista se, tal como se assinala no quadro seguinte (veja Quadro 58), considerarmos conjuntamente a qualidade dos cuidados prestados ao bebé 3 meses depois do parto

(Beta= 0.379793, T= 2.504, p< 0.05), a qualidade da conduta do bebé na interacção com a mãe aos 6 meses de idade (Beta= 0.395570, T= 3.134, p< 0.01) e o nível educacional da mãe (Beta= -0.304679, T= -2.170, p< 0.05).

Saliente-se, no entanto, que a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, quando tomada isoladamente, é responsável por 21% da variância observada nos resultados do questionário Home administrado aos 6 meses do bebé (*Adjusted Rsquare*= 0.20869, Beta = -0.475678, T= -3.587, p< 0.001). Mas, a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao bebé pode ser melhor prevista quando se considera a presença e gravidade da depressão pós-parto, sendo que 25% da variância observada na qualidade dos cuidados prestados ao bebé aos 6 meses de idade é devida à presença e gravidade da depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.24075, Beta= -0.507567, T= -3.908, p< 0.001).

No entanto, quando na equação de regressão são consideradas, simultaneamente, a qualidade dos cuidados prestados na idade de 3 meses do bebé, a qualidade da conduta do bebé na interacção com a mãe aos 6 meses de idade e o nível educacional da mãe, nenhumas das restantes variáveis em estudo é susceptível de aumentar significativamente o poder de explicação conseguido por essas variáveis sobre a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 6 meses de idade junto da amostra total do estudo.

Quadro 58
Modelo para predizer os cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 6 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig. T
cm3	0.48922	26.86012	1	***	0.379793	2.504	*
+ ib6	0.59094	20.50281	2	***	0.395570	3.134	**
+ nem	0.64379	17.26580	3	***	-0.304679	-2.170	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Aos 6 meses de idade do bebé, o melhor modelo para explicar a qualidade dos cuidados prestados ao bebé das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério é aquele que considera o nível educacional da mãe, o qual é responsável por 50% da variância observada na qualidade dos cuidados prestados ao bebé (*Adjusted Rsquare*= 0.49541, p< 0.01; Beta= -0.735718, T= -3.435, p< 0.01).

Quando as mesmas variáveis foram consideradas junto das mães do grupo de controlo, verificamos que o melhor modelo para explicar a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 6 meses de idade, é aquele que considera conjuntamente o nível ocupacional da mãe (Beta= -0.823732, T= -6.344, p< 0.001) e o estatuto matrimonial da mãe (Beta= -0.381410, T= -2.937, p< 0.05), o qual é responsável por 75% da variância

observada nos cuidados prestados ao bebé (*Adjusted Rsquare*= 0.74821, p< 0.001), sendo que o nível ocupacional é, por si só, responsável por 61% da variância observada nos resultados relativos aos cuidados providenciados pelas mães sem perturbação psicopatológica durante o puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0. 61104, p< 0.001).

Modelo para predizer os cuidados prestados ao bebé aos 12 meses de idade

A análise de regressão múltipla levada a efeito para predizer a qualidade dos cuidados providenciados ao bebé de um ano de idade, indica que, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 59), o melhor modelo para explicar os resultados relativos à terceira administração do inventário Home é o modelo que considera o nível ocupacional da mãe como o melhor preditor da qualidade dos cuidados prestados ao bebé, e lhe associa — a presença de depressão pós-parto no 3° e 6° mês do puerpério, o nível educacional da mãe, o nível de desenvolvimento do bebé aos 12 meses de idade e a presença e gravidade da depressão materna 12 meses depois do parto. Este modelo explica 87% (*Adjusted Rsquare*= 0.86599, p< 0.001) da variância observada na qualidade da prestação de cuidados ao bebé de 12 meses de idade (VD); e, quando as variáveis nele considerado entram na equação de regressão, as restantes variáveis em estudo não são susceptíveis de introduzir qualquer variação significativa nos resultados do inventário Home administrado às mães 12 meses depois do parto.

Quando, se considera a previsão da qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 12 meses de idade, a partir da gravidade da sintomatologia depressiva materna no 3° mês do puerpério, verifica-se que a mesma é responsável por 16% da variância observada nos resultados do inventário Home aos 12 meses de idade do bebé (*Adjusted Rsquare* = 0.15550, Beta = -0.417964, T= -3.017, p< 0.01); encontra-se ainda que a presença de depressão pós-parto, quando tomada isoladamente, é por si só responsável por 11% da variância observada nos cuidados prestados ao bebé de um ano de idade (*Adjusted Rsquare* = 0.108050, p< 0.05; Beta = -0.317964, T= -2.521, p< 0.05).

Quadro 59
Modelo para predizer os cuidados prestados ao bebé aos 12 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
nom	0.53210	31.70465	***	1	-0.941944	-7.314	***
+ d6	0.75182	41.89511	***	2	-0.554380	-5.882	**
+nem	0.80787	38.84426	***	3	0.3440531	2.635	*
+nb12	0.84194	36.95496	***	4	0.209609	2.782	*
+gr12m	0.86599	35.89536	***	5	-0.215235	-2.264	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No grupo experimental, o melhor modelo para predizer a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 12 meses de idade é aquele que considera, simultaneamente, a classe social da família, a presença de depressão no 6º mês do puerpério e a preocupação da mãe com o bebé 3 meses depois do parto. Com efeito, tal como se assinala no quadro seguinte (ver Quadro 60), estimou-se que 86% da variância observada na qualidade dos cuidados providenciados aos bebés de 12 meses de idade pelas mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.85530, p< 0.001) pode ser explicada se tivermos em conta a classe social da família (Beta= 1.256548, T= 6.876, p< 0.001), a manutenção da depressão 6 meses depois do parto (Beta= -0.546550, T= -3.886, p< 0.01) e a preocupação manifesta pela mãe para com o bebé no 3º mês do puerpério (Beta= 0.407736, T= 2.427, p< 0.05).

Junto das mães que não se encontravam deprimidas no 3º mês do puerpério, quando se teve em conta o nível ocupacional da mãe (Beta= -0.812952, T= -8.735, p< 0.001) e a presença de depressão 6 meses após o parto (Beta= -0.321963, T= -3.459, p< 0.01) foi possível explicar 88% da variância nos cuidados prestados ao bebé, ao ano de idade (*Adjusted Rsquare* = 0.87805, p< 0.001).

Quadro 60
Modelo para predizer os cuidados prestados ao bebé aos 12 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
csf	0.54060	13.94419	**	1	0.771625	6.340	***
+ d6	0.76045	18.45964	***	2	-0.686465	-4.871	**
+ pm3	0.85530	48.09635	***	3	-0.386581	-2.627	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer a preocupação materna com o bebé 3 meses depois do parto

A análise de regressão múltipla levada a efeito para estudar as variáveis independentes determinantes da preocupação da mãe com o bebé observada 3 meses depois do parto (VD) indica que a presença e gravidade da depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (VI) é o melhor preditor da preocupação materna para com o bebé de 3 meses de idade, dado que esta variável explica por si só 32% da variância observada nos resultados da parte II do questionário QMAC administrado às mães 3 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.32018, p< 0.001).

No entanto, o modelo que melhor explica a preocupação da mãe com o bebé é aquele que considera não só a presença e gravidade da depressão 3 meses após o parto, mas ainda o nível educacional da mãe, tal como consta do quadro seguinte (ver

Quadro 61), pois é responsável por 46% da variância observada na preocupação materna avaliada na amostra total do estudo, 3 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.45987, p< 0.001).

Quadro 61
Modelo para predizer a preocupação materna com o bebé 3 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
gr3	0.32018	14.18709	***	1	-0.575225	-4.140	***
+ nem	0.45987	12.91960	***	2	-0.392595	-2.825	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Os resultados obtidos indicam ainda que a presença e gravidade da depressão da mãe 3 meses após o parto e o baixo nível educacional permitem predizer negativamente a presença de preocupação materna com o bebé de 3 meses de idade; sendo que, quando a presença e gravidade da depressão pós-parto e o nível educacional da mãe entram na equação de regressão, as restantes variáveis independentes consideradas — nomeadamente a presença de depressão pós-parto que, por si só, é responsável por 23% da variância observada na variável dependente — não interferem significativamente na variância já explicada nos resultados relativos à preocupação materna 3 meses depois do parto.

A análise de regressão linear evidenciou, por sua vez, que a presença de depressão é por si só responsável por 23% (*Adjusted Rsquare*= 0.23346, p< 0.001; Beta= 0.499104, p< 0.001) da variância observada na preocupação das mães da amostra com o bebé de 3 meses, assim como que, quando se considera a presença-gravidade da depressão pós-parto, tem-se explicada 35% (*Adjusted Rsquare*= 0.35066, p< 0.001; Beta= 0.499104, p< 0.001) da variância da preocupação materna com o bebé no 3° mês do puerpério.

Quando, para explicar a preocupação da mãe com o bebé 3 meses depois do parto junto das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, se consideraram as mesmas variáveis, verificamos que o modelo que melhor explica a preocupação materna com o bebé no grupo experimental é aquele que considera a gravidade da depressão pós-parto, pois é responsável por 37% da variância nos resultados, sendo que quando se considera a gravidade da depressão materna na equação de regressão, os efeitos das restantes variáveis estudadas não são significativos (*Adjusted Rsquare*= 0.37323, p< 0.001; Beta= -0.655906, T= -2.748, p< 0.05).

No grupo de controlo — i.e., junto das mães que não apresentavam perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério — nenhuma das variáveis consideradas foi susceptível de explicar significativamente a grandeza da preocupação materna com o bebé 3 meses depois do parto.

Modelo para predizer a preocupação materna com o bebé 6 meses depois do parto

Enquanto que a presença de depressão no 3° mês do puerpério permite, quando tomada isoladamente, explicar 25% da variância observada na preocupação materna com o bebé 6 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.24732, Beta= -0.513850, T= -3.973, p< 0.001), a presença e gravidade da depressão no 3° mês do pós-parto, permite, por si só, explicar 28% da variância observada nos resultados da parte II do questionário QMAC, administrado às mães da amostra 6 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.28412, Beta= -0.547747, T= -4.343, p< 0.001).

No entanto, o melhor modelo para predizer a grandeza da preocupação da mãe com o bebé 6 meses depois do parto é aquele que considera a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade (Beta= 0.616773, T= 3.995, p< 0.001) e é responsável por 36% da variância observada na preocupação da mãe com o bebé junto das mães da amostra em estudo (*Adjusted Rsquare*= 0.35658, p< 0.001), como pode concluir da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 62).

Quadro 62
Modelo para predizer a preocupação materna com o bebé 6 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
ib3	0.35658	15.96320	***	1	0.616773	3.995	***

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade é considerada, nenhuma das restantes variáveis independentes em estudo — como seja, a presença e/ou a gravidade da depressão materna aos 3 meses, o nível ocupacional da mãe, o nível educacional da mãe, a idade da mãe, a classe social da família, o tipo de cuidados prestados ao bebé, o estatuto matrimonial da mãe, o ajustamento conjugal da mãe, o sexo do bebé, a qualidade da conduta interactiva da mãe e mãe-bebé aos 3 meses e aos 6 meses, a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 6 meses de idade, os cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 3 meses e aos 6 meses, o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses e aos 6 meses e as dificuldades

desenvolvimentais do bebé aos 6 meses — introduz qualquer variação significativa nos resultados da preocupação materna com o bebé 6 meses depois do parto.

Junto das mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, apenas o nível de desenvolvimento do bebé na idade de 6 meses permite predizer positiva e significativamente a preocupação da mãe com o bebé 6 meses depois do parto. O nível de desenvolvimento do bebé na idade de 6 meses é, no grupo experimental, por si só responsável por 46% da variância observada na preocupação materna com o bebé de 6 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.45885, p< 0.01; Beta= 0.712776, T= 3.214, p< 0.01).

Quando se consideraram as mesmas variáveis para, junto das mães sem perturbação psiquiátrica assinalável no 3º mês do puerpério, procurar explicar a preocupação das mães com o bebé de 6 meses de idade, verificamos que o estatuto matrimonial da mãe explicava por si só 42% da variância observada nos resultados do questionário relativo à preocupação materna e que, quando é considerado o estatuto matrimonial da mãe, nenhuma das outras variáveis em estudo introduz qualquer variância significativa nos resultados (*Adjusted Rsquare*= 0.41749, p< 0.01; Beta= 0.675521, T= 3.428, p< 0.01).

Modelo para predizer a preocupação materna com o bebé 12 meses depois do parto

Considere-se, em primeiro lugar, que 8% da variância nos resultados relativos à preocupação com o bebé observada junto das mães da amostra e avaliada 12 meses depois do parto pode ser atribuída à presença de depressão no 3º mês do pós-parto (Adjusted Rsquare= 0.08457, Beta= 0.324611, T= 2.250, p< 0.05) e que 14% da mesma variância pode ser explicada se tivermos em conta a presença e gravidade da depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.14208, Beta= -0.401969, T= -2.879, p< 0.05).

Mesmo assim, como pode concluir da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 63), o modelo que melhor explica a preocupação da mãe com o bebé no 12º mês do puerpério, quando se tomam em conta todas as mães da amostra em estudo, é aquele que considera simultaneamente a qualidade dos cuidados providenciados ao bebé aos 3 meses de idade (Beta= 0.297916, T= 2.344, p< 0.05), a presença de dificuldades comportamentais do bebé aos 6 meses de idade (Beta= 0.671382, T= 6.127, p< 0.001), a gravidade da sintomatologia depressiva da mãe 12 meses após o parto (Beta= -0.293544, T=-2.665, p< 0.05), o nível educacional da mãe (Beta= -0.499163, T= -3.997, p<

0.001) e a qualidade da conduta interactiva da mãe com o bebé um ano depois do parto (Beta= 0.319744, T= 2.934, p< 0.01). Este modelo é responsável por 74% da variância observada na preocupação materna com o bebé, avaliada 12 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.74389, p< 0.001)

Quadro 63
Modelo para predizer a preocupação materna com o bebé 12 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
cm3	0.28486	11.75467	**	1	0.297916	2.344	*
+ db6	0.45502	12.27143	***	2	0.671382	6.127	***
+ epds12	0.54800	11.91166	***	3	-0.293544	-2.665	*
+ nem	0.65920	14.05611	***	4	-0.499163	-3.997	***
+ im12	0.74389	16.68470	***	5	0.319744	2.934	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando se consideraram apenas as mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, verificámos que, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 64), o modelo que permite explicar melhor a preocupação da mãe com o bebé aos 12 meses de idade, é o modelo que considera simultaneamente, a presença e gravidade da depressão pós-parto da mãe (Beta= -0.659251, T= -5.693, p< 0.001), a gravidade da sintomatologia depressiva pós-parto da mãe (Beta= -0.602725, T= -5.038, p< 0.001) e a presença de dificuldades na relação conjugal da mãe (Beta= 0.379493, T= 3.219, p< 0.001) e é responsável por 87% da variância observada nos resultados do questionário QMAC administrado no 12° mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.86532, p< 0.001), sendo que a presença e gravidade da depressão materna 3 meses após o parto são por si só responsáveis em 73% da variância observada na preocupação da mãe com o bebé de 12 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.72525, p< 0.001).

Quadro 64
Modelo para predizer a preocupação da mãe com o bebé 12 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
gr3	0.50320	12.14188	**	1	-0.659251	-5.693	***
epds3	0.72525	15.51826	**	2	-0.602725	-5.038	***
am	0.86532	24.55821	***	3	0.379493	3.219	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No grupo de controlo observamos que o nível educacional da mãe é responsável por 27% da variância averiguada na preocupação da mãe com o bebé 12 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.27386; Beta= -0.567770, T= -2.581, p< 0.05) e que quando é considerado, mais nenhuma das variáveis susceptíveis de explicar a

preocupação da mãe com o bebé, introduz qualquer variação significativa na variância explicada pelo nível educacional.

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé 3 meses depois do parto

A análise de regressão linear levada a efeito para avaliar a importância das variáveis independentes consideradas no estudo para a predição da qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade indica que o melhor preditor (VI) da qualidade da conduta interactiva do bebé na interacção com a mãe aos 3 meses de idade (VD), é a presença e gravidade da depressão materna 3 meses após o parto (Beta= -0.675309, T= -5.795, p< 0.001), a qual é responsável por 54% da variância observada nos resultados da avaliação da qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.54003, p< 0.001). Mesmo assim, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 65), o modelo que considera simultaneamente a presença e gravidade da depressão materna e o estatuto matrimonial da mãe, é o melhor modelo para explicar a qualidade da conduta interactiva do bebé 3 meses depois do parto, já que dá conta de 64% da variância dos resultados relativos à conduta interactiva dos bebés da amostra na idade de 3 meses (*Adjusted Rsquare*= 0.63677, p< 0.001).

As restantes variáveis independentes igualmente consideradas na análise de regressão múltipla não mostraram ter determinação significativa na qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade, quando a presença e gravidade da depressão pós-parto e o estatuto matrimonial da mãe fazem parte da equação.

Quando é tomada isoladamente, a presença de depressão pós-parto da mãe no 3° mês do pós-parto é por si só responsável por 41% da variância observada na qualidade da conduta interactiva dos bebés da amostra, ao ano de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.41256; Beta= -0.653108, T= -5.522, p< 0.001).

Quadro 65
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé 3 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
gr3	0.54003	33.87306	***	1	-0.675309	-5.795	***
+ em	0.63677	25.54262	***	2	0.333539	2.862	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando se consideraram as mesmas variáveis para explicar a qualidade interactiva dos bebés, aos 3 meses de idade, do grupo experimental — i.e., junto dos bebés das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto — verificámos que nenhuma das variáveis independentes consideradas era susceptível de explicar a variável dependente estudada.

Tal como aconteceu na previsão da qualidade da conduta interactiva da mãe, no grupo de controlo, a variável que melhor explica a variância nos resultados relativos à qualidade da conduta interactiva do bebé neste grupo, é o estatuto matrimonial da mãe (*Adjusted Rsquare*= 0.31838, p< 0.05). O estatuto matrimonial da mãe (Beta= 0.736000, T= 3.769, p< 0.05) conjuntamente com a gravidade da sintomatologia depressiva materna (Beta= -0.422124, T= -2.162, p< 0.001) são, por sua vez, responsáveis por 45% da variância nos resultados relativos à qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade junto das mães sem perturbação psicopatológica assinalável (*Adjusted Rsquare*= 0.45245, p< 0.001).

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé 6 meses depois do parto

Enquanto que a análise de regressão linear simples mostrou que 44% da variância observada na qualidade da conduta interactiva do bebé da amostra pode ser significativamente explicada, aos 6 meses de idade, quando se considera a presença de depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.44125, Beta= 0.673545, T= 6.045, p< 0.001), a análise de regressão múltipla, que considerou todas variáveis independentes já apresentadas, mostrou que a qualidade da conduta interactiva dos bebés aos 6 meses de idade pode ser melhor prevista quando se tem em conta a presença de depressão pós-parto da mãe (Beta= -0.362686, T= -2.393, p< 0.05), o ambiente de cuidados avaliado aos 6 meses de idade do bebé (Beta= 0.410148, T= 2.822, p< 0.01) e o sexo do bebé (Beta= 0.308173, T= 2.305, p< 0.05).

Com efeito, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 66), o modelo que considera a presença de depressão 3 meses depois do parto, a qualidade do ambiente de cuidado de casa e o sexo do bebé aos 6 meses, é responsável por 56% da variância dos resultados relativos à conduta interactiva do bebé, na interacção com a mãe aos 6 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.56225, p< 001). Quando estas variáveis foram consideradas, mas nenhuma das variáveis em estudo mostrou aumentar poder explicativo conseguido.

Quadro 66
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé 6 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
d3	0.39363	18.52734	***	1	-0.362686	-2.393	*
+ cm6	0.48673	13.80196	***	2	0.410148	2.822	**
+ sb	0.56225	12.55976	***	3	0.308173	2.305	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Nenhuma das variáveis independentes em estudo foi susceptível de explicar significativamente a qualidade da conduta interactiva do bebé, aos 6 meses de idade, no grupo de mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério.

Quando se consideraram as mesmas variáveis para explicar a qualidade interactiva dos bebés de 6 meses de idade do grupo de controlo, isto é junto dos bebés das mães da amostra que não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do pós-parto, verificámos que 32% da variância observada podia ser explicada se tivéssemos em conta a sintomatologia depressiva materna no 6° mês do puerpério, única variável que mostrou ter um poder de predição significativo na variável dependente em análise (*Adjusted Rsquare*= 0.32269, Beta= -0.606504, T= -2.854, p< 0.05).

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé 12 meses depois do parto

Quando se considera isoladamente a presença da depressão pós-parto no 3° mês do puerpério consegue-se explicar 50% da variância nos resultados relativos à avaliação da qualidade da conduta interactiva do bebé aos 12 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.49745, Beta = -0.713732, T= -6.525, p< 0.001).

No entanto, como consta do quadro da página seguinte (ver quadro 67), o melhor modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé 12 meses depois do parto — quando se consideram todas as variáveis susceptíveis de explicar a qualidade da conduta interactiva do bebé de 12 meses de idade — consiste em considerar não só a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (Beta= -0.373615, T= -2.672, p< 0.05), mas ainda o estatuto matrimonial da mãe (Beta= -0.230750, T= -3.298, p< 0.01), as dificuldades comportamentais do bebé na idade de 12 meses (Beta= 0.470124, T= 6.312, p< 0.001), os cuidados prestados pelo pai ao bebé (Beta=

0.221387, T= 2.970, p< 0.01), as dificuldades comportamentais do bebé na idade de 6 meses de idade (Beta= -0.221387, T= -3.487, p< 0.01), a sintomatologia depressiva materna 3 meses depois do parto (Beta= -0.441189, T= -3.202, p< 0.01), o desenvolvimento motor do bebé aos 3 meses de idade (Beta= -0.218626, T= -3.182, p< 0.01) e as dificuldades comportamentais do bebé na idade de 3 meses (Beta= -0.186260, T= 2.541, p< 0.05). Assim se prevê 89% da variância nos resultados relativos à conduta interactiva do bebé avaliada na interacção com a mãe ao ano de idade deste.

A presença de depressão pós-parto materna no 3° mês do puerpério é mesmo assim o melhor preditor da qualidade da conduta interactiva do bebé, aos 12 meses de idade, pois é responsável por 58% da variância observada nos resultados obtidos nas escalas IRS pelos bebés da amostra, quando todas as variáveis em estudo são consideradas (*Adjusted Rsquare*= 0.58188, p< 0.001).

Quadro 67
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé 12 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
d3	0.58188	38.57472	***	1	-0.373615	-2.672	*
+ em	0.63724	24.71427	***	2	-0.230750	-3.298	**
+ db12	0.68251	20.34737	***	3	0.470124	6.312	***
+ cp	0.73141	19.38088	***	4	0.221387	2.970	**
+ db6	0.77683	19.79629	***	5	-0.246845	-3.487	**
+ epds3	0.82608	22.37333	***	6	-0.441189	-3.202	**
+ nbmot3	0.85840	24.38295	***	7	-0.218626	-3.182	**
+ db3	0.88876	27.96386	***	8	-0.186260	-2.541	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No grupo experimental — composto pelas mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério — observou-se que as dificuldades comportamentais do bebé na idade de 12 meses (Beta= 0.618266, T= 2.233, p< 0.05) e o tipo de cuidados providenciados ao bebé durante o primeiro ano de vida (Beta= 0.512806, T= 2.682, p< 0.05) contribuíam, em conjunto, para explicar 60% da variância observada na qualidade da conduta interactiva dos bebés aos 12 meses de idade (*Adjusted RSquare*= 0.59840, p< 0.01), tal como consta do quadro abaixo (ver Quadro 68)

Quadro 68
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 12 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
db12	0.34978	6.91742	*	1	0.618266	2.233	*
cb	0.59840	9.19508	**	2	0.512806	2.682	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No grupo dos bebés das mães que não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 3º mês do puerpério, 75% da variância observada na qualidade da conduta interactiva do bebé de 12 meses de idade (*Adjusted RSquare*= 0.75037, p< 0.001) pôde ser explicada quando se considerou o estatuto matrimonial da mãe (Beta= -1.175717, T= -6.691, p< 0.001) e a qualidade da interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto (Beta= 0.994844, T= 5.662, p< 0.001).

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 3 meses depois do parto

A análise de regressão linear levada a efeito para identificar a variável independente que por si só conseguisse explicar uma maior percentagem da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé na idade de 3 meses do bebé (VD) indica que o melhor preditor (VI) para a mesma é a presença e gravidade da depressão materna 3 meses após o parto, variável que é por si só responsável por 65% da variância nos resultados da avaliação da qualidade da interacção mãe-bebé (*Adjusted RSquare*= 0.65226, p< 0.001, Beta= 0.812007, p< 0.001).

Quando, para explicar a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 3 meses depois do parto, se consideraram todas as variáveis em estudo, junto de todas as mães da amostra — mães que desenvolveram ou não depressão no 3º mês do pós-parto —, verificámos que, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 69), 70% da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto se deve ao modelo que considera simultaneamente a presença de depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e o estatuto matrimonial da mãe (*Adjusted RSquare*= 0.70082, p< 0.001). As restantes variáveis independentes consideradas — o nível ocupacional da mãe, o nível educacional da mãe, a idade da mãe, a classe social da família, o tipo de cuidados prestados ao bebé, o ajustamento conjugal da mãe, o sexo do bebé, a qualidade da conduta interactiva da mãe aos 3 meses, os cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 3 meses, a preocupação materna aos 3 meses, o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses, a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses, as dificuldades desenvolvimentais do bebé aos 3 meses, os cuidados prestados pelo pai ao bebé, a qualidade da interacção mãe-bebé aos 3 meses — não se mostraram preditores significativos da variável dependente agora analisada, quando a depressão materna e o estatuto matrimonial da mãe são considerados na equação de regressão.

Enquanto que no grupo experimental nenhuma das variáveis independentes em estudo foi susceptível de explicar significativamente a qualidade da interacção mãe-bebé aos 3 meses de idade do bebé, no grupo de controlo, verificou-se que o estatuto

matrimonial da mãe (Beta= 0.677260, T= 3.565, p< 0.01) era responsável por 42% da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé observada (*Adjusted Rsquare*= 0.42259, p< 0.01).

Quadro 69
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 3 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
d3	0.64105	51.00424	***	1	-0.747223	-7.037	***
em	0.70082	33.79417	***	2	0.268500	2.529	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 6 meses depois do parto

Quando foi considerada isoladamente, a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério foi por si só responsável por 51% da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé, avaliada 6 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare* = 0.50942, Beta = -0.721686, T= -6.757, p< 0.001); mesmo assim, a presença e gravidade da depressão pós-parto no 3° mês do puerpério foi por si só responsável por 55% da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé avaliada 6 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.54618, Beta = -0.746149, T= -7.263, p< 0.001).

No entanto, como pode averiguar da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 70), o modelo que melhor está capaz de predizer a qualidade da interacção mãe-bebé na idade de 6 meses, observada junto dos bebés da amostra em estudo, é aquele que considera a qualidade da interacção mãe-bebé aos 3 meses de idade do bebé (Beta= 0.573080, T= 4.471, p< 0.001), o sexo do bebé (Beta= 0.289735, T= 2.305, p< 0.01) e o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade (Beta= 0.289735, T= 2.245, p< 0.01) e é susceptível de explicar 61% da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé observada junto das mães e bebés da amostra (*Adjusted Rsquare*= 0.61188, p< 0.001).

Quadro 70
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 6 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
irs3	0.49126	27.07275	***	1	0.573080	4.471	***
sb	0.54917	17.44501	***	2	0.289735	2.305	*
nb3	0.61188	15.18841	***	3	0.289735	2.245	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Junto das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, averiguámos que considerar o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade era a melhor forma de explicar a qualidade da interacção mãe-bebé na idade de 6 meses do bebé (Beta= 0.581296, T= 2.259, p< 0.05), visto que esta variável foi responsável por 27% da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé (*Adjusted Rsquare*= 0.27170, p< 0.05).

Junto das mães que não se encontravam clinicamente deprimidas no 3° mês do pós-parto, averiguámos que a melhor forma de explicar a qualidade da interacção mãe-bebé 6 meses depois do parto era ter em conta a qualidade da conduta interactiva da mãe 3 meses depois do parto, a qual se mostrou responsável por 20% da variância observada no resultado total das escalas IRS (*Adjusted Rsquare*= 0.20363, Beta= 0.506673, T= 2.199, p< 0.05).

Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 12 meses depois do parto

A análise de regressão múltipla mostrou que a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério explica, por si só, 55% da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé observada 12 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.54856, Beta= -0.751851, T= -5.815, p< 0.001) e é não só a única variável susceptível de explicar a variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé 12 meses após o parto, como o modelo que apenas considera a depressão pós-parto materna é aquele que melhor explica a qualidade da interacção mãe-bebé que é observada 12 meses depois do parto., tal como se constata da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 71).

Quadro 71
Modelo para predizer a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 12 meses depois do parto
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
d3	0.54856	33.80853	***	1	-0.751851	-5.815	***

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando tomada isoladamente a presença de depressão pós-parto é por si só responsável por 51% da variância observada na qualidade da conduta interactiva

mãe-bebé, quando se consideraram todas as díades da amostra em estudo, ao ano de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.50699, p< 0.001; Beta= -0.720225, T= -5.815, p< 0.001).

Quando se consideraram todas as variáveis susceptíveis de explicar a qualidade interactiva mãe-bebé 12 meses depois do parto, junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, verificamos que 73% da variância (*Adjusted Rsquare* = 0.73007, p< 0.01) pode ser explicada quando se considera conjuntamente, a sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto (Beta= 0.43910, T= 5.303, p< 0.001) e o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 3 meses de idade (Beta= 0.564565, T= 3.432, p< 0.01), sendo que quando estas duas variáveis entram na equação de regressão, nenhuma das restantes ultrapassa o limiar de significância fixado em 0.05.

No grupo de controlo, o modelo que considera em simultâneo a sintomatologia depressiva materna 6 meses depois do parto (Beta= -0.355341, T= -3.002, p< 0.05), a presença de dificuldades comportamentais no bebé na idade de 6 meses (Beta= -0.430044, T= -4.766, p< 0.01), a idade da mãe (Beta= -0.357799, T= -3.349, p< 0.01), o estatuto matrimonial da mãe (Beta= -0.730218, T= -5.327, p< 0.001), a qualidade da interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto (Beta= 0.556141, T= 3.552, p< 0.001), e a preocupação da mãe com o bebé no 12° mês do puerpério (Beta= 0.207152, T= 2.265, p< 0.05), é aquele que melhor explica a qualidade da interacção mãe-bebé no 12° mês após o parto, sendo responsável por 91% da variância observada junto das mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (*Adjusted Rsquare* = 0.90618, p< 0.001).

2. Depressão Pós-parto e Repercussões adversas no Bebé

Neste ponto, como nos seguintes que se referem às repercussões adversas da depressão pós-parto da mãe sobre o bebé, será testada a hipótese 18 — que os bebés do sexo masculino das mães que se encontram deprimidas no 3° mês do puerpério exibem mais problemas de desenvolvimento, piores índices de desenvolvimento mental e de desenvolvimento motor e uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com o observador do que os bebés do sexo feminino das mães com depressão pós-parto. Para o efeito, será estudado, através do teste de Mann-Whitney *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças nos

resultados obtidos na parte I do questionário QMAC, nas escalas de desenvolvimento mental e desenvolvimento motor e de registo do comportamento do bebé de Bayley, no subgrupo dos rapazes e no subgrupo das raparigas das mães do grupo experimental.

Neste ponto, como nos seguintes que se referem às repercussões adversas da depressão pós-parto da mãe sobre o bebé, será igualmente analisada a hipótese 19. A hipótese 19 refere-se aos efeitos da intensidade e gravidade da depressão materna e define que — quanto mais grave é a depressão da mãe durante o puerpério, avaliada em termos da intensidade e da duração da presença da depressão materna (VIs), pior é a qualidade da conduta interactiva do bebé na interacção com o observador, piores são os seus índices de desenvolvimento motor e mental e mais problemas de desenvolvimento ele apresenta (VDs).

Nesse sentido, procuraremos avaliar o significado estatístico das diferenças nos resultados dos bebés aos 3, 6 e 12 meses de idade — nas escalas de registo de comportamento e de desenvolvimento do bebé de Bayley e no questionário QMAC — em dois grupos de bebé cujas mães tiveram depressão pós-parto de gravidade diferente no 3º mês do puerpério. Procuraremos ainda avaliar o significado estatístico das diferenças obtidas nos resultados dos bebés nesses mesmos instrumentos na idade de 12 meses, em dois grupos de mães que permaneceram deprimidas por um intervalo de tempo pós-parto de duração diferente.

Consideraremos ainda as condições sócio-económicas e culturais e, para testar a hipótese 24 — que os bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais desfavorecidas e/ou os bebés das mães deprimidas com níveis educacionais mais baixos e/ou os bebés das mães deprimidas com níveis ocupacionais mais baixos (VIs) exibem piores condutas interactivas com o observador, piores índices de desenvolvimento e mais problemas de comportamento (VDs) do que os bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas mais favorecidas e/ou possuem mais anos de escolaridade e/ou níveis ocupacionais mais elevados (acumulo de circunstâncias de risco) —, estudaremos o significado das diferenças na conduta interactiva do bebé com o observador, na avaliação do nível de desenvolvimento do bebé e na presença de problemas de comportamento do bebé, nos grupos de mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto já definidos, tendo em conta o nível sócio-económico, o nível educacional e o nível ocupacional da mãe.

Para testar a hipótese 25 — que os bebés das mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal (VI) exibem piores condutas interactivas na interacção

com o observador, piores índices de desenvolvimento e mais problemas de desenvolvimento (VDs) do que os bebés das mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal — estudaremos, também neste ponto e naqueles que se seguem e referem aos efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o bebé, o significado das diferenças nos resultados relativos à qualidade da conduta interactiva do bebé, avaliada através da escala de registo do comportamento do bebé de Bayley, nos resultados do bebé nas escalas de desenvolvimento mental e motor de Bayley e nos problemas de comportamento do bebé avaliados na parte I do questionário QMAC, aos 3, 6 e 12 meses de idade, em dois grupos de mães, estabelecidos através dos seus resultados na escala EAS, relativos a bom ou a mau relacionamento conjugal.

Para testar a hipótese 26 — que os bebés das mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados não são partilhados pelo pai e/ou nem por outros substitutos, membro ou não da família, isto é de que os bebés das mães deprimidas que são exclusivamente cuidados pela mãe (VIs), exibem piores condutas interactivas na interacção com o observador, piores índices de desenvolvimento e mais problemas de desenvolvimento (VDs) do que os bebés das mães deprimidas que vivem em circunstâncias em que os cuidados são também fornecidos por substitutos da mãe e/ou o pai ajuda significativamente nos cuidados a prestar ao bebé (circunstâncias protectoras) — analisaremos o significado das diferenças nas avaliações dos bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, realizadas respectivamente através da escala de registo do comportamento, através das escalas de desenvolvimento do bebé de Bayley e da parte I do questionário QMAC, em dois grupos definidos consoante a grandeza dos cuidados providenciados pelo pai e o tipo de cuidados providenciados ao bebé.

Assinale-se ainda que a importância relativa de cada uma destas variáveis independentes para a predição de cada uma das variáveis dependentes agora analisadas será testada, a partir da análise de regressão múltipla, que levamos a efeito quer para predizer a presença de dificuldades de desenvolvimento no bebé, aos 3, 6 e 12 meses de idade, quer para predizer o nível de desenvolvimento do bebé — global, mental e motor — aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé.

2.1. Depressão pós-parto da mãe e problemas de desenvolvimento do bebé

Para testar a hipótese 15 — que os bebés das mães que se encontram deprimidas no puerpério (VI) exibem mais problemas de desenvolvimento (VD) do que os bebés das mães que não estão deprimidas após o parto — levou-se a cabo os seguintes procedimentos estatísticos: a) estudou-se, através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos *(Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test)*, o significado das diferenças nas respostas à parte I do questionário QMAC, administrado nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé, nos pares de mães emparelhadas definidas como pertencentes ao grupo experimental e ao grupo de controlo; b) estudou-se ainda, através do teste de Mann-Whitney para amostra independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças nas respostas à parte I do questionário QMAC, administrado nas idades de 6 e 12 meses do bebé, em mães que se encontravam ou não deprimidas, respectivamente no 6° e no 12° mês do puerpério, sem que se considerasse a presença de depressão no 3° mês do puerpério.

Para testar a hipótese 23 — que os bebés das mães que se encontram deprimidas no 3° do pós-parto (VI) exibem, alguns meses mais tarde, ao 12° mês de idade, mais problemas de desenvolvimento (VDs), mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas, embora menos do que no caso de elas se manterem deprimidas (repercussões a longo-prazo) — comparou-se, aos 12 meses de idade, os resultados dos bebés no questionário QMAC, em três grupos de bebés: bebés em que as mães não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável nos 12 meses que se sucederam ao parto (grupo 0), bebés em que as mães se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério, mas já não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto (grupo 1) e bebés em que as mães se mantiveram deprimidas durante os 12 meses que se seguiram ao parto (grupo 2).

Aos 12 meses de idade do bebé, compararam-se também os resultados dos bebés no questionário QMAC, em dois subgrupos de bebés — nos bebés em que as mães não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável durante os primeiros meses que se seguiram ao parto (grupo 0) e nos bebés em que as mães desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério, mas já não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto (grupo 1) — e testou-se o significado das diferenças encontradas.

Compararam-se ainda os resultados dos bebés no questionário QMAC, aos 12 meses de idade, em dois subgrupos de bebés do grupo experimental definido inicialmente e constituído pelas mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério: bebés em que as mães se mantiveram deprimidas durante os 12 meses que se seguiram ao parto (grupo 2) e bebés em que as mães já não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto (grupo 1). Testou-se igualmente o significado das diferenças encontradas.

Problemas de desenvolvimento aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério (N=50)

Os resultados obtidos com a administração do questionário QMAC mostram, tal como pode visualizar no quadro seguinte (ver Quadro 72), que 3 meses depois do parto, são estatisticamente significativas as diferenças entre os pares de mães avaliados, no sentido seguinte: as mães com depressão pós-parto têm bebés que apresentam significativamente mais problemas de desenvolvimento do que as mães que não estão deprimidas no 3° mês do puerpério ($z= -2.2507$, $p< 0.01$).

Quadro 72
Problemas de desenvolvimento do bebé aos 3, 6 e 12 meses
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=50)

idade	problemas desenvolvimento	média	média	z	
3	alimentação	6.50	10.36	-1.7752	
m	sono	8.90	7.83	-1.0859	
e	asseio	8.50	8.50	0.0000	
s	saúde	10.25	9.88	-1.3481	
e	choro	10.67	8.00	-1.8615	
s	mobilidade	7.50	9.50	-0.4137	
	total	10.67	12.47	-2.2507	*
6	alimentação	5.00	9.50	-1.9879	*
m	sono	9.94	11.79	-0.9037	
e	asseio	7.83	7.25	-0.3453	
s	saúde	9.07	10.54	-1.2676	
e	choro	9.56	10.40	-0.3622	
s	mobilidade	6.17	7.25	-1.8869	
	total	8.50	15.10	-0.7954	
12	alimentação	6.70	6.36	-0.4315	
m	sono	8.43	10.18	-1.1541	
e	asseio	5.13	9.05	-2.2434	*
s	saúde	8.25	11.94	-0.5030	
e	choro	9.10	8.86	-0.6864	
s	mobilidade	5.43	3.50	-1.8363	
	total	10.63	11.23	-1.0601	

* $p< 0.05$
** $p< 0.01$
*** $p< 0.001$

No entanto, quando não se considera o facto de as mães se manterem ou não deprimidas, não se observam diferenças significativas, durante o segundo semestre de vida do bebé, no que se refere a um maior número de problemas de desenvolvimento

junto dos bebés das mães que se encontravam deprimidas 3 meses após o parto, a não ser aos 6 meses de idade mais problemas em ser alimentados — e.g., vómitos ou recusa em terminar o biberão (z= -1.9879, p< 0.05) — e, aos 12 meses de idade, problemas relativos à educação para o asseio — e.g., dificuldade em tolerar estar molhado ou recusa do bacio (z= -2.2434, p< 0.05).

No que se refere ainda aos problemas desenvolvimentais do bebé, e para testar a hipótese 18, saliente-se que, muito embora em todas as idades, respectivamente aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, as mães com depressão pós-parto dos bebés do sexo feminino refiram um maior número de problemas desenvolvimentais do que o referem as mães com depressão pós-parto dos bebés do sexo masculino, tais diferenças não são estatisticamente significativas (x1= 14.79, x2= 9.30, z= -1.8790, n.s.; x1= 12.53, x2= 11.00, z= -0.5319, n.s.; x1= 12.13, x2= 11.75, z= -0.1294, n.s.). Apenas aos 3 meses de idade do bebé, as mães com depressão pós-parto dos bebés do sexo feminino referem um significativo maior número de problemas com a alimentação do bebé do que as mães com depressão pós-parto dos bebés do sexo masculino (x1= 15.54, x2= 8.25, z= -2.5626, p< 0.05).

Quando se estudou o significado das diferenças observadas nas dificuldades de comportamento do bebé, aos 3, 6 e 12 meses de idade, em três grupos de mães sem depressão pós-parto e com depressão pós-parto de gravidade diferente, verificou-se que, tal como os resultados parecem apontar, os bebés das mães mais gravemente deprimidas são referidos pelas mães como apresentando menos dificuldades de comportamento do que os bebés das mães menos gravemente deprimidas no 3° mês do pós-parto (ver Quadro 73).

Quadro 73
Problemas de desenvolvimento do bebé (3, 6 e 12 meses)
Análise de variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe (Sads: 0, 1, 2) (N=26)

QMAC (Parte I)	média	média	média	X^2	
3 meses	28.61	33.14	20.40	6.7367	*
6 meses	20.73	31.41	21.18	5.0599	
12 meses	24.92	24.90	21.00	1.0034	

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Tais diferenças não se mostraram, contudo, estatisticamente significativas em nenhuma das avaliações realizadas, nem aos 3 (z= -1.1264, n.s.), nem aos 6 (z= -1.7438, n.s.), nem aos 12 meses de idade do bebé (z= -0.0311, n.s.), quando se estudou o significado das diferenças observadas nos resultados da parte I do questionário QMAC,

entre o grupo das mães que desenvolveram depressão *minor* e o grupo das mães que desenvolveram depressão *major* no 3º mês do pós-parto (ver Quadro 74).

Quando se estudou o significado das diferenças em três grupos de mães sem depressão pós-parto e com depressão pós-parto de duração diferente, verificou-se que não varia significativamente o número de dificuldades de comportamento do bebé, aos 3, 6 e 12 meses de idade, nos três grupos assim definidos (ver Quadro 75).

Quadro 74
Problemas de desenvolvimento (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão *minor*/ Mães com depressão *major* (N=26)

QMAC (Parte I)	média	média	z
3 meses	14.86	11.54	-1.1264
6 meses	15.23	10.19	-1.7438
12 meses	11.95	12.04	-0.0311

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quadro 75
Problemas de desenvolvimento do bebé (12 meses)
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Duração da depressão da mãe
Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3º e no 12º mês do puerpério/ Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé

QMAC (Parte I)	média	média	média	χ^2
12 meses	29.33	20.09	21.00	3.8605

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Aos 12 meses de idade do bebé quando se comparou a presença de problemas de desenvolvimento em dois grupos de bebés: a) grupo 0 — mães que não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável nos 12 meses que se seguiram ao parto — e grupo 1 — mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês a seguir ao parto, mas não se apresentavam clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério e b) grupo 1 — mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês a seguir ao parto, mas não se apresentavam clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério — e grupo 2 — mães que se encontravam clinicamente deprimidas no 3º e no 12º mês do puerpério, não se observaram diferenças significativas como assinalamos nos quadros e parágrafos seguintes.

Não se observaram diferenças significativas relativamente à presença de problemas de desenvolvimento na idade de 12 meses — relativos à alimentação (x1= 16.82, x2= 17.83, z= -0.2846, n.s.), ao sono (x1= 17.50, x2= 17.50, z= -0.0000, n.s.), ao asseio

(x1=17.91, x2= 16.55, z= -0.6810, n.s.), à mobilidade (x1= 15.64, x2= 17.68, z= -0.7096, n.s.), à saúde (x1= 18.59, x2= 16.20, z= -0.6873, n.s.) e ao choro (x1= 14.05, x2= 18.48, z= -1.3150, n.s.) — entre dois grupos de bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto, mas já não se encontravam clinicamente deprimidas na idade de 12 meses do bebé e bebés cujas mães não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável durante o primeiro ano de vida do bebé, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 76).

Quadro 76
Problemas de desenvolvimento do bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (N= 32)

QMAC (Parte I)	média	média	z
12 meses	16.45	17.27	-0.2299

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Avaliou-se também se, aos 12 meses de idade do bebé, era significativamente diferente o número de problemas de desenvolvimento num grupo de bebés cujas mães estavam deprimidas no 3° mês do pós-parto, mas já não no 12° mês do parto e num grupo de bebés cujas mães estavam deprimidas quer no 3° quer no 12° mês do pós-parto. Os dados, tal como se assinala no quadro abaixo (ver Quadro 77) indicam que não é significativamente diferente o número de problemas de desenvolvimento do bebé, aos 12 meses de idade, no grupo de bebés cujas mães experienciaram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e a depressão se manteve ou não durante todo o primeiro ano do puerpério (z= -1.6038, n.s.).

Quadro 77
Problemas de desenvolvimento do bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N= 23)

QMAC (Parte I)	média	média	z
12 meses	14.17	9.64	-1.6038

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Os bebés das mães deprimidas no 3° mês do pós-parto que vivem em condições desfavorecidas também não foram mais referidos pelas mães como tendo mais problemas de desenvolvimento do que os bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas razoáveis ou boas, nem na idade de 3 (x1= 13.58, x2= 12.14, z= 0.4346, n.s.), nem na idade de 6 (x1= 11.90, x2= 12.03, z= -0.0374, n.s.), nem na idade de 12 meses do bebé (x1= 16.00, x2= 10.89, z= -1.4940, n.s.).

Também no que se refere às dificuldades de desenvolvimento do bebé — i.e., aos problemas de sono, de alimentação, de saúde, de mobilidade, etc. — em dois grupos de mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério com diferentes níveis educacionais, os dados obtidos neste estudo indicam que — na idade de 3 (x1= 11.63, x2= 12,94, z= -0.4299, n.s.), de 6 (x1= 13.19, x2= 11.37, z= -0.6150, n.s) e de 12 meses (x1= 12.13, x2= 11.93, z= -0.0647, n.s.) — os bebés das mães que desenvolveram depressão a seguir ao parto de baixo nível educacional não apresentam significativamente mais problemas de desenvolvimento do que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto de nível educacional médio ou elevado.

No entanto, os bebés das mães deprimidas de baixo nível educacional são significativamente mais referidos pelas mães como dando problemas relativamente ao asseio, aos 3 meses de idade, do que os bebés das mães deprimidas de nível educacional médio ou elevado (x1= 8.38, x2= 14.56, z= -2.1802, p< 0.05).

Quando se comparou a presença de dificuldades de desenvolvimento em bebés de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto com níveis ocupacionais diferentes, verificámos que os bebés das mães com depressão pós-parto que exerciam actividades profissionais de nível médio ou superior (grupo 1) não tinham, no global, significativamente menos problemas de desenvolvimento — relativos ao sono, à saúde, à alimentação, ao asseio, à mobilidade, etc. — do que os bebés das mães com depressão pós-parto que não exerciam actividade profissional ou tinham uma actividade profissional classificada no nível inferior (grupo 2), na idade de 3 (x1= 13.73, x2= 11.46, z= 0.7844, n.s.), de 6 (11.08, 13.00, z= -0.6790, n.s.) e de 12 meses (x1= 10.29, x2= 13.85, z= -1.2645, n.s.).

No entanto, aos 6 meses de idade, foram referidos significativamente mais problemas de saúde aos bebés das mães do grupo 2 do que aos bebés das mães do grupo 1 (x1= 9.29, x2= 14.95, z= -2.0516, p< 0.05), e, quer aos 6 quer aos 12 meses de idade, foram referidos significativamente mais problemas de alimentação aos bebés das mães do grupo 2 do que aos bebés das mães do grupo 1 (x1= 9.29, x2= 14.95, z= -2.0601, p< 0.05; x1= 9.04, x2= 15.23, z= -2.2592, p< 0.05).

Tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 78), observou-se que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e têm bom relacionamento conjugal apresentam um número de problemas de desenvolvimento não significativamente diferente ao número de problemas de desenvolvimento apresentado pelos bebés das mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal, na idade de 3, 6 e 12 meses (z= -0.2901, n.s.; z= -1.1595, n.s.; z= -0.8427, n.s.); no entanto, foram referidos significativamente mais problemas na educação para o asseio

aos 12 meses de idade junto dos bebés das mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal (x1= 6.25, x2= 10.75, z= -1.9975, p< 0.05).

Quadro 78
Dificuldades de desenvolvimento (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com razoável ou bom relacionamento conjugal/ Mães com mau relacionamento conjugal (N=16)

QMAC (Parte I)	média	média	z
3 meses	8.36	7.69	-0.2901
6 meses	7.13	9.88	-1.1595
12 meses	7.50	9.50	-0.8427

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Não se observou que os bebés das mães deprimidas cujos maridos participavam mais nos cuidados prestados ao bebé apresentassem um número significativamente menor de problemas do comportamento do que os bebés das mães deprimidas cujos maridos participavam menos nos cuidados providenciados ao bebé, na avaliação realizada aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé (x1= 8.61, x2= 7.08, z= -0.6505, n.s; x1= 7.40, x2= 10.33, z= -1.1975, n.s.; x1= 8.00, x2= 9.33, z= -0.5435, n.s.).

Por outro lado, tal como pode certificar no quadro colocado a seguir (ver Quadro 79) verificamos que, na idade de 3 meses do bebé, o número de problemas de comportamento, tal como são referidos pelas mães, no grupo dos bebés que ficam em casa para ser cuidados pelas suas mães, é significativamente superior ao número de problemas de desenvolvimento dos bebés cujas mães partilham com outras pessoas os cuidados do bebé.

No entanto, na idade de 6 e 12 meses do bebé não é significativamente diferente o número de problemas de comportamento dos bebés das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério consoante o tipo de cuidados de que usufrui, tal como consta igualmente do quadro seguinte.

Quadro 79
Dificuldades de desenvolvimento (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que cuidam sozinhas do bebé/ Mães com depressão pós-parto que são ajudadas nos cuidados ao bebé (N=26)

QMAC (Parte I)	média	média	z	
3 meses	13.07	7.23	-2.2748	*
6 meses	8.50	8.50	0.0000	
12 meses	10.00	7.60	-0.9805	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Problemas desenvolvimento aos 6 e 12 meses de idade do bebé: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=46)

As diferenças relativas aos problemas de desenvolvimento dos bebés na consequência da depressão das respectivas mães não se mostraram estatisticamente significativas quando não se considerou o facto de as mães terem ou não estado deprimidas no 3° mês do puerpério, entre os bebés das mães deprimidas e não-deprimidas no 6° e 12 ° mês do puerpério.

Com efeito, verificou-se que, quer aos 6 quer aos 12 meses de idade (z= -0.1987, n.s.; z=-1.9558, n.s.) como se pode ver no quadro abaixo (ver Quadro 80), os bebés não são significativamente diferentes em nenhum dos aspectos avaliados, à excepção dos problemas de asseio que estiveram significativamente mais presentes junto dos bebés das mães que se encontravam deprimidas 12 meses após o parto (z= 3. 7339, p< 0.001).

Quadro 80
Problemas de desenvolvimento do bebé aos 6 e 12 meses
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=46)

idade	problemas desenvolvimento	média	média	z	
6	alimentação	25.17	21.12	-1.0249	
m	sono	23.27	22.10	-0.2877	
e	asseio	24.50	21.47	-0.7946	
s	saúde	27.00	20.17	-1.7096	
e	choro	22.90	22.29	-0.1567	
s	mobilidade	26.93	20.21	-1.8952	
	total	23.02	22.22	-0.1987	
12	alimentação	25.25	22.88	-0.5405	
m	sono	27.13	22.22	-1.1037	
e	asseio	34.25	18.91	-3. 7339	***
s	saúde	23.50	22.82	-0.1576	
e	choro	23.33	22.88	-0.1080	
s	mobilidade	18.00	24.82	-1.7872	
	total	29.33	20.70	-1.9558	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer as dificuldades comportamentais do bebé aos 3 meses de idade

A fim de encontrar quais as variáveis susceptíveis de explicar a presença de dificuldades comportamentais no bebé aos 3 meses de idade, conduzimos uma análise de regressão múltipla, a qual mostrou que, quer no grupo total quer no grupo das mães que não se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério, a qualidade dos cuidados providenciados ao bebé era a única variável capaz de prever significativamente as dificuldades comportamentais do bebé aos 3 meses de idade; sendo, no grupo total, responsável por 27% da variância observada nos resultados do questionário QMAC relativos à primeira avaliação, e, no grupo de controlo, responsável por 46% da

variância observada nos resultados do questionário QMAC relativos à primeira avaliação.

Com efeito, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 81), no grupo total, conseguimos explicar 27% da variância observada nas dificuldades dos bebés aos 3 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.26582, p< 0.01), quando tivemos em conta a qualidade dos cuidados maternos 3 meses depois do parto (Beta= -0.540411, T= -3.337, p< 0.01).

No grupo de controlo, conseguimos explicar 46% da variância observada nas dificuldades dos bebés de 3 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.45518, p< 0.01), quando igualmente tivemos em conta a qualidade dos cuidados maternos 3 meses depois do parto (Beta= -0.540411, T= -3.337, p< 0.01).

Em ambos os grupos, as restantes variáveis em análise não mostram ter uma contribuição significativa para a presença de dificuldades no bebé de 3 meses quando a qualidade dos cuidados ao bebé é considerada na equação.

Quadro 81
Modelo para predizer as dificuldades comportamentais do bebé aos 3 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
cm3	**0.26582**	11.13798	**	1	-0.540411	-3.337	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Na análise de regressão linear simples consideramos a grandeza da sintomatologia depressiva materna 3 meses depois do parto e verificamos que esta variável é, por si só, responsável por 14% da variância nos resultados relativos às dificuldades de desenvolvimento do bebé, aos 3 meses de idade, quando consideramos todos os bebés do estudo (*Adjusted Rsquare*= 0.13594, p< 0.01; Beta= 0.391889, T= 2.951, p< 0.01).

A análise de regressão múltipla, levada a cabo junto dos bebés das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério para determinar as variáveis independentes susceptíveis de prever as dificuldades desenvolvimentais do bebé aos 3 meses de idade, indica que, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 82), 34% da variância nos resultados da primeira parte do questionário QMAC pode ser explicada quando o sexo do bebé é considerado (*Adjusted Rsquare*= 0.33902, p< 0.05).

O sexo do bebé é o único preditor significativo, dado que as restantes variáveis consideradas não mostram ser preditores eficazes para a presença, aos 3 meses de idade, de dificuldades desenvolvimentais dos bebés do grupo experimental, quando o sexo do bebé é considerado (Beta= -0.631751, T= -2.577, p< 0.01).

Quadro 82
Modelo para predizer as dificuldades comportamentais do bebé aos 3 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
sb	0.33902	6.64196	*	1	-0.631751	-2.577	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer as dificuldades comportamentais do bebé aos 6 meses de idade

Os resultados da análise de regressão múltipla levada a efeito para determinar as variáveis independentes capazes de predizer as dificuldades desenvolvimentais do bebé, aos 6 meses de idade, indicam que, no grupo total, 23% da variância nos resultados da primeira parte do questionário QMAC pode ser explicada quando se considera o ajustamento conjugal da mãe (*Adjusted Rsquare*= 0.22548, p< 0.01), o qual é o único preditor significativo para a presença de dificuldades comportamentais nos bebés de 6 meses da amostra (Beta= 0.504149, T= -2.977, p< 0.01). Saliente-se, ainda, que a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, quando foi considerada isoladamente na análise de regressão simples, mostrou ser igualmente um preditor significativo para a presença de dificuldades desenvolvimentais do bebé na idade de 6 meses (*Adjusted Rsquare*= 0.16238, Beta= -0.425438, T= 3.118, p< 0.01).

Tal como se pode concluir da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 83), o modelo de regressão múltipla que inclui o ajustamento conjugal da mãe (Beta= 0.685020, T= 4.859, p< 0.01), a gravidade da depressão pós-parto da mãe no 3° mês do puerpério (Beta= -0.696245, T= -4.805, p< 0.01) e a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao bebé aos 6 meses de idade deste (Beta= 0.426280, T= -2.992, p< 0.05) explica 79% da variância observada nos resultados relativos à presença de dificuldades de desenvolvimento no bebé aos 6 meses de idade, quando se examinaram os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.79125, p< 0.001).

Quadro 83
Modelo para predizer as dificuldades comportamentais do bebé aos 6 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
am	0.27489	5.17006	*	1	0.685020	4.859	**
+ gr3	0.60687	9.49019	**	2	-0.696245	-4.805	**
+ c6m	0.79125	14.89849	***	3	-0.426280	-2.992	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

As restantes variáveis consideradas não se mostram, no grupo experimental, preditores eficazes para a presença de dificuldades do bebé aos 6 meses de idade, quando o ajustamento conjugal da mãe, a gravidade da depressão pós-parto e os cuidados da mãe com o bebé aos 6 meses são considerados na equação de regressão.

No grupo de controlo, isto é junto dos bebés cujas mães não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 3º mês do puerpério, averiguámos que 29% da variância observada, aos 6 meses de idade do bebé, nos resultados relativos às dificuldades desenvolvimentais, podia ser explicada tendo em conta o nível educativo da mãe (*Adjusted Rsquare*= 0.29075, Beta= 0.581406, T= 2.674, p< 0.05). O nível educativo da mãe foi a única variável a relacionar-se significativamente com as dificuldades comportamentais dos bebés do grupo de controlo, aos 6 meses de idade.

Modelo para predizer as dificuldades comportamentais do bebé aos 12 meses de idade

Quando se procurou explicar a presença de dificuldades comportamentais, junto de todos os bebés da amostra com 12 meses de idade, verificou-se que, quando todas as variáveis foram consideradas, a única variável independente que se relacionava significativamente com a variável dependente em estudo era o nível ocupacional da mãe, responsável por 15% da variância observada nas dificuldades comportamentais do bebé ao ano de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.15345, Beta= 0.430896, T= 2.435, p< 0.05). Acrescente-se que a grandeza da sintomatologia depressiva materna, avaliada no 3º mês do puerpério através do questionário EPDS, quando foi considerada isoladamente na análise de regressão linear simples, mostrou ser um preditor significativo para a presença de dificuldades desenvolvimentais dos bebés da amostra na idade de 12 meses, embora responsável por apenas 7% da variância observada nos resultados relativos às mesmas (*Adjusted Rsquare*= 0.6977, Beta= 0.301511, T= 2.074, p< 0.05). Contudo, a presença de depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, quando tomada isoladamente, não mostrou ser um preditor significativo para a presença de dificuldades comportamentais do bebé no 12º mês de vida (*Adjusted Rsquare*= 0.00298, Beta= -1.60137, T= -1.064, n.s.).

A análise de regressão múltipla levada a efeito junto dos bebés do grupo experimental, que considerou todas as variáveis independentes susceptíveis de explicar a presença de dificuldades comportamentais ao ano de idade, indica que, tal

como consta do quadro seguinte (ver Quadro 84), o melhor modelo para explicar a presença de dificuldades comportamentais nos bebés de 12 meses de idade é aquele que considera simultaneamente a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 12 meses de idade (Beta= 0.603100, T= 11.740, p< 0.001), o nível ocupacional da mãe (Beta= 0.925476, T= 9.871, p< 0.001), a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade (Beta= 0.462632, T= 9.365, p< 0.001) e o nível educacional da mãe (Beta -0.472568, T= -4.821, p< 0.01). Quando tomadas conjuntamente, estas variáveis são susceptíveis de explicar 98% da variância observada nas dificuldades desenvolvimentais ao ano de idade junto dos bebés do grupo experimental (*Adjusted Rsquare*= 0.97491, p< 0.001).

Quadro 84
Modelo para predizer as dificuldades comportamentais do bebé aos 12 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
ib12	0.34978	6.91742	*	1	0.603100	11.740	***
nom	0.58491	8.75010	**	2	0.925476	9.871	***
ib3	0.9514	35.98594	***	3	0.462632	9.365	***
nem	0.97491	107.8550	***	4	-0.472568	-4.821	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Verificamos ainda que, aos 12 meses de idade do bebé, 54% (*Adjusted Rsquare*= 0.54346, p< 0.01) da variância observada nas dificuldades desenvolvimentais dos bebés cujas mães não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês após o parto, era explicável pelo modelo que considera em simultâneo a participação do pai nos cuidados ao bebé (Beta= -0.658475, T= -3.768, p< 0.01) e o nível de desenvolvimento global do bebé (Beta= -0.452668, T= -2.590, p< 0.05); sendo que, no grupo de controlo, os cuidados providenciados pelo pai são por si só responsáveis por 36% da variância observada nas dificuldades comportamentais dos bebés (*Adjusted Rsquare*= 0.35725, p< 0.01).

2.2. Desenvolvimento mental e motor do bebé

Para testar a hipótese 16 — que os bebés das mães que se encontram deprimidas no puerpério (VI) exibem piores índices de desenvolvimento mental e motor (VDs) do que os bebés das mães que não estão deprimidas após o parto — estudou-se, através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas de sujeitos (*Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test*), o significado das diferenças nas avaliações de desenvolvimento — nas escalas de desenvolvimento mental e de desenvolvimento motor e no resultado total das escalas de desenvolvimento do bebé de Bayley,

administradas nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé — levadas a cabo sobre os pares de bebés do grupo experimental e do grupo de controlo. Esta hipótese também foi testada relativamente aos bebés das mães que se encontravam deprimidas no 6° e 12° mês do puerpério, quando não se considera os resultados das restantes avaliações, sendo que o significado das diferenças nos resultados da avaliação do desenvolvimento dos bebés através das escalas de desenvolvimento do bebé de Bayley, foi testado através do teste de Mann-Whitman para amostras independentes de sujeitos *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*.

Para testar a hipótese 22 — que os bebés das mães que se encontram deprimidas no 3° do pós-parto (VI) exibem, alguns meses mais tarde, ao 12° mês do pós-parto, índices de menor desenvolvimento mental e motor (VDs), mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas, embora menos do que no caso de elas se manterem deprimidas (repercussões a longo-prazo) — comparou-se, aos 12 meses de idade, os resultados dos bebés nas escalas de desenvolvimento mental e motor de Bayley, em três subgrupos de bebés: nos bebés em que as mães não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável nos 12 meses que se sucederam ao parto (grupo 0), nos bebés em que as mães se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério, mas já não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto (grupo 1) e nos bebés em que as mães se mantiveram deprimidas durante os 12 meses que se seguiram ao parto (grupo 2). Avaliou-se o significado das diferenças no nível de desenvolvimento dos bebés, aos 12 meses de idade, no grupo 0 — bebés cujas mães não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável nem aos 3 nem aos 12 meses do puerpério — e no grupo 1 — bebés cujas mães se apresentavam clinicamente deprimidas no 3° mês do puerpério, mas não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável 12 meses depois do parto. Testou-se ainda o significado das diferenças encontradas nos resultados das escalas de desenvolvimento do bebé em dois subgrupos de bebés do grupo experimental definido inicialmente, nos bebés em que as mães se mantiveram deprimidas (grupo 2) e nos bebés em que as mães já não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto (grupo 1).

Nível de desenvolvimento aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério (N=50)

Os resultados obtidos no presente estudo mostram que os bebés das mães que se encontram deprimidas no 3° mês do puerpério não apresentam nesse preciso momento, isto é aos 3 meses de idade, um nível de desenvolvimento mental, motor ou

global significativamente diferente do nível de desenvolvimento que apresentam os bebés das mães que não se encontram deprimidas no 3° mês do puerpério.

Por sua vez, os resultados mostram também que as diferenças no desenvolvimento do bebé — entre os bebés das mães do grupo experimental e os bebés das mães do grupo de controlo — se verificam meses mais tarde, mais propriamente aos 6 e 12 meses de idade do bebé. Pois, quando não se considera o facto de as mães poderem estar ou não deprimidas mais tarde no puerpério, observa-se, aos 6 e 12 meses de idade do bebé, um nível significativamente mais baixo no desenvolvimento global do bebé, assim como níveis inferiores de desenvolvimento motor e de desenvolvimento mental, junto dos bebés das mães que desenvolveram depressão especificamente 3 meses após o parto.

Com efeito, averiguou-se que os bebés cujas mães sofreram de depressão 3 meses após o parto, e não se considerando o facto de as mães se manterem ou não deprimidas mais tarde no puerpério, quando são comparados com os bebés cujas mães não apresentavam nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério, tinham um nível mais baixo de desenvolvimento motor aos 6 meses de idade ($z= -2.7566$, $p< 0.01$) e um nível mais baixo de desenvolvimento motor ($z= -2.1028$, $p< 0.05$), de desenvolvimento mental ($z= -2.1028$, $p< 0.05$) assim como de desenvolvimento global ($z= -2.4330$, $p< 0.05$), aos 12 meses de idade (ver Quadro 85).

Quadro 85
Desenvolvimento do bebé aos 3, 6 e 12 meses
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=50)

idade	instrumento	média	média	z	
3 meses	Bayley — Escala mental	15.90	9.00	-0.6387	
	Bayley — Escala motora	11.73	9.61	-1.2860	
	Bayley — Escala total	11.73	8.50	-0.0647	
6 meses	Bayley — Escala mental	10.46	10.56	-0.7653	
	Bayley — Escala motora	10.22	8.83	-2.7566	**
	Bayley — Escala total	11.03	10.92	-1.7379	
12 meses	Bayley — Escala mental	11.00	11.00	-2.1028	*
	Bayley — Escala motora	11.73	9.17	-2.1028	*
	Bayley — Escala total	11.59	9.10	-2.4330	*

* $p< 0.05$
** $p< 0.01$
*** $p< 0.001$

Na avaliação que fizemos do nível de desenvolvimento do bebé, as diferenças na avaliação do desenvolvimento através das escalas de Bayley, entre os bebés do sexo masculino e os bebés do sexo feminino das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, não se considerando o facto de as mães continuarem ou não a estar deprimidas mais tarde no puerpério, não se mostram estatisticamente significativas, nem aos 3 ($x1= 11.11$, $x2= 13.39$, $z= -0.7908$, n.s.), nem mais tarde, aos 6 ($x1= 12.37$, $x2= 11.31$, $z= -0.3563$, n.s.) e aos 12 meses de idade do bebé ($x1= 13.03$, $x2= 11.61$, $z= -0.4774$, n.s.).

Procurou-se igualmente avaliar a importância da gravidade da depressão pós-parto da mãe, 3 meses após o parto, sobre o desenvolvimento do bebé, avaliado nas idades de 3, 6 e 12 meses, através das escalas de desenvolvimento do bebé de Bayley. Assim, procedeu-se a uma análise de variância simples (Kruskal-Wallis) para estudar o significado das diferenças na avaliação do desenvolvimento do bebé, realizada em três grupos de mães: mães que — quando foram avaliadas 3 meses após o parto através da entrevista psiquiátrica SADS de acordo com os critérios RDC — não apresentavam perturbação psiquiátrica assinalável (grupo 0), preenchiam os critérios para a depressão *minor* (grupo 1) e preenchiam os critério para a depressão *major* (grupo 2). Tal como são mencionados no quadro seguinte, os resultados obtidos indicam que os bebés das mães que se encontram mais gravemente deprimidas no 3° mês do puerpério apresentam, não no momento mas posteriormente aos 6 e 12 meses de idade, níveis significativamente menos elevados de desenvolvimento do que os bebés das mães que se encontram menos gravemente deprimidas no 3° mês do puerpério, e estes apresentam ainda assim níveis de desenvolvimento menos elevados do que os bebés das mães que não desenvolvem perturbação psicopatológica assinalável durante o puerpério (ver Quadro 86).

Quadro 86
Desenvolvimento do bebé aos 3, 6 e 12 meses
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe no 3° mês do puerpério (Sads: 0, 1, 2) (N=50)

idade	instrumento	média	média	média	X^2	
3 meses	Bayley — Escala mental	27.04	25.14	20.96	1.5544	
	Bayley — Escala motora	27.66	25.45	21.68	1.5474	
	Bayley — Escala total	27.08	24.64	21.31	1.4101	
6 meses	Bayley — Escala mental	26.09	26.41	18.27	3.1659	
	Bayley — Escala motora	27.61	29.41	13.04	11.7709	**
	Bayley — Escala total	27.13	27.95	15.12	7.6013	*
12 meses	Bayley — Escala mental	27.07	21.40	17.35	4.6889	
	Bayley — Escala motora	27.16	23.85	15.31	6.7788	*
	Bayley — Escala total	28.80	23.20	15.39	8.5734	*

d.f.= 2
* $p< 0.05$
** $p< 0.01$
*** $p< 0.001$

Procurou-se então estimar a importância da gravidade dos sintomas e da duração da depressão pós-parto da mãe sobre o desenvolvimento do bebé, nas idades de 3, 6 e 12 meses. Para esse efeito, estudou-se o significado das diferenças na avaliação do desenvolvimento do bebé realizada aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, através das escalas de desenvolvimento do bebé de Bayley, em dois grupos de mães que, quando foram avaliadas através da entrevista psiquiátrica SADS no 3° mês do puerpério, preenchiam os critérios RDC para o diagnóstico de depressão *minor* (grupo 1) ou preenchiam os critérios para o diagnóstico de depressão *major* (grupo 2). Os resultados referidos no quadro que se encontra em baixo (ver Quadro 87) indicam que os bebés das mães mais gravemente deprimidas no 3° mês do pós-parto apresentam níveis de desenvolvimento significativamente inferiores aos níveis de desenvolvimento

apresentados pelos bebés das mães menos gravemente deprimidas no 3° mês do pós-parto; sendo que, muito embora essas diferenças não sejam ainda significativas na idade de 3 meses (z= -0.6099, n.s.; z= -0.7246, n.s.; z= -0.5815, n.s.) e também já não o sejam aos 12 meses de idade do bebé (z= -0.6852, n.s.; z= -1.5893, n.s.; z= -1.5593, n.s.), aos 6 meses de idade, os bebés das mães com depressão *major* no 3° mês do pós-parto, apresentam um nível significativamente mais baixo de desenvolvimento motor e de desenvolvimento global do que os bebés das mães com depressão *minor* no 3° mês do pós-parto (z= -2.9716, p< 0.01; z= -2.2369, p< 0.05).

Quadro 87
Desenvolvimento do bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão *minor*/ Mães com depressão *major* (N=25)

idade	instrumento	média	média	z	
3 meses	Bayley — Escala mental	13.45	11.69	-0.6099	
	Bayley — Escala motora	14.18	12.07	-0.7246	
	Bayley — Escala total	13.41	11.73	-0.5815	
6 meses	Bayley — Escala mental	14.68	10.65	-1.3944	
	Bayley — Escala motora	17.14	8.58	-2.9716	**
	Bayley — Escala total	16.00	9.54	-2.2369	*
12 meses	Bayley — Escala mental	13.10	11.15	-0.6852	
	Bayley — Escala motora	14.55	10.04	-1.5893	
	Bayley — Escala total	15.15	10.61	-1.5530	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Comparou-se o nível de desenvolvimento mental, motor e global, na idade de 12 meses, em três grupos de bebés e verificou-se que eram significativamente diferentes os resultados relativos ao desenvolvimento mental, motor e global nesses três grupos de bebés: bebés cujas mães não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável nos 12 meses que se seguiram ao parto, bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês a seguir ao parto, mas não se apresentavam clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério, e bebés cujas mães se encontravam clinicamente deprimidas no 3° e no 12° mês do puerpério (ver Quadro 88).

Quadro 88
Desenvolvimento do bebé (12 meses)
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão materna (duração)
Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério/ Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N= 45)

idade	instrumento	média	média	média	X^2	
12 meses	Bayley: Escala mental	26.58	28.18	15.00	7.0958	*
	Bayley: Escala motora	28.42	24.68	14.54	8.3390	*
	Bayley: Escala total	27.96	26.41	13.88	8.9174	*

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Aos 12 meses de idade do bebé, comparou-se ainda o nível de desenvolvimento — global, mental e motor — em dois grupos de bebés: grupo 0 — bebés cujas mães que não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável nos 12

meses que se seguiram ao parto — e grupo 1 — bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês a seguir ao parto, mas não se apresentavam clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério. Os resultados obtidos encontram-se no quadro seguinte (ver Quadro 89) e mostram que, muito embora, aos 12 meses de idade, os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto e já não se encontram clinicamente deprimidas, apresentem um menor nível de desenvolvimento do que os bebés das mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério, as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas, quer no que se refere ao desenvolvimento global (z= -1.5122, n.s.), quer ao desenvolvimento motor (z= -1.2510, n.s.) e quer ao desenvolvimento mental do bebé (z= -1.4930, n.s.).

Quadro 89
Desenvolvimento do bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (N= 32)

instrumento	média	média	z
Bayley — Escala mental	13.45	18.77	-1.4930
Bayley — Escala motora	13.05	18.48	-1.2510
Bayley — Escala total	13.41	18.80	-1.5122

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Procurámos também avaliar, aos 12 meses de idade, se era significativamente diferente o nível de desenvolvimento — global, mental e motor — dos bebés pertencentes a dois grupos de mães que desenvolveram depressão pós-parto com diferente duração: grupo 1 — mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês a seguir ao parto, mas não se apresentavam clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério — e grupo 2 — mães que se encontravam clinicamente deprimidas no 3° e no 12° mês do puerpério. Os resultados que se encontram no quadro abaixo (ver Quadro 90) indicam que, na idade de 12 meses do bebé, relativamente aos bebés cujas mães não estavam clinicamente deprimidas nem no 3° nem no 12° mês do puerpério, os bebés cujas mães estiveram clinicamente deprimidas no 3° mês do puerpério, mas já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério, não apresentavam níveis de desenvolvimento significativamente diferentes — de desenvolvimento global (z= -0.0924, n.s.), de desenvolvimento mental (z= -0.2782, n.s.) ou de desenvolvimento motor (z= -0.5876, n.s.).

Quadro 90
Desenvolvimento do bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N= 23)

idade	instrumento	média	média	z
12 meses	Bayley: Escala mental	12.41	11.63	-0.2782
	Bayley: Escala motora	12.86	11.21	0.5876
	Bayley: Escala total	12.14	11.88	0.0924

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando se avaliou o nível de desenvolvimento dos bebés das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto em dois grupos de mães com níveis ocupacionais diferentes, verificou-se, através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos, que o nível de desenvolvimento dos bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto e não exerciam actividade profissional ou exerciam actividades profissionais de nível inferior era, respectivamente aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, inferior ao nível de desenvolvimento dos bebés cujas mães desenvolveram depressão no 3º mês do puerpério e exerciam actividades profissionais consideradas de nível médio ou superior, muito embora as diferenças só se mostrassem significativas na idade de 6 meses do bebé (x1= 13.05, x2= 11.04, z= -0.7108, n.s.; x1= 16.13, x2= 7.50, z= -3.0563, p< 0.01; x1= 14.21, x2= 10.79, z= -1.1846, n.s.).

Aos 6 meses de idade, quando se consideraram os bebés de todas as mães que estavam deprimidas 3 meses após o parto, verificou-se que os bebés daquelas que exerciam actividades profissionais de nível médio ou elevado apresentavam não só um nível significativamente mais elevado de desenvolvimento global (z= -3.0563, p< 0.01), mas também um nível significativamente mais elevado de desenvolvimento mental (z= -2.6530, p< 0.01) e um nível significativamente mais elevado de desenvolvimento motor (z= -2.2300, p< 0.05), quando os resultados destes bebés nas escalas de Bayley foram comparados com os resultados obtidos pelos bebés das mães que não exerciam actividade profissional ou exerciam uma actividade profissional de nível inferior, como consta do quadro a seguir (ver Quadro 91).

Quadro 91
Desenvolvimento do bebé aos 3, 6 e 12 meses
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com nível ocupacional médio ou elevado/ Mães com baixo nível ocupacional (N=26)

idade	instrumento	média	média	z	
3 meses	Bayley — Escala mental	13.09	11.00	-0.7407	
	Bayley — Escala motora	12.64	12.38	-0.8860	
	Bayley — Escala total	13.05	11.04	-0.7108	
6 meses	Bayley — Escala mental	15.58	8.09	-2.6530	**
	Bayley — Escala motora	15.00	8.73	-2.2300	*
	Bayley — Escala total	16.13	7.50	-3.0563	**
12 meses	Bayley — Escala mental	14.29	9.50	-1.7001	
	Bayley — Escala motora	12.75	11.18	-0.5567	
	Bayley — Escala total	14.21	10.79	-1.1846	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando, aos 3, 6 e 12 meses de idade, se comparou o nível de desenvolvimento dos bebés em dois grupos de mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério pertencentes a níveis sócio-económicos diferentes, verificou-se que os bebés que viviam em condições sócio-económicas mais desfavorecidas tinham um nível de desenvolvimento mais baixo do que os bebés das mães que viviam em razoáveis ou boas condições sócio-económicas (ver Quadro 92).

Quadro 92
Desenvolvimento do bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas/ Mães que vivem em condições razoáveis ou boas sócio-económicas (N=26)

idade	instrumento	média	média	z	
3 meses	Bayley — Escala mental	14.00	11.29	-0.8427	
	Bayley — Escala motora	13.42	12.19	-0.3740	
	Bayley — Escala total	13.50	11.47	-0.6328	
6 meses	Bayley — Escala mental	6.90	13.42	-1.9054	
	Bayley — Escala motora	8.10	13.08	-1.4629	
	Bayley — Escala total	6.40	13.56	-2.0937	*
12 meses	Bayley — Escala mental	6.40	13.56	-2.0963	*
	Bayley — Escala motora	11.40	12.17	-0.2247	
	Bayley — Escala total	10.90	12.92	-0.5692	

* $p< 0.05$
** $p< 0.01$
*** $p< 0.001$

Muito embora as diferenças a este respeito não se mostrassem sempre significativas, em geral os bebés das mães com depressão pós-parto que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas evidenciam sempre níveis inferiores de desenvolvimento em relação aos bebés das mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério que vivem em condições sócio-económicas razoáveis ou boas. O nível de desenvolvimento global do bebé aos 6 meses de idade ($z= -2.0937$, $p< 0.05$) e o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 12 meses de idade ($z= -2.0963$, $p< 0.05$), por exemplo, é significativamente menos elevado junto dos bebés cujas mães desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto e vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas do que junto dos bebés cujas mães desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto e vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas.

Quando se comparou o nível de desenvolvimento do bebé em dois grupos de bebés cujas mães desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto e possuíam diferentes níveis educacionais, observou-se que, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 93), os bebés das mães com depressão pós-parto e baixo nível educacional apresentavam um desenvolvimento global, mental e motor mais pobre do que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto e possuíam mais do que a escolaridade obrigatória. Contudo, estas diferenças só se mostraram estatisticamente significativas ao nível do desenvolvimento motor na idade de 6 meses do bebé ($z= -2.1046$, $p< 0.05$).

Quadro 93
Desenvolvimento do bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com nível educacional médio ou elevado/ Mães com baixo nível educacional (N=26)

idade	instrumento	média	média	z	
3 meses	Bayley — Escala mental	15.63	10.07	-1.8775	
	Bayley — Escala motora	13.69	11.91	-0.5933	
	Bayley — Escala total	15.25	10.27	-1.6854	
6 meses	Bayley — Escala mental	15.25	10.27	-1.6825	
	Bayley — Escala motora	14.94	10.43	-1.5268	
	Bayley — Escala total	16.06	9.83	-2.1046	*
12 meses	Bayley — Escala mental	14.88	10.47	-1.4913	
	Bayley — Escala motora	13.69	11.10	-0.8758	
	Bayley — Escala total	15.00	11.25	-1.2258	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Como consta do quadro 94, observou-se ainda que os bebés das mães com depressão no 3° mês do pós-parto e bom relacionamento conjugal não apresentam um nível de desenvolvimento (mental, motor ou global) significativamente diferente ao nível de desenvolvimento dos bebés das mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal. Tal verificou-se quer na idade de 3 (z= -0.7718, n.s.; z= -1.4828, n.s.; z= -1.0267, n.s.), quer na idade de 6 (z= -1.7380, n.s.; z= -1.8529, n.s.; z= -1.9486, n.s.), quer na idade de 12 meses do bebé (z= -0.1582, n.s.; z= -0.5845, n.s.; z= -0.0526, n.s.).

Quadro 94
Desenvolvimento do bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com razoável ou bom relacionamento conjugal/ Mães com mau relacionamento conjugal (N=16)

idade	instrumento	média	média	z
3 meses	Bayley — Escala mental	8.36	6.64	-0.7718
	Bayley — Escala motora	9.79	6.44	-1.4828
	Bayley — Escala total	8.64	6.36	-1.0267
6 meses	Bayley — Escala mental	10.56	6.44	-1.7380
	Bayley — Escala motora	10.69	6.31	-1.8529
	Bayley — Escala total	10.81	6.19	-1.9486
12 meses	Bayley — Escala mental	8.31	6.69	-0.1582
	Bayley — Escala motora	9.19	7.81	-0.5845
	Bayley — Escala total	8.44	8.56	-0.0526

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Observou-se ainda que, na idade de 3 meses do bebé, os bebés das mães deprimidas no 3° mês do puerpério cujos maridos partilham dos cuidados prestados ao bebé evidenciam (ver Quadro 95) um nível de desenvolvimento global significativamente mais elevado ao nível de desenvolvimento global dos bebés das mães deprimidas no 3° mês do puerpério cujos maridos não participam nos cuidados prestados ao bebé (z= -2.0133, p< 0.05); no entanto, estas diferenças já não se mostraram significativas nas idades de 6 meses (z= -0.1635, n.s.) e de 12 meses do bebé (z= -0.1086, n.s.).

Quadro 95
Desenvolvimento do bebé aos 3, 6 e 12 meses
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Pais que não participam nos cuidados prestados ao bebé/ Pais que participam nos cuidados prestados ao bebé

idade	instrumento	média	média	z	
3 meses	Bayley — Escala mental	6.06	9.17	-1.7391	
	Bayley — Escala motora	7.11	9.33	-0.9664	
	Bayley — Escala total	5.83	10.50	-2.0133	*
6 meses	Bayley — Escala mental	9.20	7.33	-0.7615	
	Bayley — Escala motora	8.00	9.33	-0.5468	
	Bayley — Escala total	8.65	8.25	-0.1635	
12 meses	Bayley — Escala mental	8.10	9.17	-0.4358	
	Bayley — Escala motora	9.35	7.08	-0.9323	
	Bayley — Escala total	8.40	8.67	-0.1086	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando se testou, através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos, o significado das diferenças na avaliação do nível de desenvolvimento do bebé em dois grupos de bebés de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e que usufruíam de diferentes tipos de cuidados — lembramos que o grupo 1 foi constituído pelos bebés que eram exclusivamente cuidados pelas mães (N= 8), enquanto que o grupo 2 foi constituído pelos bebés cujas mães eram ajudadas por uma ama ou pela avó do bebé ou ainda pelos bebés que frequentavam o infantário (N=18) — verificou-se que, muito embora isso não acontecesse nas idades de 3 meses (z= -1.1071, n.s.) e de 6 meses do bebé (z= -0.0370, n.s.), aos 12 meses de idade, os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto e eram cuidados em casa pelas mães apresentavam um significativo maior nível de desenvolvimento global (z= -2.3828, p< 0.05), assim como um significativo maior nível de desenvolvimento motor (z= -2.2223, p< 0.05), do que os bebés das mães que se encontravam clinicamente deprimidas 3 meses após o parto e eram cuidados fora de casa por uma ama, uma avó ou frequentavam o infantário (ver Quadro 96).

Quadro 96
Desenvolvimento do bebé aos 3, 6 e 12 meses
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães que cuidam sozinhas do bebé/ Mães que são ajudadas nos cuidados ao bebé (N=26)

idade	instrumento	média	média	z	
3 meses	Bayley — Escala mental	9.71	13.00	-1.0722	
	Bayley — Escala motora	11.79	12.79	-0.3239	
	Bayley — Escala total	9.64	13.03	-1.1071	
6 meses	Bayley — Escala mental	10.92	11.72	-0.2587	
	Bayley — Escala motora	13.58	10.72	-0.9281	
	Bayley — Escala total	11.58	11.47	-0.0370	
12 meses	Bayley — Escala mental	15.25	10.09	-1.6644	
	Bayley — Escala motora	16.50	9.63	-2.2223	*
	Bayley — Escala total	17.67	10.00	-2.3828	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Nível de desenvolvimento aos 6 e 12 meses de idade do bebé: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=46)

Quando se comparou o nível de desenvolvimento mental, motor e global dos bebés das mães que se encontravam ou não deprimidas no 6° e 12 ° mês do puerpério, sem se considerar o facto de elas terem ou não estado deprimidas no 3° mês do puerpério, não se verificaram diferenças significativas. Com efeito, como consta do quadro seguinte não se verificaram diferenças significativas entre os resultados dos bebés nas escalas de Bayley, nas idades de 6 e 12 meses, em dois grupos de mães que se encontravam ou não deprimidas, respectivamente no 6° e no 12° mês do puerpério (ver Quadro 97).

Quadro 97
Desenvolvimento do bebé 6 e 12 meses
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=46)

idade	instrumento	média	média	z
6 meses	Bayley — Escala mental	18.25	23.81	-1.3665
	Bayley — Escala motora	16.96	24.43	-1.8400
	Bayley — Escala total	17.36	24.24	-1.6887
12 meses	Bayley — Escala mental	17.33	25.06	-1.7493
	Bayley — Escala motora	18.42	24.67	-1.4148
	Bayley — Escala total	17.29	25.08	-1.7675

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento global do bebé aos 3 meses de idade

A análise de regressão múltipla levada a efeito para avaliar a importância relativa das variáveis independentes consideradas na determinação do nível de desenvolvimento global do bebé aos 3 meses de idade, mostrou que — quer no grupo total, quer no grupo experimental, quer no grupo de controlo — nenhuma das variáveis independentes consideradas era susceptível de explicar significativamente o nível de desenvolvimento global dos bebés da amostra, na idade de 3 meses, pois nenhuma ultrapassou o nível mínimo de significância de 0.05. Assim, por exemplo, a grandeza da sintomatologia depressiva materna no 3° mês do pós-parto apenas explica 2% da variância no nível de desenvolvimento global do bebé, não tendo por isso uma contribuição significativa para o mesmo (*Adjusted Rsquare*= 0.02140, Beta= -0.204423, T= -1.432, n.s.).

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 3 meses de idade

Igualmente, no que se refere ao nível de desenvolvimento mental dos bebés aos 3 meses de idade, verificamos que nenhuma das variáveis independentes estudadas na análise de regressão levada a cabo junto dos bebés — do grupo total, do grupo experimental ou do grupo de controlo — é susceptível de explicar significativamente a variância observada no nível de desenvolvimento mental dos bebés avaliados aos 3 meses de idade.

Quando de igual modo se considerou isoladamente a grandeza da sintomatologia depressiva materna, avaliada 3 meses depois do parto, conseguimos apenas explicar 2% da variância observada no nível de desenvolvimento mental dos bebés da amostra aos 3 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.01813, Beta= -0.196421, T= -1.373, n.s.).

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 3 meses de idade

Quando se consideraram todos os bebés da amostra, verificou-se que, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 98), 13% da variância observada no nível de desenvolvimento motor dos bebés podia ser explicada tendo em conta a qualidade dos cuidados providenciados pelas mães 3 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.16631, Beta= 0.448384, T= 2.406, p< 0.05).

Saliente-se ainda que, quando consideramos isoladamente a grandeza da sintomatologia depressiva materna pós-parto na análise de regressão linear simples, apenas conseguimos explicar 3% da variância nos resultados relativos ao desenvolvimento motor do bebé de 3 meses de idade (Adjusted Rsquare= 0.03345, Beta= -0.230600, T= -1.642, n.s.).

Quadro 98
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 3 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3º mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
cm3	0.12463	5.12888	*	1	0.393467	2.265	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

A análise de regressão múltipla levada a efeito para avaliar a importância relativa das variáveis independentes consideradas na determinação do nível de

desenvolvimento motor do bebé aos 3 meses de idade indica, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 99), que a qualidade da conduta interactiva da mãe, avaliada na interacção com o bebé aos 3 meses de idade, é o único preditor significativo do nível de desenvolvimento motor do bebé (Beta= 0.564274, T= 2.267, p< 0.05), quando apenas se considera os bebés das mães que se encontram deprimidas no 3º mês do puerpério, sendo por si só responsável por 26% da variância observada nos resultados da administração da escala de desenvolvimento motor de Bayley, aos 3 meses de idade do bebé (*Adjusted Rsquare*= 0.25644, p< 0.05). Quando consideramos a qualidade da conduta interactiva da mãe aos 3 meses de idade do bebé, as restantes variáveis independentes em estudo não são susceptíveis de explicar qualquer variação significativa no nível de desenvolvimento motor dos bebés de 3 meses de idade do grupo experimental.

Quadro 99
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 3 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
im3	0.25644	5.13862	*	1	0.564274	2.267	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando as mesmas variáveis foram consideradas para explicar o nível de desenvolvimento motor do bebé de 3 meses de idade, no grupo de controlo — i.e., junto dos bebés das mães que não desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto, verificamos que nenhuma das variáveis é susceptível de explicar significativamente a variância observada.

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento global do bebé aos 6 meses de idade

Quando se consideraram todas as variáveis em estudo susceptíveis de explicar o nível de desenvolvimento dos bebés da amostra, verificámos que 23% da variância observada no desenvolvimento global dos bebés, aos 6 meses de idade, podia ser prevista quando se tinha em conta a preocupação da mãe com o bebé 3 meses depois do parto, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 100).

Quando a variável independente preocupação materna foi considerada na equação de regressão, os efeitos das restantes variáveis em estudo (e.g., nível ocupacional, sócio-económico e educacional da mãe, nível de desenvolvimento do

bebé aos 3 meses, conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé aos 3 e 6 meses de idade do bebé, dificuldades comportamentais do bebé aos 3 e 6 meses, sexo do bebé, ajustamento conjugal materna, cuidados providenciados pelo pai ao bebé) não mostraram ter uma contribuição significativa para explicar o nível de desenvolvimento global do bebé aos 6 meses de idade.

Note-se contudo que, muito embora a grandeza da sintomatologia materna 3 meses depois do parto não seja susceptível de prever significativamente o nível de desenvolvimento dos bebés da amostra aos 6 meses de idade (Adjusted Rsquare= 0.02307, Beta= -0.210493, T= -1.444, n.s.), a sintomatologia depressiva materna 6 meses depois do parto foi por si só responsável por 26% da variância observada no nível de desenvolvimento global aos 6 meses dos bebés (*Rsquare*= 0.25877, p< 0.05).

Quadro 100
Regressão Múltipla *(stepwise)*
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento do bebé aos 6 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
pm3	0.23605	9.34250	***	1	0.514142	3.057	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

A análise de regressão múltipla levada a efeito para avaliar a importância relativa das variáveis independentes consideradas na determinação do nível de desenvolvimento global dos bebés do grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério mostrou que 97% da variância nos resultados relativos ao nível de desenvolvimento aos 6 meses de idade do bebé se devia ao modelo que considera a classe social da família, a preocupação materna com o bebé no 6° mês do puerpério, os cuidados prestados pelo pai ao bebé e a qualidade da conduta do bebé na interacção com a mãe aos 6 meses de idade.

Saliente-se ainda que, como consta do quadro seguinte (veja Quadro 101), a classe social da família é, aos 6 meses de idade do bebé, o melhor preditor para se explicar o nível de desenvolvimento do bebé das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério — visto que 48% da variância observada no nível de desenvolvimento global do bebé de 6 meses (*Rsquare*= 0.47895, p< 0.01) pode ser explicado se tivermos em conta a classe social da família. E ainda que a classe social da família e a preocupação da mãe com o bebé são por si só responsáveis por 79% da variância observada nos resultados relativos ao desenvolvimento global dos bebés aos 6 meses de idade (*Rsquare*= 0.79094, p< 0.001).

No grupo de controlo não encontrámos que alguma das variáveis consideradas fosse capaz de explicar significativamente qualquer variância nos

resultados relativos ao nível de desenvolvimento global dos bebés, aos 6 meses de idade.

Quadro 101
Regressão Múltipla *(stepwise)*
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento do bebé aos 6 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
csf	0.47895	11.11111	**	1	0.500376	8.699	***
+ pm6	0.79094	21.80782	***	2	0.695206	10.729	***
+ cp	0.89589	32.55410	***	3	-0.308778	-5.549	***
+ ib6	0.96750	82.85761	***	4	0.235964	4.316	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 6 meses de idade

Os dados do estudo que agora apresentamos indicam que 17% da variância observada no nível de desenvolvimento mental dos bebés da amostra aos 6 meses de idade, podia ser prevista quando se tinha em consideração o nível educacional da mãe (*Adjusted Rsquare*= 0.16793, Beta= -0.445809, T= -2.540, p< 0.05), tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 102).

Quadro 102
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 3 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
nem	0.16793	6.44913	*	1	-0.445809	-2.540	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

A análise de regressão múltipla levada a cabo, tendo em conta as mesmas variáveis, para predizer o nível de desenvolvimento mental dos bebés do grupo experimental aos 6 meses de idade, revelou que, como o mostra o quadro da página seguinte (ver Quadro 103), a classe social da família, a preocupação da mãe com o bebé 6 meses depois do parto, a sintomatologia depressiva materna no 3° mês do pós-parto e a presença de dificuldades do bebé na idade de 6 meses, quando tomadas conjuntamente, são responsáveis por 88% da variância nos resultados relativos ao desenvolvimento mental dos bebés avaliados na idade de 6 meses (*Adjusted Rsquare*= 0.88247, p< 0.001), sendo que, quando estas variáveis são consideradas, as restantes não têm uma contribuição significativa para os resultados observados na variável dependente em causa.

Quadro 103
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 6 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
csf	0.51014	12.45	**	1	0.880481	6.457	***
+ pm6	0.67178	12.25	**	2	0.646615	5.487	***
+ epds3	0.78443	14.34	**	3	0.429309	2.984	*
+ db6	0.88247	21.65	***	4	-0.305572	-2.770	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando se consideraram as mesmas variáveis junto dos bebés do grupo de controlo, verificámos que o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses era o único preditor significativo do nível de desenvolvimento mental do bebé aos 6 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.20288, Beta= 0.505981, T= 2.195, p< 0.05).

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 6 meses de idade

Quando se consideraram todos os bebés da amostra em estudo, assim como quando se consideraram apenas os bebés do grupo de controlo — i.e., os bebés das mães que não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério —, verificámos que a sintomatologia depressiva materna 3 meses depois do parto era a única variável susceptível de prever significativamente o nível de desenvolvimento motor dos bebés aos 6 meses de idade.

Com efeito, os resultados obtidos neste estudo indicam que a sintomatologia depressiva materna 3 meses depois do parto, sendo a única variável susceptível de explicar o nível de desenvolvimento motor dos bebés, é respectivamente responsável por 26% da variância observada no nível de desenvolvimento motor dos bebés aos 6 meses de idade, na amostra total (*Adjusted Rsquare*= 0.25520, Beta= -0.531772, T= -3.202, p< 0.001), como consta do quadro (ver Quadro 104), e por 24% da variância observada, aos 6 meses de idade dos bebés, no nível de desenvolvimento motor dos bebés do grupo de controlo (*Adjusted Rsquare*= 0.23315, Beta= -0.533174, T= -2.358, p< 0.05).

Quadro 104
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 6meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
epds3	0.25520	10.25113	**	1	-0.531772	-3.202	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Levámos a cabo uma análise de regressão múltipla de tipo *stepwise* considerando o nível de desenvolvimento motor dos bebés do grupo experimental aos 6 meses de idade, como variável dependente. Encontrámos que, tal como indicam os dados que constam do quadro abaixo (ver Quadro 105), cinco dos factores considerados — a saber, a gravidade da depressão pós-parto da mãe no 3° mês do puerpério, a sintomatologia depressiva materna no 3° mês do puerpério, a idade da mãe, a qualidade da interacção mãe-bebé na idade de 6 meses do bebé e o nível ocupacional da mãe — tinham um efeito significativo sobre a variável dependente em análise. Quando tomados conjuntamente esses factores mostraram ser responsáveis por 98% da variância observada nos resultados relativos ao desenvolvimento motor do bebé avaliado na idade de 6 meses (*Adjusted Rsquare*= 0.97538, p< 0.001). Saliente-se que a gravidade e sintomatologia da depressão materna no 3° mês do pós-parto são, por si só, é responsáveis por 86% (*Adjusted Rsquare*= 0.85338, p< 0.001) da variância nos resultados da avaliação do nível do desenvolvimento motor do bebé .

Quadro 105
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 6 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
gr3	0.69480	26.04167	***	1	-0.649966	-12.261	***
+ epds3	0.85338	33.01124	***	2	-0.346328	-4.551	**
+ im	0.91892	42.55423	***	3	-0.543218	-5.644	**
+ imb6	0.95156	55.01999	***	4	0.259765	4.375	**
+ nom	0.97538	88.17505	***	5	-0.320332	-2.788	***

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento global do bebé aos 12 meses de idade

Tal como aconteceu com o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 6 meses de idade, o modelo que melhor permite predizer o nível de desenvolvimento global do bebé aos 12 meses de idade é o mesmo no grupo total e no grupo de controlo.

Esse modele é aquele que considera exclusivamente o nível de desenvolvimento do bebé aos 6 meses de idade. Com efeito, a melhor forma de prever o nível de desenvolvimento dos bebés aos 12 meses de idade consistiu em considerar-se o nível de desenvolvimento dos bebés aos 6 meses de idade, e isso aconteceu quer com os bebés do grupo total, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 106), quer com os bebés do grupo de controlo (*Adjusted Rsquare*= 0.43784, Beta= 0.689431, T= 3.561, p< 0.01).

Acrescente-se que a presença de depressão materna 3 meses após o parto não contribui significativamente para predizer o nível de desenvolvimento do bebé aos 12 meses de idade, pois quando é tomada isoladamente na equação de regressão é susceptível de explicar apenas 2% da variância observada (*Adjusted Rsquare*= 0.02357, Beta= 0.212762, T= 1.444, n.s.).

A análise levada a cabo aos 12 meses de idade do bebé, mostra que 92% da variância observada no nível de desenvolvimento global dos bebés do grupo experimental (*Adjusted Rsquare*= 91487, p< 0.001) se deve ao modelo que considera a participação do pai nos cuidados prestados ao bebé, as dificuldades desenvolvimentais do bebé na idade de 6 meses, o ajustamento conjugal da mãe e o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 3 meses de idade; sendo que 29% da variância observada no nível de desenvolvimento global dos bebés aos 12 meses de idade, pode ser explicada quando consideramos a participação do pai nos cuidados prestados ao bebé (*Adjusted Rsquare* = 0.28563, p< 0.05). Assim, a participação do pai nos cuidados prestados ao bebé aparece como o melhor preditor do nível de desenvolvimento global dos bebés aos 12 meses de idade junto dos bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, pelo menos tendo em conta as variáveis consideradas no estudo, as dificuldades desenvolvimentais do bebé na idade de 6 meses, o ajustamento conjugal da mãe e o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 3 meses de idade são igualmente importantes.

Quadro 106
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento do bebé aos 12 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
cp	0.28563	5.39816	*	1	-0.534417	-5.257	***
db6	0.63779	10.68435	**	2	1.003185	8.767	***
am	0.83859	20.05034	***	3	-0.534417	-5.594	***
nmenb3	0.91487	30.55491	***	4	-0.311337	-2.858	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 12 meses de idade

Considerar o nível de desenvolvimento global dos bebés aos 6 meses de idade mostrou ser a melhor forma de prever o nível de desenvolvimento mental dos bebés aos 12 meses de idade, quer quando se consideraram todos os bebés da amostra (*Adjusted Rsquare*= 0.21911, Beta= 0.498031, T= 2.928, p< 0.01), quer quando apenas se

consideraram os bebés do grupo de controlo (*Adjusted Rsquare*= 0.38704, Beta= 0.654146, T= 3.236, p< 0.01).

Acrescente-se que quer a presença de depressão materna no 3º mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.00307, Beta= -0.160409, T= 1.066, n.s.), quer a gravidade da depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.01054, Beta= -0.181741, T= -1.212, n.s.), não contribuem significativamente para predizer o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 12 meses de idade, pois quando é tomada isoladamente na equação de regressão não explicam qualquer variação nos resultados relativos à variável dependente.

A análise de regressão múltipla levada a efeito para avaliar a importância relativa das variáveis independentes consideradas na determinação do nível de desenvolvimento dos bebés do grupo experimental mostrou que o modelo de regressão múltipla que inclui simultaneamente as dificuldades de desenvolvimento do bebé aos 6 meses de idade e a participação do pai nos cuidados a prestar ao bebé durante o primeiro ano de vida, é o melhor modelo para explicar, aos 12 meses de idade, o nível de desenvolvimento dos bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto

Tal como se assinala no quadro seguinte (ver Quadro 107), esse modelo é responsável por 57% da variância observada nos resultados dos bebés do grupo experimental aos 12 meses de idade na escala de desenvolvimento mental de Bayley (*Adjusted Rsquare*= 0.567640, p< 0.01). As dificuldades desenvolvimentais do bebé, aos 6 meses de idade, são o melhor preditor para explicar o nível de desenvolvimento do bebé aos 12 meses de idade, visto que 28% da variância observada no nível de desenvolvimento do bebé aos 12 meses de idade (*Adjusted Rsquare*= 0.28194, Beta= 0.709444, T= 3.495, p< 0.01). A participação do pai nos cuidados providenciados ao bebé durante o primeiro ano de vida (Beta= -0.654146, T= -2.758, p< 0.05) é uma variável igualmente importante..

Quadro 107
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento mental do bebé aos 12 meses de idade Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
db6	0.28194	5.31903	*	1	0.709444	3.495	**
+ cp	0.56764	8.22080	**	2	-0.559891	-2.758	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 12 meses de idade

Tal como aconteceu na previsão do desenvolvimento mental, considerar o nível de desenvolvimento do bebé aos 6 meses de idade mostrou ser a melhor forma de prever o nível de desenvolvimento motor dos bebés aos 12 meses de idade, o que aconteceu quando se consideraram todos os bebés da amostra (*Adjusted Rsquare*= 0.33020, p< 0.001; Beta= 0.595827, T= 3.783, p< 0.001), assim como quando apenas se consideram os bebés do grupo de controlo, cujas mães não apresentavam perturbação psicopatológica no 3° mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.43017, p< 0.01; Beta= 0.684221, T= 3.511, p< 0.01).

Acrescente-se que a presença de depressão materna no 3° mês do pós-parto não contribui significativamente, quando é tomada isoladamente, para predizer o nível de desenvolvimento motor dos bebés aos 12 meses de idade, pois não explica qualquer variância significativa na equação de regressão relativa aos resultados do desenvolvimento motor dos bebés da amostra (*Adjusted Rsquare= -0.0034*, Beta= -0.139220, T= 0.922, n.s.). Também a gravidade da depressão pós-parto materna no 3° mês do puerpério não acrescenta significativamente para a compreensão da variância relativa aos resultados aos 12 meses de idade do desenvolvimento motor dos bebés da amostra (*Adjusted Rsquare*= 0.02818, Beta= -0.224211, T= -1.509, n.s.).

Quando se consideraram as mesmas variáveis para explicar, no grupo experimental, o nível de desenvolvimento motor dos bebés na idade de 12 meses verificamos que o modelo que considera em simultâneo, a idade da mãe (Beta= -1.077283, T= -38.337, p< 0.001), a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao bebé 12 meses depois do parto (Beta= 0.563961, T= 20.059, p< 0.001), a preocupação da mãe com o bebé 12 meses depois do parto (Beta= 0.272567, T= 11.058, p< 0.001), os cuidados providenciados pela mãe ao bebé 3 meses depois do parto (Beta= 0.183853, T= 6.942, p< 0.001), a qualidade da conduta interactiva materna 12 meses depois do parto (Beta= -0.242313, T= -9.184, p< 0.001) e o tipo de cuidados providenciados ao bebé durante o primeiro ano de vida (Beta= 0.153451, T= 4.942, p< 0.05), é susceptível de explicar 100% da variância observada no nível de desenvolvimento motor dos bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto (*Adjusted Rsquare* = 0.99598, p< 0.001).

Quadro 108
Modelo para predizer o nível de desenvolvimento motor do bebé aos 12 meses de idade
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério
(N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
epds6	0.37911	7.71664	*	1			
im	0.62788	10.28035	**	2	-1.077283	-38.337	***
cm12	0.81804	17.48385	***	3	0.563961	20.059	***
-epds6	0.80774	24.10732	***				
pm12	0.91240	39.18970	***	3	0.272567	11.058	***
cm3	0.94725	50.38584	***	4	0.183853	6.942	***
im12	0.98028	110.35317	***	5	-0.242317	-9.184	***
cb	0.99598	455.09423	***	6	0.153451	4.942	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

2.3. Comportamento do bebé com o observador

Para testar a hipótese 17 — que os bebés das mães que se encontram deprimidas no puerpério (VI) exibem uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com o observador (VD) do que os bebés das mães que não estão deprimidas após o parto — levamos a efeito os procedimentos estatísticos que passamos a descrever.

Estudámos, através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas (*Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test*), o significado das diferenças encontradas na observação realizada através da escala de comportamento do bebé de Bayley, nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé, nos pares de bebés definidos no grupo experimental e no grupo de controlo. Estudámos, através do teste de Mann-Whitney *(Mann-Whitney t test for two independents groups)*, o significado das diferenças encontradas nas avaliações dos bebés das mães que se encontravam deprimidas ou não-deprimidas no 6° e 12 ° mês do puerpério, quando não se considera o facto de as mães poderem ou não ter estado deprimidas no 3° mês do pós-parto.

Para testar a hipótese 21 — que os bebés das mães que se encontram deprimidas ao 3° no pós-parto (VI) exibem alguns meses mais tarde, ao 12° mês do pós-parto, uma conduta interactiva de menor qualidade, na interacção com o observador, mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas (repercussões a longo-prazo), embora menos do que no caso de elas se manterem deprimidas (VDs) — comparou-se, aos 12 meses de idade, os resultados dos bebés nas escalas de comportamento de Bayley, em três grupos de bebés.

Os bebés cujas mães não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável nos 12 meses que se sucederam ao parto (grupo 0), os bebés cujas mães se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério, mas já não se encontravam

deprimidas 12 meses após o parto (grupo 1) e os bebés cujas mães se mantiveram deprimidas durante os 12 meses que se seguiram ao parto (grupo 2) foram comparados. Estudou-se também o significado das diferenças encontradas nos dois grupos 1 e 2 — bebés do grupo experimental definido inicialmente em que as mães se mantiveram deprimidas e em que as mães já não se encontravam deprimidas 12 meses após o parto — e nos dois grupos 0 e 1 — bebés em que as mães não estiveram clinicamente deprimidas nem no 3° nem no 12° mês do pós-parto e bebés em que as mães estiveram clinicamente deprimidas no 3° mês do pós-parto, mas não no 12° mês do pós-parto.

Comportamento do bebé com o observador aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé: mães com depressão pós-parto e mães sem perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério (N=50)

Aos 3 meses de idade do bebé, observou-se que os bebés das mães que se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério, quando foram comparados com os bebés das mães que não estavam deprimidas nesse momento, evidenciavam um comportamento significativamente menos adequado na interacção com o observador durante a administração das escalas de desenvolvimento de Bayley, nomeadamente uma resposta social à mãe significativamente menos acentuada ($z= -2.2749$, $p< 0.5$) e menos comportamentos de exploração do material e ambiente — e.g., bater com os brinquedos ou com as mãos na mesa ($z= -2.2646$, $p< 0.5$) — durante a situação de teste. No entanto, não se mostraram estatisticamente significativas as diferenças verificadas nos restantes aspectos do comportamento dos bebés, avaliados pela escala RCB de comportamento, entre os pares de bebés definidos no grupo experimental e no grupo de controlo, como se pode concluir da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 109).

Mais tarde na vida dos bebés, na idade de 6 e de 12 meses — e, não se considerando o facto de as mães se encontraram ou não ainda deprimidas — observou-se que, como o indicam os resultados obtidos através da escala de registo do comportamento do bebé de Bayley, os bebés das mães que estiveram deprimidas no 3° mês puerpério, comportam-se de um modo significativamente menos adequado na resposta à situação de avaliação do desenvolvimento e na interacção com o observador do que os bebés das mães que não estiveram deprimidas no 3° mês do puerpério.

Quadro 109
Comportamento do bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=50)

Idade	comportamento do bebé	média	média	z		comportamento do bebé	média	média	z	
3 meses	Resposta pessoas	9.00	10.46	0.0990		Reactividade	7.50	9.82	-1.4912	
	Resposta examinador	6.00	8.33	-1.4125		Olhar	12.00	8.54	-1.1105	
	Resposta mãe	5.00	6.80	-2.2749	*	Ouvir sons	7.70	9.83	-0.4654	
	Cooperação	10.67	9.40	-0.0402		Produzir sons	7.29	10.20	-1.2071	
	Receio	7.25	8.86	-0.1136		Bater	8.38	9.82	-2.2646	*
	Tensão	11.88	12.07	-1.3078		Explorar	8.25	12.00	-1.4560	
	Tonalidadeemocional	8.50	11.58	-1.6986		Movimentos	10.43	9.75	-0.8853	
	Orientação objectos	7.17	11.83	-0.9146		Levar à boca	11.88	11.42	-2.5648	*
	Jogo imaginativo	2.50	2.50	-0.9129		Chupeta	12.88	10.71	-0.7629	
	Ligação brinquedo	1.00	0.00	-1.0000		Brinquedos	9.73	14.08	-0.9429	
	Orientação fins	9.71	10.17	-1.0865		Nível energia	8.79	9.95	-1.0452	
	Atenção	9.61	12.07	-1.0080		Coordenação grossa	10.22	7.75	-0.0473	
	Persistência	9.89	9.11	-1.1524		Coordenação fina	4.67	4.00	-0.1207	
	Actividade	8.31	11.96	-1.4373						
6 meses	Resposta pessoas	7.86	9.00	-0.6722		Reactividade	7.33	7.55	-1.9147	
	Resposta examinador	4.50	7.75	-2.2363	*	Olhar	8.28	10.72	-0.4791	
	Resposta mãe	5.50	6.59	-2.6280	**	Ouvir sons	6.80	9.92	-2.0119	*
	Cooperação	8.92	10.50	-1.6701		Produzir sons	13.00	11.06	-1.9966	*
	Receio	10.04	11.19	-0.5787		Bater	6.90	14.10	-1.3440	
	Tensão	8.15	7.70	-1.2211		Explorar	10.13	11.54	-1.1991	
	Tonalidadeemocional	10.08	10.68	-1.6613		Movimentos	9.17	11.59	-0.8400	
	Orientação objectos	7.75	10.38	-1.6985		Levar à boca	6.63	9.73	-2.3669	*
	Jogo imaginativo	1.50	1.50	0.0000		Chupeta	6.50	9.71	-0.4544	
	Ligação brinquedo	0.00	2.50	-1.8257		Brinquedos	8.25	8.75	-0.1034	
	Orientação fins	8.56	12.50	-1.6336		Nível energia	8.25	5.93	-0.2795	
	Atenção	8.00	9.31	-2.1065	*	Coordenação grossa	8.25	8.75	-0.1034	
	Persistência	9.90	10.04	-1.8310		Coordenação fina	8.25	5.93	-0.2795	
	Actividade	10.90	9.68	-1.6298						
12 meses	Resposta pessoas	7.13	6.80	-0.8037		Reactividade	8.17	8.70	-0.9825	
	Resposta examinador	8.67	8.40	-0.8273		Olhar	7.89	9.29	-0.1551	
	Resposta mãe	5.00	8.46	-2.8398	**	Ouvir sons	8.29	9.50	-0.8758	
	Cooperação	13.50	9.50	-1.4000		Produzir sons	7.79	9.85	-1.0414	
	Receio	10.60	7.75	-2.5755	**	Bater	7.17	11.83	-0.9146	
	Tensão	9.54	5.38	-2.4045	*	Explorar	10.22	10.73	-0.4853	
	Tonalidadeemocional	7.70	9.54	-1.7988		Movimentos	13.14	9.93	-0.8168	
	Orientação objectos	7.13	6.19	-0.8237		Levar à boca	8.00	10.08	-1.9815	*
	Jogo imaginativo	1.50	1.50	0.0000		Chupeta	7.89	10.25	-0.2604	
	Ligação brinquedo	2.00	2.00	-0.5345		Brinquedos	12.96	9.39	-1.3636	
	Orientação fins	7.30	7.61	-1.0044		Nível energia	7.00	9.43	-2.6273	*
	Atenção	8.80	7.60	-0.9087		Coordenação grossa	10.79	7.80	-2.2536	*
	Persistência	10.50	9.12	-1.4372		Coordenação fina	7.50	7.50	0.0000	
	Actividade	10.13	9.32	-1.9598	*					

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Com efeito, quando não se considerou o facto de as mães se manterem ou não deprimidas, aos 6 meses de idade do bebé, os bebés das mães que se encontravam deprimidas no 3° mês do pós-parto, mostraram uma conduta significativamente diferente da conduta dos bebés das mães que não se encontravam deprimidas aos 3 meses do pós-parto, num número mais elevado de aspectos do que aconteceu na avaliação anterior. Enquanto estavam a ser avaliados pelo examinador, os bebés do grupo experimental exibiram uma interacção caracterizada por uma orientação social significativamente mais fraca — quer para com o examinador (z= -2.2363, p< 0.05), quer para com a mãe (z= -2.6280, p< 0.01) —, evidenciaram também serem menos capazes de manter a atenção sobre os estímulos — pessoas, objectos ou actividades propostas — e de finalizar um objectivo (z= -2.1065, p< 0.05), assim como mostraram menos interesse em ouvir sons (z= -2.0119, p< 0.05), bem como em produzir sons (z= -1.9966, p< 0.05), e menos interesse em levar os objectos à boca (z= -2.3669, p< 0.05).

Mais tarde também, aos 12 meses de idade, e não se considerando o facto de as suas mães ainda se encontrarem ou não deprimidas, os bebés das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, evidenciaram, durante a avaliação que lhes foi feita pelo investigador, um comportamento significativamente menos adequado, quer em relação à mãe — menor orientação social para a mãe ($z= -2.8398$, $p< 0.01$) —, quer em relação aos estímulos e situação de teste, na administração da escala de registo de comportamento de Bayley, a saber: mais receio pela pessoa do examinador, novidade ou mudanças no ambiente ou material de teste ($z= -2.5755$, $p < 0.01$), menor actividade ($z= -1.9598$, $p< 0.05$), menos energia ($z= -2.6273$, $p < 0.01$), mais tensão corporal ($z= -2.4045$, $p< 0.05$), pior coordenação grossa ($z= -2.2536$ $p< 0.05$) e menos exploração dos objectos através da boca ($z= -1.9815$, $p< 0.05$).

Para avaliar a presença de diferenças significativas na interacção do bebé com o observador, na idade de 3, 6 e 12 meses, em dois grupos de bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto de diferente gravidade no 3° mês do puerpério, estabeleceram-se dois grupos de bebés tendo em conta a gravidade da depressão das mães — tal como pode ser encontrada a partir da entrevista psiquiátrica SADS e critérios RDC — depressão *minor* (grupo 1) e depressão *major* (grupo 2) .

Estudou-se o significado das diferenças nos resultados do bebé nas escalas de registo do comportamento do bebé de Bayley, nas idades de 3, 6 e 12 meses. Como pode concluir da leitura do quadro da página seguinte (ver Quadro 110), os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto de menor gravidade apresentam um comportamento mais adequado com o observador durante a administração das escalas de Bayley. Nomeadamente, na idade de 3 meses, os bebés das mães com depressão pós-parto *minor* apresentam, comparativamente aos bebés das mães com depressão pós-parto *major*, um maior uso de chupeta ($z= -1.9931$, $p< 0.05$), assim como, na idade de 6 meses, uma maior exploração dos objectos e situações de teste ($z= -2.5272$, $p< 0.05$), e, na idade de 12 meses, uma resposta social mais positiva à mãe ($z= -2.0387$, $p< 0.05$), mais actividade ($z= -1.9947$, $p< 0.05$), mais reactividade ($z= -2.1109$, $p< 0.05$) e uma maior movimentação ($z= -2.0387$, $p< 0.01$).

Quando estudamos a influência da duração da depressão materna sobre o comportamento do bebé com o observador, avaliado nas escala de registo do comportamento de Bayley, na idade de 12 meses, verificámos que — através da análise de variância simples não-paramétrica de Kruskal Wallis — eram significativas, para alguns itens, as diferenças nas respostas entre os bebés pertencentes a 3 grupos definidos segundo a duração da depressão da mãe: bebé cujas mães não se deprimiram nos primeiros 12 meses do puerpério (grupo 0, $N= 22$), bebés cujas mães

estavam deprimidas no 3° mês do pós-parto, mas não se encontravam deprimidas 12 meses depois do parto (grupo 1, N= 11) e bebés cujas mães, estando deprimidas no 3° mês do pós-parto, ainda se encontravam deprimidas 12 meses a seguir ao parto (grupo 2, N= 12).

Quadro 110
Comportamento do bebé (3, 6 e 12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão *minor*/ Mães com depressão *major* (N=25)

idade	comportamento do bebé	média	média	z	comportamento do bebé	média	média	z
3 meses	Resposta pessoas	12.05	13.75	-0.5942	Reactividade	13.27	12.79	-0.1782
	Resposta examinador	12.59	13.32	-0.2748	Olhar	13.18	12.86	-0.1133
	Resposta mãe	11.09	14.50	-1.4102	Ouvir sons	14.27	12.00	-0.7808
	Cooperação	12.41	13.46	-0.3729	Produzir sons	13.09	12.93	-0.5560
	Receio	12.27	13.57	-0.4578	Bater	15.05	11.39	-1.2967
	Tensão	11.64	14.07	-0.8505	Explorar	15.77	10.82	-1.7035
	Tonalidadeemocional	13.64	12.50	-0.3904	Movimentos	10.23	15.18	-1.7028
	Orientação objectos	15.73	10.86	-1.6867	Levar à boca	14.73	11.64	-1.0627
	Jogo imaginativo	12.91	13.07	-0.0859	Chupeta	16.18	10.50	-1.9931 *
	Ligação brinquedo	12.50	13.39	-0.8864	Brinquedos	16.09	10.57	-1.8933
	Orientação fins	11.09	14.50	-1.2054	Nível energia	12.09	13.71	-0.6250
	Atenção	13.45	12.64	-0.2856	Coordenação grossa	11.59	14.11	-0.9926
	Persistência	13.59	12.54	-0.3924	Coordenação fina	11.55	14.14	-0.9428
	Actividade	12.73	13.21	-0.1689				
6 meses	Resposta pessoas	12.73	12.31	-0.1680	Reactividade	11.36	13.46	0.7432
	Resposta examinador	13.36	11.77	-0.6213	Olhar	14.91	10.46	-1.5627
	Resposta mãe	13.50	11.65	-0.7108	Ouvir sons	12.64	12.38	-0.0886
	Cooperação	13.82	11.38	-0.8754	Produzir sons	13.91	11.31	-0.9260
	Receio	12.50	12.50	0.0000	Bater	14.45	10.85	-1.2633
	Tensão	12.23	12.73	-0.1810	Explorar	16.41	9.19	-2.5272 *
	Tonalidadeemocional	10.32	14.35	-1.4710	Movimentos	11.45	13.38	-0.6766
	Orientação objectos	14.50	10.81	-1.3264	Levar à boca	15.36	10.08	-1.8588
	Jogo imaginativo	11.91	13.00	-1.0871	Chupeta	15.09	10.31	-1.6864
	Ligação brinquedo	12.32	12.65	-0.1794	Brinquedos	14.86	10.50	-1.5544
	Orientação fins	13.55	11.62	-0.6909	Nível energia	13.23	11.88	-0.4892
	Atenção	13.18	11.92	-0.4683	Coordenação grossa	11.64	13.23	-0.5941
	Persistência	12.27	12.69	0.1557	Coordenação fina	11.73	13.15	-0.5251
	Actividade	13.14	11.96	0.4351				
12 meses	Resposta pessoas	10.30	13.31	-1.1040	Reactividade	15.20	9.54	-2.1109 *
	Resposta examinador	13.35	10.96	-0.9916	Olhar	12.20	11.85	-0.1295
	Resposta mãe	15.10	9.62	-2.0387 *	Ouvir sons	13.85	10.58	-1.1758
	Cooperação	14.15	10.35	-1.3679	Produzir sons	13.90	10.54	-1.1986
	Receio	9.55	13.88	-1.5476	Bater	14.00	10.46	-1.2653
	Tensão	11.15	12.65	-0.5452	Explorar	12.55	11.58	-0.3524
	Tonalidadeemocional	13.75	10.65	-1.1114	Movimentos	16.45	8.58	-2.8153 *
	Orientação objectos	14.45	10.12	-1.6175	Levar à boca	11.65	12.27	-0.2226
	Jogo imaginativo	12.50	11.62	-0.9771	Chupeta	9.40	14.00	-1.6461
	Ligação brinquedo	11.85	12.12	-0.1904	Brinquedos	9.90	13.62	-1.3354
	Orientação fins	12.00	12.00	0.0000	Nível energia	13.70	10.69	-1.1572
	Atenção	11.60	12.31	-0.2540	Coordenação grossa	10.60	13.08	-0.9099
	Persistência	13.80	10.62	-1.1423	Coordenação fina	10.60	13.08	-1.1285
	Actividade	15.05	9.65	-1.9947 *				

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Os resultados que se encontram inscritos no quadro seguinte (ver Quadro 111) indicam que os bebés das mães que não apresentaram perturbação psiquiátrica durante os primeiros 12 meses do pós-parto mostram, aos 12 meses de idade, uma maior resposta à mãe do que os bebés cujas mães estiveram deprimidas apenas durante os primeiros 3 meses do pós-parto e estes mais do que os bebés cujas mães se mantiveram deprimidas durante os 12 meses em que se procedeu ao estudo (x^2= 10.3453, d.f.=2, p< 0.01); também os bebés cujas mães não apresentaram perturbação psiquiátrica durante os primeiro 12 meses do pós-parto mostram aos 12 meses menos receio das pessoas e estímulos novos na situação de teste do que os bebés cujas mães

se deprimiram durante os primeiros 12 ou 3 meses do pós-parto (x^2= 8.7119, d.f.= 2, p< 0.05); os bebés das mães que não apresentaram perturbação psiquiátrica durante os primeiro 12 meses do pós-parto mostraram um interesse muito maior por fazer uma exploração dos objectos através da boca do que os bebés das mães estiveram deprimidas apenas durante os primeiros 3 meses do pós-parto, os quais ainda assim mostraram mais interesse em levar os objectos à boca do que os bebés cujas mães se mantiveram deprimidas durante os 12 meses pós-parto (x^2= 9.8575, d.f.= 2, p< 0.01).

Quadro 111
Comportamento do bebé com o observador aos 12 meses
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe (duração)
Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério/ Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N=45)

Comportamento do bebé	média	média	média	x^2	
Resposta pessoas	20.86	21.82	28.00	2.6364	
Resposta examinador	25.64	19.36	21.50	2.2320	
Resposta mãe	28.30	22.09	14.13	10.3453	**
Cooperação	26.52	19.00	20.21	3.2578	
Receio	17.23	29.36	27.75	8.7119	*
Tensão	18.59	28.95	25.63	5.7768	
Tonalidade emocional	26.57	19.41	19.75	3.3415	
Orientação objectos	24.25	19.36	24.04	1.3576	
Jogo imaginativo	22.98	24.00	22.13	0.9186	
Ligação brinquedo	23.48	24.50	20.75	2.8095	
Orientação fins	24.75	18.09	24.29	2.1526	
Atenção	24.59	19.55	23.25	1.1290	
Persistência	27.30	18.27	19.46	4.8462	
Actividade	26.80	17.55	21.04	4.2031	
Reactividade	25.16	21.64	20.29	1.3066	
Olhar	22.50	18.68	27.88	3.1209	
Ouvir sons	23.91	16.50	27.29	4.3296	
Produzir sons	25.02	18.68	23.25	1.7553	
Bater	24.82	19.77	22.63	1.1303	
Explorar	23.61	18.36	26.13	2.2247	
Movimentos	24.55	26.59	16.88	3.8396	
Levar à boca	26.91	26.06	13.00	9.8575	**
Chupeta	23.80	21.23	23.17	0.2962	
Brinquedos	21.48	17.18	31.13	7.2719	*
Nível energia	27.95	16.64	19.75	7.2181	*
Coordenação grossa	18.68	26.41	27.79	4.9647	
Coordenação fina	22.14	23.09	24.50	0.2960	

d.f.= 2
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No entanto, é interessante verificar-se que o interesse suscitado pelos brinquedos do teste foi maior junto dos bebés cujas mães se mantiveram deprimidas durante os 12 meses pós-parto do que junto dos bebés cujas mães não se deprimiram durante o puerpério, sendo que no grupo das mães que apenas se mantiveram deprimidas durante os primeiros meses do puerpério que os bebés mostraram menos interesse pelos brinquedos (x^2= 7.2719, d.f.= 2, p< 0.05), aliás também foi no grupo dos bebés cujas mães apenas se mantiveram deprimidas durante os primeiros 3 meses de vida que foi registado o menor nível de energia, seguido pelo grupo dos bebés das mães que estiveram deprimidas durante todo o tempo de estudo e finalmente pelo grupo dos bebés das mães que não se deprimiram durante o puerpério, no qual os

bebés manifestaram um maior nível de energia durante a situação de teste (x^2= 7.2181, d.f.= 2, p< 0.05).

Em relação às diferenças nos restantes aspectos assinalados no quadro abaixo do comportamento do bebés avaliados pela escala, elas não se mostraram significativas, donde que com relação a esses mesmos aspectos as diferenças entre os grupos são menores do que as diferenças verificadas dentro de cada um dos grupos considerados.

O significado das diferenças no comportamento do bebé com o observador aos 12 meses de idade, em dois grupos de mães que estando deprimidas no 3° mês do puerpério, mantiveram-se (grupo 2) ou não (grupo 1) deprimidas durante todo o primeiro ano de vida do bebé, foi estudado através do teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos.

Note que, como se assinala no quadro seguinte (ver Quadro 112), os movimentos do bebé (z= -1.9449, p< 0.05), a exploração dos objectos pela boca (z= -1.9933, p< 0.05) e o interesse que o bebé manifesta pelos brinquedos (z= -2.4928, p< 0.05), tiveram uma cotação significativamente diferente entre os 2 grupos em estudo. Aos 12 meses de idade os bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto e já não se encontravam clinicamente deprimidas (grupo 1) comportaram-se, em geral, de um modo mais adequado do que os bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto e ainda se encontravam clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (grupo 2).

Quadro 112
Comportamento do bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N= 23)

idade	comportamento do bebé	média	média	z	comportamento do bebé	média	média	z	
	Resposta pessoas	10.45	13.42	-1.0956	Reactividade	12.27	11.75	-0.1964	
	Resposta examinador	11.32	12.63	-0.5467	Olhar	9.59	14.21	-1.7023	
	Resposta mãe	14.23	9.96	-1.5989	Ouvir sons	9.41	14.38	-1.7977	
	Cooperação	11.59	12.38	-0.2841	Produzir sons	10.41	13.46	-1.0956	
12	Receio	12.91	11.17	-0.6269	Bater	10.91	13.00	-0.7534	
	Tensão	12.73	11.33	-0.5093	Explorar	10.18	13.67	-1.2718	
m	Tonalidadeemocional	11.55	12.42	-0.3151	Movimentos	14.87	9.36	-1.9449	*
e	Orientação objectos	10.82	13.08	-0.8517	Levar à boca	14.83	9.40	-1.9933	*
s	Jogo imaginativo	12.50	11.54	-0.9574	Chupeta	11.64	12.33	-0.2513	
e	Ligação brinquedo	13.00	11.08	-1.3859	Brinquedos	8.41	15.29	-2.4928	*
s	Orientação fins	10.14	13.71	-1.2944	Nível energia	10.64	13.25	-1.0133	
	Atenção	10.82	13.08	-0.8193	Coordenação grossa	12.00	12.00	0.0000	
	Persistência	11.27	12.67	-0.5038	Coordenação fina	11.73	12.25	-0.2400	
	Actividade	10.77	13.13	-0.8489					

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Averiguámos ainda que, aos 12 meses de idade, os bebés cujas mães estiveram deprimidas no 3° mês do pós-parto, mas já não se encontravam deprimidas no 12° mês do pós-parto apresentavam, em relação a alguns dos aspectos avaliados

na escala de registo do comportamento do bebé de Bayley, uma conduta significativamente diferente à conduta dos bebés cujas mães não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável, nem na avaliação do 3° nem na avaliação do 6° mês do pós-parto.

Como consta do quadro seguinte (ver Quadro 113), na interacção com o observador durante a administração das escalas de desenvolvimento de Bayley, aos 12 meses de idade, os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto, muito embora as suas mães já não estivessem deprimidas (grupo 1) exibiram uma conduta menos adequada — nomeadamente, evidenciaram significativamente mais receio pela pessoa do observador (z= -2.3331, p< 0.05), assim como significativamente mais tensão corporal (z=-2.3142, p< 0.05), embora um nível de energia significativamente menor (z=-2.1959, p< 0.05) — do que os bebés das mães que não desenvolveram perturbação psicopatológica assinalável durante o primeiro ano do puerpério (grupo 0).

Quadro 113
Comportamento do bebé (12 meses)
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério (N= 33)

idade	comportamento do bebé	média	média	z		comportamento do bebé	média	média	z	
	Resposta pessoas	17.36	16.82	-0.1591		Reactividade	15.36	17.82	-0.7107	
	Resposta examinador	14.05	18.48	-1.3274		Olhar	15.09	17.95	-0.8282	
	Resposta mãe	13.86	18.57	-1.4620		Ouvir sons	13.09	18.95	-1.6834	
	Cooperação	13.41	18.80	-1.5351		Produzir sons	14.27	18.36	-1.1603	
12	Receio	22.45	14.27	-2.3331	*	Bater	14.86	18.07	-0.9098	
	Tensão	22.23	14.39	-2.3142	*	Explorar	14.18	18.41	-1.2119	
m	Tonalidadeemocional	13.86	18.57	-1.3655		Movimentos	17.82	16.59	-0.3500	
e	Orientação objectos	14.55	18.23	-1.1498		Levar à boca	17.36	16.82	-0.1558	
s	Jogo imaginativo	17.50	16.75	-0.7071		Chupeta	15.59	17.70	-0.6053	
e	Ligação brinquedo	17.50	16.75	-0.7071		Brinquedos	14.77	18.11	-0.9547	
s	Orientação fins	13.95	18.52	-1.3224		Nível energia	12.00	19.50	-2.1959	*
	Atenção	14.73	18.14	-0.9726		Coordenação grossa	20.41	15.30	-1.4689	
	Persistência	13.00	19.00	-1.7253		Coordenação fina	17.36	16.82	-0.1610	
	Actividade	12.77	19.11	-1.8202						

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No que se refere ainda ao comportamento do bebé com o observador, em geral, os bebés do sexo masculino das mães com depressão pós-parto foram mais positivamente cotados pelo observador do que os bebés do sexo feminino das mães com depressão pós-parto. As diferenças mostraram-se significativas nos seguintes aspectos: aos 6 meses de idade, os meninos foram avaliados como possuindo uma significativa melhor coordenação motora para a idade do que as meninas (x1= 16.75, x2= 9.47, z= -2.6274, p< 0.01) e, aos 12 meses de idade, os meninos foram avaliados como expressando um maior grau de contentamento do que as meninas (x1= 14.00, x2= 8.25, z= -1.9831, p< 0.05); no entanto, os bebés do sexo masculino do grupo experimental não

exibiram uma conduta significativamente diferente da conduta observada nos bebés do sexo feminino do grupo experimental, nos restantes aspectos avaliados na escala RBC.

No que se refere ao comportamento com o observador dos bebés cujas mães estiveram deprimidas no 3° mês do pós-parto, não se observaram diferenças significativas no comportamento dos bebés das mães deprimidas pertencentes a níveis sócio-económicos diferentes, a não ser que os bebés de mães que vivem em más condições sócio-económicas mostraram, aos 6 meses de idade, uma actuação significativamente menos positiva na interacção com o observador, nomeadamente prestaram menos atenção às pessoas ($x1= 7.20$, $x2= 13.33$, $z= -2.1208$, $p< 0.05$), realizaram menos a exploração dos objectos na situação de teste ($x1= 5.80$, $x2= 13.72$, $z= -2.3421$, $p< 0.05$), mostraram uma maior tensão corporal ($x1= 18.70$, $x2= 10.14$, $z= -2.6012$, $p< 0.01$), assim como uma mais pobre coordenação dos movimentos finos ($x1= 18.40$, $x2= 10.22$, $z= -2.5348$) do que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto que vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas.

Procurou-se também avaliar se os efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o comportamento do bebé com o observador eram significativamente maiores junto de um grupo de bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e possuíam um baixo nível ocupacional. Quando, na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé, se comparou, com base na escala RBC, a avaliação do comportamento do bebé durante a administração das escalas de Bayley, em bebés de mães deprimidas que exerciam profissões consideradas de nível médio ou superior com a avaliação do comportamento dos bebés das mães deprimidas que não exerciam actividade profissional ou exerciam profissões consideradas de nível inferior, assinalaram-se algumas diferenças significativas, no teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos.

Nomeadamente, aos 3 meses de idade, os bebés da mães do grupo 1 mostraram-se mais interessados em ouvir os sons que lhe eram propostos ($x1= 16.36$, $x2= 9.23$, $z= -2.5091$, $p< 0.05$) e exploraram mais levando à boca os objectos propostos do que os bebés das mães do grupo 2 ($x1= 16.00$, $x2= 9.54$, $z= -2.2822$, $p< 0.05$). Também aos 6 meses de idade, os bebés das mães do grupo 1 mostraram-se mais orientados para a mãe ($x1= 14.88$, $x2= 8.86$, $z= -2.3596$, $p< 0.05$), mais persistentes na realização das actividades propostas ($x1= 15.67$, $x2= 8.00$, $z= -2.8181$, $p< 0.01$), assim como exploraram mais através do bater os objectos propostos ($x1= 15.38$, $x2= 8.32$, $z= -2.5265$, $p< 0.05$) e apresentaram-se com o corpo mais relaxado e menos tenso do que os bebés do grupo 2 ($x1= 8.96$, $x2= 15.32$, $z= -2.3402$, $p< 0.05$). Aos 12 meses de idade, os bebés do grupo 1 —

de mães que se apresentavam deprimidas no 3° mês do pós-parto e exerciam actividades profissionais de nível médio ou superior — mostraram-se significativamente mais participativos nas actividades com o observador (x1= 14.92, x2= 8.82, z= -2.2008, p< 0.05) e usavam significativamente menos a chupeta (x1= 8.58, x2= 15.73, z= -2.5761, p< 0.01) do que os bebés do grupo 2 — de mães que se apresentavam deprimidas no 3° mês do pós-parto e não exerciam actividade profissional ou exerciam actividades profissionais de nível inferior.

No que se refere à avaliação do comportamento do bebé na interacção com o observador na situação de teste não se observaram diferenças entre os bebés das mães que se encontravam deprimidas 3 meses depois do parto em que os pais não participavam nos cuidados prestados e em que os pais participavam nos cuidados prestados, a não ser uma pior coordenação quer dos movimentos grossos quer dos finos, na idade de 6 meses, junto dos bebés das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério em que os pais não participavam tanto nos seus cuidados (x1= 6.25, x2= 12.25, z= -2.5355, p< 0.05; x1= 6.55, x2= 11.75, z= -2.2630, p< 0.05).

Quando se avaliou o comportamento do bebé com o observador em dois grupos de bebés de mães deprimidas e que usufruíam de diferentes tipos de cuidados, não se verificaram diferenças significativas, a não ser na idade de 12 meses, em que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que eram primeiramente cuidados em casa pelas mães apresentaram um comportamento mais adequado na interacção com o observador do que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e eram cuidados fora de casa pela avó, por uma ama ou no infantário: movimentaram-se mais e melhor pela casa (x1= 16.00, x2= 9.81, z= -2.0274, p< 0.05) e cooperavam mais com o observador durante a administração das escalas de Bayley (x1= 15.83, x2= 9.88, z= -1.9680, p< 0.05).

Os bebés das mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal evidenciaram um comportamento menos adequado na interacção com o observador do que os bebés das mães com depressão pós-parto e bom ou razoável relacionamento conjugal.

Com efeito, o observador registou que, aos 3 meses de idade, os bebés das mães com depressão pós-parto e razoável ou bom relacionamento conjugal exibiam mais actividade (x1= 11.21, x2= 5.19, z= -2.6715, p< 0. 01), produziam mais sons (x1= 10.57, x2= 5.75, z= -2.1096, p< 0.05), faziam uma maior exploração dos objectos com as mãos (x1= 11.57, x2= 4.88, z= -3.0497, p< 0.01), levavam mais os objectos à boca (x1= 11.29, x2= 5.13, z= -2.7258, p< 0.01) e usavam significativamente mais a chupeta (x1= 10.93, x2= 5.44,

z= -2.5285, p< 0.05) do que os bebés das mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal.

Aos 6 meses de idade os bebés das mães com depressão pós-parto e razoável ou bom relacionamento conjugal exibiram mais interesse visual pelos objectos (x1= 11.06, x2= 5.94, z= -2.1903, p< 0.05), produziram mais sons (x1= 10.94, x2= 6.06, z= -2.1413, p< 0.05), fizeram mais exploração dos objectos com as mãos (x1= 11.38, x2= 5.63, z= -2.4518, p< 0.05) e mais exploração dos objectos com a boca (x1= 11.06, x2= 5.94, z= -2.1936, p< 0.05), assim como mostraram mais interesse pelos brinquedos (x1= 10.81, x2= 6.19, z= -1.9965, p< 0.05) e melhor coordenação motora grossa (x1= 5.63, x2= 11.38, z= -2.5095, p< 0.05) na interacção com o observador do que os bebés das mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal.

Aos 12 meses de idade, os bebés das mães com depressão no 3° mês do puerpério e razoável ou bom relacionamento conjugal mostraram mais esforços dirigidos para os fins (x1= 10.81, x2= 6.19, z= -1.9996, p< 0.05), mais interesse visual pelos objectos (x1= 11.44, x2= 5.56, z= -2.5764, p< 0.01) e movimentaram mais o corpo durante a situação de teste do que os bebés das mães com depressão no 3° mês do puerpério e mau relacionamento conjugal (x1= 11.44, x2= 5.56, z= -2.5282, p< 0.05).

Comportamento do bebé com o observador aos 6 e 12 meses de idade do bebé: mães deprimidas e mães não-deprimidas (N=46)

Quando se comparou o comportamento com o observador dos bebés cujas mães se encontravam deprimidas, respectivamente no 6° e no 12° mês do pós-parto com o comportamento dos bebés cujas mães não se encontravam deprimidas, respectivamente no 6° mês e no 12° mês do pós-parto, sem se considerar o facto de elas terem ou não estado deprimidas no 3° mês do puerpério, observou-se que eram significativas as diferenças seguintes: respectivamente, aos 6 e 12 meses de idade: os bebés das mães deprimidas 6 meses depois do parto respondiam e mostravam menos interesse pela mãe (z= -2.9132, p< 0.01), levavam menos os brinquedos à boca (z= -2.5421, p< 0.05), e mostravam interesse excessivo pelos brinquedos (z= -3.1350, p< 0.01); os bebés das mães deprimidas 12 meses depois do parto, mostraram menos resposta à mãe (z= -2.9132, p< 0.01), levaram menos à boca (z= -3.1350, p< 0.01) e mostraram mais interesse pelos brinquedos (z= -2.5421, p< 0.05), como consta do quadro seguinte (ver Quadro 114).

Quadro 114
Comportamento do bebé 6 e 12 meses
Teste de Mann-Whitney para amostras independentes de sujeitos: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=46)

idade	comportamento do bebé	média	média	z		comportamento do bebé	média	média	z	
	Resposta pessoas	28.00	21.18	-1.6106		Reactividade	20.29	23.98	-0.8621	
6	Resposta examinador	21.50	23.55	-0.5026		Olhar	27.88	21.23	-1.5646	
	Resposta mãe	14.13	26.23	-2.9132	**	Ouvir sons	27.29	21.44	-1.3615	
m	Cooperação	20.21	24.02	-0.8751		Produzir sons	23.25	22.91	-0.0779	
e	Receio	27.75	21.27	-1.4897		Bater	22.63	23.14	-0.1173	
s	Tensão	25.63	22.05	-0.8505		Explorar	26.13	21.86	-0.9911	
e	Tonalidadeemocional	19.75	24.18	-1.0260		Movimentos	16.88	25.23	-1.9123	
s	Orientação objectos	24.04	22.62	-0.3535		Levar à boca	13.00	26.62	-3.1350	**
	Jogo imaginativo	22.13	23.32	-0.7548		Chupeta	23.17	22.94	-0.0525	
	Ligação brinquedo	20.75	23.82	-1.6036		Brinquedos	31.13	20.05	-2.5421	*
	Orientação fins	24.29	23.53	-0.4083		Nível energia	19.75	24.18	-1.0591	
	Atenção	23.25	22.91	-0.0784		Coordenação grossa	27.79	21.26	-1.5142	
	Persistência	19.46	24.29	-1.1135		Coordenação fina	24.50	22.45	-0.5505	
	Actividade	21.04	23.71	-0.6182						
	Resposta pessoas	28.00	21.18	-1.6106		Reactividade	20.29	23.98	-0.8621	
12	Resposta examinador	21.50	23.55	-0.5026		Olhar	27.88	21.23	-1.5646	
	Resposta mãe	14.13	26.23	-2.9132	**	Ouvir sons	27.29	21.44	-1.3615	
m	Cooperação	20.21	24.02	-0.8751		Produzir sons	23.25	22.91	-0.0779	
e	Receio	27.75	21.27	-1.4897		Bater	22.63	23.14	-0.1173	
s	Tensão	25.63	22.05	-0.8505		Explorar	26.13	21.86	-0.9911	
e	Tonalidadeemocional	19.75	24.18	-1.0260		Movimentos	16.88	25.23	-1.9123	
s	Orientação objectos	24.04	22.62	-0.3535		Levar à boca	13.00	26.64	-3.1350	**
	Jogo imaginativo	22.13	23.32	-0.7548		Chupeta	23.17	22.94	-0.0525	
	Ligação brinquedo	20.75	23.82	-1.6036		Brinquedos	31.13	20.05	-2.5421	*
	Orientação fins	24.29	22.53	-0.4083		Nível energia	19.75	24.18	-1.0591	
	Atenção	23.25	22.91	-0.0784		Coordenação grossa	27.79	21.26	-1.5142	
	Persistência	19.46	24.29	-1.1135		Coordenação fina	24.50	22.45	-0.5005	
	Actividade	21.04	23.71	-0.6182						

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

3. Depressão Pós-parto e Repercussões adversas na Mãe

3.1 Conduta interactiva do bebé e depressao pós-parto da mãe

Para testar a hipótese 27 — que as mães com depressão pós-parto dos bebés que exibem piores condutas interactivas na idade de 3 meses (VI) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VDs) do que as mães com depressão pós-parto dos bebés que exibem melhores condutas interactivas — procedemos aos tratamentos e análises estatísticas que agora descrevemos.

Através da análise de regressão linear, procurámos determinar se a qualidade da conduta interactiva do bebé na interacção com a mãe aos 3 meses de idade, permitiu consistentemente prever a presença de sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto.

Através da análise discriminante, procurámos saber até que ponto a qualidade da conduta interactiva do bebé, avaliada na idade de 3 meses, permitiria discriminar as

mães que, aos 12 meses do puerpério, recuperavam ou não recuperavam da depressão pós-parto no 3° mês do puerpério.

A análise de regressão linear simples permitiu determinar quanto da grandeza da sintomatologia depressiva materna, tal como pode ser avaliada através da escala EPDS no 12° mês do pós-parto, pode ser prevista a partir da qualidade da conduta interactiva do bebé avaliada aos três meses de idade, através das escalas IRS (para a situação alimentar e face-a-face).

Os resultados obtidos, tal como constam do quadro 119 (ver Quadro 119) indicam que, quando apenas se considera a qualidade da conduta interactiva do bebé 3 meses depois do parto, conseguimos explicar 34% da variância nos resultados da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto junto das mães que se encontram deprimidas no 3° mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.33962, p< 0.001).

Através da análise discriminante, procurámos avaliar até que ponto a qualidade da conduta interactiva do bebé com a mãe observada aos três meses de idade permite discriminar, por si só e eficazmente, as mães que se encontravam deprimidas das mães que não se encontravam deprimidas no final do primeiro ano de vida do bebé, tal como pode ser avaliado a partir da entrevista psiquiátrica SADS, tendo em conta os critérios de diagnóstico RDC. Os resultados do presente estudo indicam que, quando se considera todas as variáveis recolhidas no 3° mês do pós-parto, a qualidade da conduta interactiva contribui positiva, mas não significativamente, para discriminar as puérperas que permanecem clinicamente deprimidas daquelas que já não se encontram clinicamente deprimidas no 12° mês do pós-parto (ver Quadros 130 e 144).

3.2. Desenvolvimento mental e motor do bebé

Para testar a hipótese 28 — que as mães com depressão pós-parto dos bebés que exibem piores índices de desenvolvimento na idade de 3 meses (VI) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães com depressão pós-parto dos bebés que exibem melhores índices de desenvolvimento — procurou-se avaliar, através da análise de regressão, até que ponto a grandeza da sintomatologia depressiva materna ao 12° mês do pós-parto, tal como pode ser avaliada através da escala EPDS, pode ser prevista a partir da maturidade do desenvolvimento mental e motor do bebé avaliada aos três meses de idade, através das escalas de desenvolvimento do bebé de Bayley. A análise discriminante, por sua vez, foi levada a

efeito para estimar até que ponto o facto de a mãe estar clinicamente deprimida ao 12° mês do pós-parto, tal como pode ser constatado a partir da entrevista psiquiátrica SADS, de acordo com os critérios RDC, pode ser previsto a partir da maturidade no desenvolvimento mental e motor do bebé, avaliada aos três meses de idade através da escalas de desenvolvimento mental e motor do bebé de Bayley.

A análise de regressão linear simples pelo método *enter* permitiu verificar que, tal como consta do quadro (ver Quadro 119), apenas 2% da variância na sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto junto das mães que desenvolvem depressão pós-parto pode ser explicada quando se tem isoladamente em conta o nível de desenvolvimento do bebé, aos 3 meses de idade, no grupo experimental (*Adjusted Rsquare*= 0.02035, n.s.).

A análise discriminante que tomou em conta todas as variáveis relativas à primeira avaliação, mostrou que o nível de desenvolvimento do bebé contribui negativamente, mas não significativamente, para discriminar as mães que não se encontram deprimidas das que ainda se encontram clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto, junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (ver Quadros 130 e 144).

3.3. Problemas desenvolvimentais do bebé

Para testar a hipótese 29 — que as mães com depressão pós-parto dos bebés que exibem mais problemas de desenvolvimento na idade de 3 meses (VI) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães com depressão pós-parto dos bebés que não exibem tais problemas de desenvolvimento — procurou-se avaliar, através da análise de regressão, até que ponto a presença de problemas de desenvolvimento do bebé, na idade de 3 meses, permitia prever a grandeza da sintomatologia depressiva da mãe, avaliada através da escala EPDS ao 12° mês do pós-parto.

Através da análise discriminante, procuramos ainda, avaliar até que ponto o facto de a mãe estar ou não ainda deprimida no 12° mês do pós-parto, tendo em conta os critérios RDC, tal como podem ser constatado a partir da entrevista psiquiátrica SADS junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto, pode ser previsto a partir da grandeza dos problemas de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade, estimados pela parte I do questionário QMAC.

Como consta do quadro (ver Quadro 119) a análise de regressão linear simples mostrou que 18% da variância nos resultados relativos à grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto pode ser explicada quando se tem em

conta a presença de dificuldades desenvolvimentais do bebé, aos 3 meses de idade, nos bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.18064, $p< 0.01$).

De igual modo a análise discriminante mostra que a presença de dificuldades comportamentais no bebé, na idade de 3 meses, discrimina negativamente às mães que já não se encontram clinicamente deprimidas das mães que ainda se encontram clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto (ver Quadros 130 e 144).

3.4. Cuidados prestados pelo pai ao bebé

Para testar a hipótese 30 — que as mães com depressão pós-parto que recebem menos ajuda dos maridos nos cuidados a prestar ao bebé (VIs) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães cujos maridos as ajudam mais a cuidar dos bebés — procedemos aos tratamentos e análises estatísticas que agora descrevemos.

Procurou-se avaliar quanto da grandeza da sintomatologia depressiva materna aos 12 meses do puerpério, tal como pode ser avaliada através da escala EPDS, pode ser prevista a partir da ajuda prestada pelo marido nos cuidados ao bebé durante o primeiro ano de vida, avaliada através do questionário ECBP administrado ao pai do bebé na idade de 12 meses deste, realizando para o efeito uma análise de regressão.

Procurou-se ainda estimar até que ponto, quando se considera a ajuda prestada pelo marido nos cuidados ao bebé durante o primeiro ano de vida, avaliada através do questionário ECBP, se pode discriminar as mães com depressão pós-parto que ainda estão clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto — tal como pôde ser constatado a partir da entrevista psiquiátrica SADS e usando os critérios RDC — das que já recuperaram da depressão pós-parto.

Averiguou-se primeiro, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 115) que as respostas dos pais ao questionário ECBP não eram significativamente diferentes (x^2= 3.2826, d.f.= 2, n.s.) em três grupos de mães — mães que não se deprimiram nos primeiros 12 meses do puerpério (grupo 0, N= 17), mães que estavam deprimidas no 3º mês do pós-parto, mas não se encontravam deprimidas 12 meses depois do parto (grupo 1, N= 7) e mães que, estando deprimidas no 3º mês do pós-parto, ainda se encontravam deprimidas 12 meses a seguir ao parto (grupo 2, N= 9).

Note, contudo, que é no grupo das mães que se mantêm por mais tempo deprimidas em níveis clinicamente classificáveis que é maior a ajuda dos pais nos cuidados prestados ao bebé.

Quadro 115
Cuidados prestados pelo pai ao bebé (12 meses)
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe (duração)
Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° e no 12° mês do puerpério/ Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N=45)

Cuidados prestados pelo pai	média 0	média 1	média 2	x^2
ECBP total	18.15	11.21	19.33	3.2826

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Testado o significado das diferenças nos dois grupos de mães deprimidas no 3° mês do puerpério, verificou-se que não eram significativamente diferentes nem os cuidados prestados pelo pai ao bebé, nem o tipo de cuidados providenciados ao bebé, em dois grupos de mães 2 e 1, respectivamente mães que desenvolveram perturbação psicopatológica durante os primeiros 12 meses do puerpério e mães que tendo desenvolvido depressão no 3° mês do puerpério já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério ajuda do pai nos cuidados ao bebé (x1= 11.50, x2= 12.46, z= -0.3622, n.s.; x1= 11.20, x2= 11.75, z= -0.2563, n.s.).

Assim como não eram significativamente diferentes os cuidados prestados pelo pai ao bebé em dois grupos de mães 0 e 1, respectivamente mães que não tinham desenvolvido perturbação psicopatológica durante os primeiros 12 meses do puerpério e mães que tendo desenvolvido depressão no 3° mês do puerpério já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério (x1= 9.43, x2= 13.76, z= -1.3691, n.s.).

A análise de regressão linear simples permitiu por sua vez averiguar, como consta do quadro (ver Quadro 119), que apenas 1% da variância na grandeza da sintomatologia materna, 12 meses depois do parto, podia ser prevista quando se considerava os cuidados prestados pelo pai ao bebé durante o primeiro ano de vida, tal como podiam ser avaliados pelo questionário ECBP aos 12 meses de idade do bebé nas famílias em que a mãe desenvolveu depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.01387, n.s.).

Também, quando se considerou isoladamente se os cuidados ao bebé durante o primeiro ano de vida eram ou não partilhados por outros que não a mãe, pertencentes ou não à família, apenas conseguimos explicar 2% da variância na grandeza da sintomatologia depressiva materna, 12 meses depois do parto, junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.02360, n.s.).

A análise discriminante mostrou, contudo, como o veremos detalhadamente mais a seguir, que a grandeza da participação do pai nos cuidados do bebé, é uma

variável que discrimina as mães com depressão pós-parto que se mantêm das que não se mantêm deprimidas até ao final do primeiro ano de vida do bebé.

3.5. Qualidade do relacionamento conjugal

Para testar a hipótese 31 — que as mães com depressão pós-parto que têm mau relacionamento conjugal (VI) tendem a permanecer por mais tempo deprimidas (VD) do que as mães com depressão pós-parto que têm um bom relacionamento conjugal, avaliou-se até que ponto a grandeza da sintomatologia depressiva materna ao 12º mês do pós-parto, tal como pode ser encontrada através da escala EPDS, pode ser prevista a partir da qualidade do relacionamento conjugal com o marido, avaliado através do questionário EAS.

Procuramos também avaliar o poder discriminante da qualidade do relacionamento conjugal sobre a presença de depressão materna no 12º mês do puerpério, realizando para o efeito uma análise discriminante e averiguando até que ponto a qualidade do relacionamento conjugal discrimina as mães que se encontram das mães que não se encontram deprimidas no 12º mês do puerpério.

Averiguou-se que as respostas da mãe ao questionário EAS eram, aos 12 meses, significativamente diferentes em três grupos de mães: mães que não se deprimiram nos primeiros 12 meses do puerpério (grupo 0, N= 22), mães que estavam deprimidas no 3º mês do pós-parto, mas não se encontravam deprimidas 12 meses depois do parto (grupo 1, N= 10) e mães que, estando deprimidas no 3º mês do pós-parto, ainda se encontravam deprimidas 12 meses a seguir ao parto (grupo 1, N= 11); sendo que nos casos em que a depressão das mães se manteve por mais tempo, o ajustamento conjugal era significativamente pior (x^2= 10.5003, d.f.= 2, p< 0.01).

Quadro 116
Ajustamento conjugal (12 meses)
Análise de Variância simples de Kruskal-Wallis: Gravidade da depressão da mãe (duração)
Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3º e no 12º mês do puerpério/ Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N=45)

Ajustamento Conjugal	média 0	média 1	média 2	X2	
Eas	13.74	11.86	25.64	10.5003	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Muito embora não seja significativamente diferente o ajustamento conjugal das mãe nos grupos 0 e 1 — compostos, respectivamente, pelas mães que não desenvolveram depressão durante os primeiros 12 meses do pós-parto e pelas mães que tendo desenvolvido depressão no 3º mês do pós-parto já não se encontram

clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério (x1= 11.86, x2= 12.76, z= -0.2887, n.s.), o ajustamento conjugal das mães mostrou ser significativamente diferente entre dois grupos de mães 1 e 2 — compostos, respectivamente, pelas mães que tendo desenvolvido depressão no 3º mês do puerpério se encontravam ou não deprimidas no 12º mês do pós-parto (x1= 4.50, x2= 11.61, z= -3.4157, p< 0.001).

Não se observam diferenças significativas no ajustamento social das mães — considerando diversas áreas das suas vidas, tais como o trabalho fora de casa, o relacionamento com os amigos e familiares, bem como o relacionamento com o cônjuge ou companheiro — tal como pode ser avaliado através do questionário EAS administrado às mães 12 meses depois do parto, em pares de mães que se encontravam/não se encontravam deprimidas no 3º mês do pós-parto (ver Quadro 117). Ou seja, não se verifica que as mães que desenvolvem depressão pós-parto no 3º mês do puerpério tenham pior ajustamento conjugal, 12 meses depois do parto, do que as mães que não desenvolvem perturbação psiquiátrica assinalável nos primeiros meses do pós-parto, quando não se considera a presença de depressão em momentos posteriores (z= -0.5071, n.s.).

Quadro 117
Relacionamento conjugal da mãe
Teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas: Grupo experimental/ grupo de controlo (N=32)

Instrumento	média	média	z
EAS	3.67	4.25	-0.5071

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

No entanto, quando se consideraram as mães que se encontravam clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto e se comparou o seu ajustamento conjugal com o ajustamento conjugal das mães que não se encontravam clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto, as diferenças mostraram-se muito significativas pois mães que se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto referem um pior ajustamento conjugal do que as mães que não se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto (z= -3.2072, p< 0.01).

Também quando se estabelecem dois grupos tendo em conta o ajustamento conjugal — o grupo 1, constituído pelas mães com depressão no 3º mês do pós-parto com razoável ou bom ajustamento conjugal (EAS< 20) e o grupo 2, constituído pelas mães com depressão no 3º mês do pós-parto e mau ajustamento conjugal (EAS≥ 20) — verifica-se que o primeiro é constituído por um número significativamente mais elevado de mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério (x1= 5.00, x2= 12.00, z= -3.4157, p< 0.001).

Quadro 118
Relacionamento conjugal da mãe
Teste de Main-Whitman para amostras independentes: Mães deprimidas/ Mães não-deprimidas (N=32)

Instrumento	média	média	z	
EAS	25.64	13.12	-3.2072	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

A análise de regressão levada a efeito para predizer a grandeza da sintomatologia depressiva materna, 12 meses depois do parto, permitiu averiguar que, quando se considera isoladamente a qualidade do ajustamento conjugal da mãe 12 meses depois do parto, conseguimos explicar 38% da variância nos resultados no questionário EPDS, administrado no 12° mês do puerpério junto de um grupo de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério (*Adjusted Rsquare*= 0.37471, p< 0.001).

A análise discriminante, como veremos detalhadamente mais a seguir, mostrou que o relacionamento conjugal permite por si só discriminar significativamente as mães que, tendo desenvolvido depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, se encontram ou não clinicamente deprimidas no 12° mês do pós-parto.

3.6. Conduta interactiva da mãe

Para testar a hipótese 32 — que as mães com depressão pós-parto que são observadas a interagir menos positivamente com os seus bebés de 3 meses de idade se mantêm por mais tempo deprimidas — procedeu-se, tal como sucedeu com as restantes variáveis descritas até ao momento, quer a análise de regressão quer a análise discriminante.

A análise de regressão foi levada a cabo para determinar o poder preditor da qualidade da conduta interactiva materna, dos cuidados maternos e da preocupação materna no 3° mês do pós-parto — avaliadas, respectivamente, através das escalas GOISIL e IRS para a situação alimentar e face-a-face, do questionário QMAC e do questionário Home — sobre a presença de sintomatologia depressiva materna no 12° mês do puerpério, avaliada através da escala EPDS.

A análise de regressão linear simples permitiu averiguar que, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 119), a qualidade da conduta interactiva materna 3 meses depois do parto era, quando considerada isoladamente, responsável por 24% da variância nos resultados da grandeza da sintomatologia depressiva materna, 12 meses

depois do parto, no grupo de mães que desenvolveu depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.23852, p< 0.001).

A análise de regressão linear simples permitiu igualmente averiguar que a qualidade dos cuidados maternos 3 meses depois do parto era, quando considerada isoladamente, responsável por 27% da variância nos resultados da grandeza da sintomatologia materna, 12 meses depois do parto, no grupo de mães que desenvolveu depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.27485, p< 0.001).

A análise de regressão linear simples permitiu ainda averiguar que a preocupação materna com o bebé 3 meses depois do parto era, quando considerada isoladamente, responsável por 33% da variância nos resultados da grandeza da sintomatologia materna, 12 meses depois do parto, no grupo de mães que desenvolveram depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.32515, p< 0.001).

Quando se considerou isoladamente a qualidade da interacção mãe-bebé, 3 meses depois do parto, conseguimos também explicar 31% da variância nos resultados da grandeza da sintomatologia depressiva materna, 12 meses depois do parto, no grupo de mães que desenvolveu depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.31008, p< 0.001).

No entanto, saliente-se ainda que a gravidade da sintomatologia depressiva materna 3 meses depois do parto, foi por si só responsável por 32% da variância nos resultados da grandeza da sintomatologia materna, 12 meses depois do parto, no grupo de mães que desenvolveu depressão pós-parto (*Adjusted Rsquare*= 0.3216, p< 0.001).

Quadro 119
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto, considerando-se isoladamente os indicadores relativos à avaliação do 3º mês do puerpério
Regressão Linear Simples *(enter)*: Mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
ib3	0.33962	23.11366	***	1	-0.595797	-4.808	***
nb3	0.02035	1.87229		1	-0.208977	-1.368	
db3	0.18064	10.48017	**	1	0.446876	3.237	**
cp	0.01387	1.45002		1	-0.124153	-1.204	
am	0.37471	18.97787	***	1	0.628931	4.356	***
cb	0.02360	1.50754		1	0.264752	1.228	
im3	0.23852	14.46867	***	1	-0.506186	-3.804	***
imb3	0.31008	20.32647	***	1	-0.571077	-4.508	***
cm3	0.27485	17.29827	***	1	-0.540108	-4.159	***
pm3	0.32515	21.71794	***	1	-0.583819	-4.660	***
gr3	0.32161	21.85958	***	1	0.580542	4.675	***
im	0.13479	7.85483	**	1	-0.393009	-2.803	**
nom	0.07549	4.59276	*	1	0.310646	2.143	*
d3	0.28374	18.43061	**	1	-0.547744	-4.293	***
sb	-0.02293	0.01349		1	0.017711	0.116	
em	-0.02130	0.08225		1	0.043695	0.287	
nem	0.05537	3.57889		1	0.277191	1.892	*
csf	0.05769	3.69353		1	-0.281250	-1.922	

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Com a finalidade de averiguar a melhor forma de prever a grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses após o parto, tendo em conta a

informação de que disponhamos no 3° mês do pós-parto, realizámos diversas análises de regressão, quer no grupo total, quer no grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto. Os resultados dessas análises são apresentados seguidamente.

Modelo para predizer a grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses após o parto tendo em conta todos os indicadores em estudo

Quando todas as mães da amostra foram consideradas — isto é, quando se consideraram as mães que desenvolveram depressão pós-parto e as mães que não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério — verificou-se que o modelo que melhor permitiria prever a grandeza da sintomatologia depressiva 12 meses após o parto, quando se teve em conta todos os indicadores em estudo, era aquele que, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 120), associa a grandeza da sintomatologia depressiva 6 meses depois do parto e a presença de dificuldades do bebé aos 12 meses de idade, e é responsável por 71% da variância observa nos resultados EPDS 12 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.70653, p< 0.001).

Quadro 120
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto considerando-se todos indicadores em estudo
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
epds6	0.65956	53.31011	***	1	0.817796	7.844	***
db12	0.70653	33.500095	***	2	0.236850	2.272	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Saliente-se que a melhor forma de prever a grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto, consiste em considerar-se a grandeza da sintomatologia depressiva 6 meses depois do parto, quer no grupo total (*Adjusted Rsquare*= 0.65956, p< 0.001, Beta= 0.817796, T= 7.844, p< 0.01), quer quando se consideram apenas as mães que não desenvolvem perturbação psicopatológica assinalável nos meses seguintes ao parto (*Adjusted Rsquare*= 0.62845, p< 0.001, Beta= 1.088711, T= 11.327, p< 0.001). No entanto, no grupo de controlo outras variáveis mostraram-se significativas, como se conclui da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 121).

Quadro 121
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto considerando-se todos indicadores em estudo
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 25)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
epds6	0.62845	26.37109	***	1	1.088711	11.327	***
+ nem	0.80332	31.63323	***	2	0.798620	6.836	***
+ csf	0.86903	34.17637	***	3	0.495880	4.206	**
+ cp	0.91297	40.33618	***	4	0.245806	2.657	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Tal como se conclui da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 122), os melhores preditores da gravidade da sintomatologia depressiva materna são diferentes, quando apenas se **consideram os resultados recolhidos junto das mães da amostra que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério.**

Com efeito, constatamos que, quando apenas se têm em conta as mães do grupo experimental, o melhor modelo para explicar a grandeza da sintomatologia depressiva materna no 12° mês do pós-parto é aquele que considera o tipo de cuidados providenciados ao bebé, como o melhor preditor (*Adjusted Rsquare*= 0.60712, p< 0.001; Beta= 0.839240, T= 21.050, p< 0.001), **e associa a idade da mãe** (Beta= -0.499340, T= -13.071, p< 0.001), **o ajustamento conjugal** (Beta= 0.453052, T= 12.425, p< 0.001), **a presença de dificuldades do bebé aos 3 meses** (Beta= 0.286670, T= 8.121, p< 0.001) **e a qualidade da conduta interactiva do bebé 6 meses depois do parto** (Beta= 0.167932, T= 4.388, p< 0.01). Este modelo é responsável por 99% da variância observada nos resultados das mães no questionário EPDS quando administrado 12 meses após o parto (*Adjusted Rsquare*= 0.98870, p< 0.001).

Quadro 122
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto considerando-se todos indicadores em estudo
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
cb	0.60712	17.99850	**	1	0.839240	21.050	***
+im	0.75855	18.27898	***	2	-0.499340	-13.071	***
+am	0.89419	31.98505	***	3	0.453052	12.425	***
+db3	0.95923	65.70712	***	4	0.286670	8.121	***
+ib6	0.98870	193.4764	***	5	0.167932	4.388	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer a grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses após o parto tendo em conta os indicadores recolhidos no 3° mês do puerpério

Por outro lado, quando apenas se consideraram os indicadores recolhidos no 3° mês do puerpério, conseguiu-se explicar 50% da variância observada nos resultados do questionário EPDS administrado 12 meses após o parto junto de todas mães da amostra (*Adjusted Rsquare*= 0.50437, p< 0.001). Tal como se assinala no quadro seguinte (ver Quadro 123), o melhor modelo para explicar a grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses após o parto junto de todas as mães da amostra em estudo é aquele que considera a grandeza da sintomatologia depressiva pós-parto, como o melhor preditor (*Adjusted Rsquare*= 0.42366, p< 0.001; Beta= 0.616132, T= 5.609, p< 0.001), e considera ainda a idade da mãe (Beta= -0.304357, T= -2.771, p< 0.01),

Quadro 123
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto considerando-se os indicadores relativos à avaliação do 3° mês do puerpério
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
epds3	0.42366	31.87383	***	1	0.616132	5.609	***
im	0.50437	22.37037	***	2	-0.304357	-2.771	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Quando, tendo em conta os indicadores recolhidos 3 meses após o parto, quisemos prever junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto, a grandeza da sintomatologia depressiva no final do primeiro ano de vida do bebé, verificámos que o melhor e único indicador significativo era a qualidade dos cuidados providenciados pela mãe 3 meses depois do parto, por si só responsável por, tal como consta do quadro abaixo (ver Quadro 124), 26% da variância observada nos resultados do questionário EPDS administrado 12 meses depois do parto (*Adjusted Rsquare*= 0.25619, p< 0.01; Beta= -0.541647, T= 2.809, p< 0.05).

Quadro 124
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto considerando-se os indicadores relativos à avaliação do 3° mês do puerpério
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variável independente	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
cm3	0.25619	7.88862	*	1	-0.541647	-2.809	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Junto das mães que, 3 meses depois do parto, não apresentavam nenhuma perturbação psicopatológica assinalável, o que por sua vez mais determinou a grandeza da sintomatologia depressiva 12 meses depois do parto, é a qualidade da conduta do bebé (*Adjusted Rsquare*= 0.36854, p< 0.01; Beta= -0.424999, T= -3.482, p< 0.01), contribuindo de igual modo a grandeza da perturbação depressiva no 3° mês do puerpério (Beta= 0.597272, T= 4.475, p< 0.001), assim como o nível educativo (Beta= 0.374511, T= -2.290, p< 0.01) e o sexo do bebé (Beta= -0.287794, T= -2.290, p< 0.05), tal como se assinala no quadro seguinte (ver Quadro 125).

Quadro 125
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto considerando-se os indicadores relativos à avaliação do 3° mês do puerpério. Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 25)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
ib3	0.36854	13.25614	**		-0.424999	-3.482	**
epds3	0.54163	13.40714	***		0.597272	4.475	***
nem	0.66737	15.04432	***		0.374511	3.302	**
sb	0.73084	15.25527	***		-0.287794	-2.290	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Modelo para predizer a grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses após o parto tendo em conta os indicadores recolhidos no 3° mês do puerpério e os dados relativos ao cônjuge

A análise de regressão múltipla levada a cabo sobre os resultados da administração do questionário EPDS 12 meses após o parto a todas as mães da amostra que teve em conta, como variáveis independentes, todos os indicadores recolhidos no 3° mês do pós-parto, assim como os dados relativos ao ajustamento conjugal e à ajuda do pai nos cuidados ao bebé, mostra que, como se assinala no quadro seguinte (ver Quadro 126), o melhor preditor da grandeza da sintomatologia depressiva materna no 12° mês do puerpério é a qualidade do ajustamento conjugal (*Adjusted Rsquare*= 0.36854, p< 0.001; Beta= 0.495670, T= 3.590, p< 0.01), sendo que a qualidade da conduta interactiva do bebé também contribui significativamente (Beta= -0.421955, T= -3.056, p< 0.01). O modelo que considera o ajustamento conjugal e a qualidade da conduta interactiva do bebé é por sua vez responsável por 51% da variância observada na grandeza depressiva materna 12 meses depois do parto junto das mães da amostra (*Adjusted Rsquare*= 0.51354, p< 0.001).

Quadro 126
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto considerando-se os indicadores relativos à avaliação do 3° mês do puerpério, ajustamento conjugal e cuidados prestados pelo pai ao bebé
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério (N= 46)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
am	0.36329	16.97595	***	1	0.495670	3.590	**
ib3	0.51354	15.77940	***	2	-0.421955	-3.056	**

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Entretanto, quando se consideraram apenas as mães que desenvolveram depressão pós-parto, averiguou-se que o ajustamento conjugal é o melhor e único preditor da grandeza da sintomatologia depressiva materna no 12° mês do puerpério — pelo menos quando se teve em conta todos os dados recolhidos na primeira avaliação e aqueles que se referem ao pai do bebé — sendo por si só responsável por 38% (*Adjusted Rsquare*= 0.38024, p< 0.05; Beta= 0.660745, T= 2.784, p< 0.05) da variância observada nos resultados EPDS, como se conclui da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 127). Quando o ajustamento conjugal da mãe é considerado na equação, os efeitos das restantes variáveis independentes não são significativos.

Quadro 127
Modelo para predizer a gravidade da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto considerando-se os indicadores relativos à avaliação do 3° mês do puerpério, ajustamento conjugal e cuidados prestados pelo pai ao bebé
Regressão Múltipla *(stepwise)*: Mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N= 26)

variáveis independentes	Adj. R2	F	p	d.f.	Beta	T	Sig.T
am	0.38024	7.74886	*	1	0.660745	2.784	*

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Por último, estávamos ainda interessados em saber, junto das mães que desenvolvem depressão pós-parto no 3° mês do pós-parto, como discriminar aquelas que se mantêm deprimidas até ao 12° mês do puerpério, daquelas que já não se encontram deprimidas 12 meses depois do parto.

Com esse objectivo levámos a cabo quatro análises discriminantes, sendo que a primeiro considerou apenas variáveis relativas à avaliação da mãe e do bebé 3 meses depois do parto — e procurou identificar em que base se poderia estabelecer um perfil de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto mais prolongada (sem remissão da sintomatologia 12 meses depois do parto); enquanto que a segunda acrescentou a essas variáveis, os resultados relativos ao ajustamento conjugal da mãe e à participação do pai nos cuidados do bebé relativos ao primeiro ano de vida, mas

que apenas recolhemos 12 meses depois do parto. Para testar a importância relativa da qualidade da conduta interactiva do bebé, da maturidade motora e mental do bebé, do aparecimento de problemas de comportamento do bebé e do relacionamento conjugal sobre a permanência da depressão pós-parto procedeu-se a uma terceira análise discriminante de tipo *stepwise*. Assim, procuramos estimar o poder discriminante de cada uma das variáveis independentes — tomadas isoladamente e em conjunto — susceptíveis de contribuir para o risco de a mãe ainda se encontrar clinicamente deprimida no 12º mês do pós-parto.

As funções discriminantes procuraram maximizar a separação entre o grupo 0 — ausência de perturbação psicopatológica assinalável, 12 meses depois do parto (N= 11) — e o grupo 1 — presença de depressão *major/minor*, 12 meses depois do parto (N= 12), ambos constituídos por indivíduos pertencentes ao grupo experimental, tal como foi constituído 3 meses depois do parto.

Perfil de risco para a presença de depressão clínica 12 meses depois do parto, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto, estabelecido com base nos dados recolhidos no 3º mês do puerpério (Modelo I)

A análise discriminante reportou-se a 21 casos de puérperas que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e ainda se encontravam ou não clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto, sendo que 10 mães não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do pós-parto, enquanto que 11 mães se mantinham clinicamente deprimidas, quando foram avaliadas pela entrevista SADS segundo os critérios RDC, 12 meses depois do parto.

A análise considerou na primeira avaliação, 3 meses depois do parto, as seguintes variáveis — sexo do bebé, idade da mãe, estatuto matrimonial da mãe, nível educacional da mãe, nível ocupacional da mãe, classe social da família, qualidade dos cuidados providenciados ao bebé, preocupação materna com o bebé, nível de desenvolvimento do bebé, dificuldades comportamentais do bebé, qualidade da conduta interactiva da mãe, qualidade da conduta interactiva do bebé e qualidade da conduta interactiva mãe-bebé — e destinava-se a avaliar o poder discriminante de cada uma, bem como de uma qualquer associação entre duas ou mais destas variáveis.

Como consta do quadro seguinte (ver Quadro 128), a função discriminante que considerou as variáveis relativas à primeira avaliação do estudo, é responsável por 100% da variabilidade observada entre os grupos considerados. Tal permite concluir que, tendo em conta os indicadores recolhidos aquando do início da depressão pós-parto é possível explicar a variabilidade existente entre os grupos 12 meses depois do parto no que se refere à presença ou não de perturbação psicotatológica assinalável.

Quadro 128
Função Discriminante
Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas aos 12 meses de idade do bebé (N= 23)

Função	Eigenvalue	% de variância	% acumulada	correlação canónica	depois função	Wilks	X^2	g.l.	signif.
1	9.1094	100.00	100.00	0.9493	0	0.098918	27.762	14	0.0153

O quadro seguinte (ver Quadro 129) apresenta os centroídes respectivos para cada grupo, segundo a função discriminante estabelecida.

Quadro 129
Centróides dos grupos
Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério (N= 23)

	Função Discriminante
Grupos	Centróides dos grupos
Sem perturbação psicopatológica assinalável	-3.01098
Depressão major/minor	2.73725

Nº de grupos = 2
Nº de variáveis preditoras: 15

A análise das correlações entre as variáveis preditoras e a função discriminante inscritas no quadro seguinte (ver Quadro 130) sugere que a variável mais importante na distinção entre o grupo das mães que desenvolve depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e já não se encontra clinicamente deprimida no 12º mês do pós-parto (Grupo 0) e o grupo das mães que desenvolve depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e ainda se encontra clinicamente deprimida no 12º mês do pós-parto (Grupo 1), quando se considera os indicadores recolhidos 3 meses depois do parto, é a qualidade dos cuidados prestados ao bebé na idade de 3 meses. Tal análise revela que o nível educacional da mãe também contribui para a distinção dos grupos referidos.

Quadro 130
Análise Discriminante
Variáveis relacionadas com a presença de depressão clínica no 12° mês do pós-parto, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N=26)

variável discriminante (1)	correlação com a função discriminante	Wilks' Lambda	F	
cm3	-0.17820	0.77563	5.4962	*
nem	0.17757	0.77687	5.4571	*
csf	-0.13266	0.86184	3.0459	
nom	0.12837	0.86947	2.8523	
em	0.10778	0.90431	2.0106	
nb3	-0.10237	0.91286	1.8137	
epds3	0.09835	0.91902	1.6742	
pm3	-0.07684	0.94896	1.0218	
im3	0.05605	0.97218	0.5437	
ibm3	0.03627	0.98816	0.2277	
sb	0.02239	0.99545	0.7715	
im	-0.00860	0.99933	0.0128	
db3	-0.00620	0.99965	0.0067	
ib3	0.00082	0.99999	0.0001	
cb	0.00000	1.00000	0.0000	

(1) ordenadas consoante a grandeza da correlação com a função discriminante
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Com base nos valores discriminantes foram classificados correctamente 100% das puérperas, tal como consta do quadro seguinte (ver Quadro 131).

Quadro 131
Classificação
Percentagem de sujeitos classificados correctamente com base nas variáveis preditoras consideradas (N= 21)

Grupos	N°. de casos	N° de casos correctamente classificados	
		0	1
Grupo 0	10	10 (100%)	0 (0%)
Grupo 1	11	0 (0%)	11 (100%)

Perfil de risco para a presença de depressão clínica 12 meses depois do parto, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto, estabelecido tendo em conta as variáveis relativas ao cônjuge

Análise discriminante de que demos parte de seguida reportou-se a um subgrupo constituído por apenas 14 mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério.

Destinou-se a avaliar o poder discriminante das variáveis relativas ao cônjuge da puérpera — qualidade da relação com o cônjuge e ajuda prestada pelo cônjuge nos cuidados prestados ao bebé durante o primeiro ano de vida — sobre a remissão da depressão pós-parto.

Consideraram-se 7 puérperas com depressão pós-parto que não se apresentavam clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério e 7 puérperas que ainda se encontravam clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério.

A função discriminante que considerou apenas as variáveis relativas à qualidade do ajustamento relacional com o cônjuge e à ajuda do mesmo nos cuidados a prestar ao bebé foi responsável por 100% da variabilidade observada entre os grupos considerados, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 132).

Quadro 132
Função Discriminante
Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto (N= 14)

Função	Eigenvalue	% de variância	% acumulada	correlação canónica	depois função	Wilks	X^2	g.l.	signif.
1	5.5185	100.00	100.00	0.9201	0	0.153410	20.621	2	0.0000

O quadro seguinte (ver Quadro 133) apresenta, por sua vez, os centroídes respectivos para cada grupo, segundo a função discriminante estabelecida.

Quadro 133
Centróides dos grupos
Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do puerpério (N= 23)

	Função Discriminante
Grupos	Centróides dos grupos
sem perturbação psicopatológica assinalável	-2.17488
depressão major/minor	2.17488

Nº de grupos = 2
Nº de Variáveis preditoras: 2

A análise das correlações entre as variáveis preditoras e a função discriminante sugere que a variável mais importante na distinção entre o grupo das mães que desenvolvem depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e já não se encontram clinicamente deprimida no 12º mês do pós-parto (Grupo 0) e o grupo das mães que desenvolvem depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto (Grupo 1), quando apenas se consideram as variáveis relativas ao cônjuge, é a qualidade do ajustamento na relação conjugal com o marido. No entanto, a outra variável considerada — cuidados prestados pelo pai ao bebé — também contribui significativamente para a distinção dos grupos referidos, como pode concluir da leitura do quadro seguinte (ver Quadro 134).

Quadro 134
Análise discriminante
Variáveis relacionadas com a presença de depressão clínica no 12° mês do pós-parto, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N=14)

variável discriminante (1)	correlação com a função discriminante	Wilks' Lambda	F	
am		0.39177	18.6300	**
cp		0.60138	7.9543	*

(1) ordenadas consoante a grandeza da correlação com a função discriminante
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Com base nos valores discriminantes foram classificados correctamente 100% das puérperas, como consta do quadro da página seguinte (ver Quadro 135)

Quadro 135
Classificação
Percentagem de sujeitos classificados correctamente com base nas variáveis preditoras consideradas (N=14)

Grupos	N°. de casos	N° de casos correctamente classificados	
		0	1
Grupo 0	7	7 (100%)	0 (100%)
Grupo 1	7	0 (100%)	7 (100%)

Perfil de risco para a presença de depressão clínica 12 meses depois do parto, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto, estabelecido tendo em conta os indicadores recolhidos no 3° mês do puerpério e as variáveis relativas ao cônjuge

A análise discriminante que reportamos a seguir destinou-se a avaliar o poder discriminante — de todas as variáveis relativas à primeira avaliação, considerando-se ainda o ajustamento conjugal e a ajuda prestada pelo pai nos cuidados ao bebé, relativos ao primeiro ano do pós-parto — sobre a remissão da depressão pós-parto.

Esta análise reportou-se a apenas 12 mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e consideraram-se 6 puérperas com depressão pós-parto que não se apresentavam clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério e 6 puérperas que ainda se encontravam clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério.

Utilizou-se o procedimento *stepwise*.

Verificou-se que, no primeiro passo, a variável ajustamento conjugal pode fazer parte da equação e, no passo seguinte, é introduzida a variável cuidados prestados pelo pai do bebé, sendo que as restantes variáveis consideradas, não passam o limite mínimo de tolerância para poderem fazer parte da equação discriminante, não contribuindo de modo significativo para a distinção entre os grupos quando o

ajustamento conjugal e os cuidados prestados pelo pai ao bebé são considerados (ver Quadro 136).

Quadro 136
Análise Discriminante *(stepwise)*
Modelo para discriminar as mães que se apresentam ou não clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto (N= 12)

variável discriminante	Wilk's Lambda	
am	0.38010	**
+cp	0.16505	***

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

A função discriminante assim constituída foi responsável por 100% da variabilidade observada entre os grupos considerados, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 137).

Quadro 137
Função Discriminante
Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto (N= 12)

Função	Eigenvalue	% de variância	% acumulada	correlação canónica	depois função	Wilks	X^2	g.l.	signif.
1	5.0586	100.00	100.00	0.9138	0	0.165054	16.213	2	0.0003

O quadro seguinte (ver Quadro 138) apresenta, por sua vez, os centroídes respectivos para cada grupo definido segundo a função discriminante estabelecida.

Quadro 138
Centróides dos grupos
Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ que ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério (N= 12)

	Função Discriminante
Grupos	Centróides dos grupos
sem perturbação psicopatológica assinalável	-2.05317
depressão major/minor	2.05317

N° de grupos = 2
N° de Variáveis preditoras: 2

A análise das correlações entre as variáveis preditoras e a função discriminante sugere que, quando se consideram todas as variáveis relativas à primeira avaliação do estudo e as variáveis relativas ao cônjuge, a qualidade do ajustamento conjugal e contributo do pai nos cuidados providenciados ao bebé são os aspectos que mais contribuem para a distinção entre o grupo das mães que desenvolvem depressão no 3° mês do puerpério e já não se encontram clinicamente deprimidas no 12° mês do pós-parto (Grupo 0) e o grupo das mães que desenvolvem depressão no 3°

mês do puerpério e ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto (Grupo 1).

As restantes variáveis consideradas — nomeadamente, a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao bebé e o nível educacional da mãe que se tinham mostrado contributos significativos, assim como a idade da mãe, a preocupação da mãe com o bebé, o nível ocupacional da mãe, a gravidade da depressão pós-parto ao 3º mês do puerpério, o nível educacional da mãe, a classe social da família, a qualidade da conduta interactiva da mãe, a qualidade da conduta interactiva do bebé, a qualidade da interacção mãe-bebé, o nível de desenvolvimento mental do bebé, o sexo do bebé, o nível de desenvolvimento global do bebé, o estado matrimonial da mãe, o nível de desenvolvimento motor e o nível de desenvolvimento mental do bebé e as dificuldades desenvolvimentais do bebé, mostraram não ter qualquer contribuição para a distinção dos grupos considerados.

Quadro 139
Análise discriminante
Variáveis relacionadas com a presença de depressão clínica no 12º mês do pós-parto, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério (N=12)

variável discriminante (1)	correlação com a função discriminante	*Wilks' Lambda*	F	
am	0.56780	0.38010	16.3087	**
cp	0.36340	0.59951	6.6804	*
nom	-0.23096	0.94253	0.6098	
db3	-0.22633	0.92344	0.8291	
gr3	0.22203	0.97143	0.2941	
nem	-0.20533	0.90040	1.1062	
sb	0.17871	1.00000	0.0000	
pm3	0.14420	0.93891	0.6506	
im3	-0.09554	0.96471	0.3659	
cm3	0.09490	0.77040	2.9803	
ibm3	-0.08123	0.97835	0.2212	
im	0.04508	0.94972	0.5294	
csf	-0.04325	0.98667	0.1351	
cb	-0.03961	0.69880	4.3103	
nb3	0.03900	0.92344	0.8291	
ib3	-0.02881	0.97835	0.2212	
epds3	-0.02222	0.96340	0.3799	

(1) ordenadas consoante a grandeza da correlação com a função discriminante
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Com base nos valores discriminantes foram classificados correctamente 100% das puérperas, como consta do quadro da página seguinte (ver Quadro 140).

Quadro 140
Classificação
Percentagem de sujeitos classificados correctamente com base nas variáveis preditoras consideradas

Grupos	N°. de casos	N° de casos correctamente classificados	
		0	1
Grupo 0	7	7 (100%)	0 (100%)
Grupo 1	7	0 (100%)	7 (100%)

Perfil de risco para a presença de depressão clínica 12 meses depois do parto, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto, estabelecido com base nos dados recolhidos no 3° mês do puerpério (Modelo II)

Esta análise reportou-se às 26 mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério. Destinou-se igualmente a avaliar o poder discriminante de todas as variáveis relativas à primeira avaliação, 3 meses depois do parto, sobre a remissão da depressão pós-parto (N=21), mas utilizando agora o modelo *stepwise*.

Consideraram-se 2 grupos de mães: grupo 0 — mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que não se apresentam clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério (N=10) — e grupo 1 — mães com depressão pós-parto que ainda se encontravam clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério (N=11).

Utilizou-se o procedimento *stepwise*, a fim de averiguar qual a variável — ou qual a melhor combinação de variáveis — relativa à avaliação realizada no 3° mês do puerpério, susceptível de discriminar com eficácia as mães com depressão 3 meses depois do parto que se encontram clinicamente deprimidas das que não se encontram clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério.

Verificou-se que, no primeiro passo, a variável qualidade dos cuidados da mãe com o bebé é introduzida na equação, sendo que depois disso, as restantes variáveis consideradas — sexo do bebé, idade da mãe, estado matrimonial da mãe, nível educacional da mãe, nível ocupacional da mãe, classe social da família, preocupação materna com o bebé, nível de desenvolvimento do bebé, dificuldades comportamentais do bebé, qualidade da conduta interactiva da mãe, qualidade da conduta interactiva do bebé e qualidade da conduta interactiva mãe-bebé — não passam o limite mínimo de tolerância para poderem fazer parte da equação discriminante, pelo que não contribuem significativamente para a distinção dos grupos quando é tomada em conta a qualidade dos cuidados providenciados ao bebé.

Quadro 141
Análise Discriminante *(stepwise)*
Modelo para discriminar as mães que se apresentam ou não clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto (N= 12)

variável discriminante	Wilk's Lambda	F	p	d.f.
cm3	0.77563	5.49617	**	1

* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

A função discriminante foi responsável por 100% da variabilidade observada entre os grupos considerados como consta do quadro seguinte (ver Quadro 142).

Quadro 142
Função Discriminante
Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ Mães com depressão pós-parto que ainda se encontram clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto (N= 14)

Função	Eigenvalue	% de variância	% acumulada	correlação canónica	depois função	Wilks	χ^2	g.l.	signif.
1	0.2893	100.00	100.00	0.4737	0	0.775632	4.7000	1	0.0302

Os centroídes respectivos para cada grupo definido segundo a função discriminante estabelecida são apresentados no quadro seguinte (ver Quadro 143).

Quadro 143
Centróides dos grupos
Mães com depressão pós-parto que já não se encontram clinicamente deprimidas/ que ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério (N= 23)

	Função Discriminante
Grupos	Centróides dos grupo
sem perturbação psicopatológica assinalável	0.53656
depressão major/minor	-0.48778

N° de grupos = 2
N° de Variáveis preditoras: 2

A análise do quadro a seguir (ver Quadro 144) que mostra as correlações entre as restantes variáveis preditoras e a função discriminante sugere que nenhuma das restantes variáveis contribui significativamente para a distinção entre o grupo das mães que desenvolve depressão no 3° mês do puerpério e já não se encontra clinicamente deprimida no 12° mês do pós-parto (Grupo 0) e o grupo das mães que desenvolve depressão no 3° mês do puerpério e ainda se encontra clinicamente deprimida no 12° mês do pós-parto (Grupo 1).

Quadro 144
Análise discriminante
Variáveis relacionadas com a presença de depressão clínica no 12° mês do pós-parto, numa amostra de mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério (N=14)
Variáveis, após *Step 1*

variável discriminante (1)	correlação com a função discriminante	*Wilks' Lambda*	F
im	0.63438	0.6870172	2.3217153
pm3	0.59816	0.7681491	0.1753360
nom	0.57184	0.7699668	0.1324286
gr3	-0.55860	0.7534760	0.5292803
csf	0.55061	0.7663613	0.2177365
nem	-0.48150	0.7198768	1.3941066
ib3	0.34733	0.7518717	0.5688159
epds3	-0.31676	0.7650800	0.2482465
ibm3	0.27356	0.7518717	0.5688159
sb	-0.20305	0.7745455	0.0252399
im3	0.16761	0.7361308	0.9658798
nb3	-0.16760	0.6881564	2.2880726
cb	0.16384	0.7708606	0.1114035
em	-0.12467	0.7369109	0.9458025
db3	-0.05017	0.7743735	0.0292420

(1) ordenadas consoante a grandeza da correlação com a função discriminante
* p< 0.05
** p< 0.01
*** p< 0.001

Com base nos valores discriminantes foram classificados correctamente 72.3% das puérperas, como consta do quadro seguinte (ver Quadro 145).

Quadro 145
Classificação
Percentagem de sujeitos classificados correctamente com base nas variáveis preditoras consideradas

Grupos	N°. de casos	N° de casos correctamente classificados	
		0	1
Grupo 0	10	9 (90.0 %)	1 (10.0 %)
Grupo 1	12	5 (41.7%)	7 (58.3%)
não agrupados	3	2 (66.7%)	1 (33.3%)

PARTE III
CONCLUSÕES

CAPÍTULO I

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo é reservado à discussão dos resultados obtidos no estudo empírico descrito na parte II da dissertação.

Para cada hipótese de trabalho anteriormente exposta, faz-se a apresentação e a discussão dos resultados obtidos e conclui-se — tendo em conta a revisão teórica levada a cabo sobre os temas da depressão pós-parto, da interacção mãe-bebé e do desenvolvimento infantil.

I. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A investigação que realizámos e cujos resultados iremos discutir ao longo deste capítulo teve por objectivo estudar a depressão pós-parto, que é a perturbação psicopatológica mais comum no puerpério, enquadrando-se a compreensão deste distúrbio no contexto das relações familiares da mulher, particularmente no contexto da sua relação com o bebé e com o cônjuge. Teve ainda por objectivo observar os efeitos da depressão pós-parto sobre a qualidade da interacção mãe-bebé e averiguar as sequelas que este distúrbio provoca no comportamento, no desenvolvimento e no bem-estar do bebé durante o seu primeiro ano de vida. São portanto esses os objectivos que vão agora nortear a discussão dos resultados, sucessivamente em três pontos distintos.

Assim, os resultados empíricos apresentados na parte II da presente dissertação vão ser seguidamente analisados e discutidos à luz das hipóteses então estabelecidas, de acordo com a revisão conceptual que levámos a efeito na parte I, tendo em conta que se pretende, especificamente: a) caracterizar a interacção mãe-bebé nos casos em que a mãe está deprimida após o parto, comparando com a que acontece nos casos em que a mãe não está deprimida após o parto; b) avaliar possíveis repercussões adversas da depressão pós-parto da mãe no bem-estar, comportamento e desenvolvimento do bebé, durante o primeiro ano de vida; e, c) avaliar a influência de variáveis relativas ao bebé e à qualidade da interacção mãe-bebé no curso da depressão pós-parto materna.

1. Depressão Pós-parto e Interacção Mãe-Bebé

Os resultados obtidos no presente estudo empírico permitem concluir que, nas díades em que a mãe desenvolve depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, a qualidade da interacção mãe-bebé é, na idade de 3, 6 e 12 meses de idade do bebé, significativamente menos adequada, durante a situação alimentar, face-a-face e de

jogo livre, do que nas díades em que a mãe não apresenta perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério. Relativamente à conduta interactiva da mãe, do bebé e mãe-bebé os dados recolhidos permitem concluir os aspectos que passamos a evidenciar.

1.1. Depressão pós-parto e conduta interactiva da mãe

1. Em conformidade com o que estabelecemos na hipótese 1, os dados recolhidos no presente estudo empírico permitem concluir que as mães que se encontram clinicamente deprimidas 3 meses após o parto, exibem na interacção com o bebé — na situação de interacção livre, na situação de interacção face-a-face e na situação em que alimentam o bebé, na idade de 3 meses do bebé — uma conduta interactiva significativamente menos adequada, do que as mães que não apresentam nenhuma perturbação psicopatológica assinalável.

A conduta interactiva das mães que desenvolvem depressão no 3° mês do pós-parto mostra diferenças estatisticamente significativas, em relação à conduta interactiva das mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável, particularmente nos aspectos a seguir assinalados: a) contacto ocular, b) expressões faciais negativas e positivas, c) atenção ao comportamento do bebé e às necessidades de momento do bebé, d) actividades dirigidas aos interesses e às necessidades desenvolvimentais do bebé, e) prazer interactivo e comunicação positiva, f) vocalizações.

No respeitante ao contacto ocular proporcionado pela mãe, observámos que a mãe deprimida — quando amamenta o bebé, quando se encontra em situação de face-a-face, ou quando se propõe brincar com o bebé — está menos atenta e olha menos para o bebé do que a mãe que não se encontra deprimida, tal como também o observam Field (1984) e Livingood, Daen, e Smith (1983), entre outros. Dado que a mãe com depressão pós-parto, tal como verificámos, coloca significativamente menos vezes o bebé em posição de face-a-face, olha significativamente menos para o bebé e fixa menos o seu olhar nos olhos do bebé, oferece um reduzido contacto ocular com o bebé e proporciona ao bebé muito menos oportunidades de contacto ocular mútuo do que a mãe que não apresenta depressão pós-parto.

No que se refere às expressões faciais negativas e às expressões faciais positivas produzidas pela mãe na interacção com o bebé, os dados recolhidos no

nosso estudo indicam que, relativamente às mães que não apresentam qualquer perturbação psicopatológica durante o puerpério, as mães que desenvolvem depressão após o parto evidenciam um significativo menor número de expressões faciais positivas — dado que foram observadas a emitir um menor número de expressões faciais de riso, sorriso, contentamento, alegria ou bem-estar — e evidenciam um significativo maior número de expressões faciais negativas — dado foram observadas a emitir um maior número de expressões faciais de desagrado, indiferença ou tensão.

Nesse sentido, os dados que obtivemos replicam as anteriores observações de diversos autores (e.g., Anthony, 1983; Campbell et al. 1992, 1995; Cohn et al., 1986, 1990; Field, 1983, 1984; Field et al., 1990; Goodman & Brumely, 1990; Goodman & Emory, 1992; Livingood et al., 1983; Sameroff et al., 1982; Murray et al., 1994; Stein et al., 1991; Weissman et al., 1972).

Dado que as mães que desenvolvem depressão pós-parto evidenciam um menor número de expressões faciais positivas e um maior número de expressões faciais negativas, proporcionam ao bebé mais oportunidades de transmissão emocional negativa e menos oportunidades de transmissão emocional positiva do que as mães sem perturbação emocional durante os primeiros meses do puerpério, tal como também é assinalado por outros investigadores (e.g., Cohn et al., 1990; Field et al., 1989, 1990).

No respeitante à atenção que a mãe dispensa ao bebé — e, sobretudo, no respeitante à atenção que especificamente dedica às necessidades e intenções interactivas de momento do bebé — o nosso estudo mostra que as mães com depressão pós-parto, quando comparadas com as mães que não apresentam perturbação psicopatológica no 3º mês do puerpério, olham significativamente menos para o bebé, estão geralmente desatentas na interacção com o bebé e prestam muito menos atenção ao comportamento e à disponibilidade interactiva de momento do bebé.

Consequentemente, as mães com depressão pós-parto foram observadas a responder menos prontamente ao bebé, mostraram-se menos capazes de dar uma resposta contingente ao comportamento do bebé — i.e., uma resposta imediata e de acordo com os pedidos do bebé — e muitas vezes não respeitaram a disponibilidade de momento do bebé. Por isso também, as mães deprimidas têm correntemente uma actividade que não é significativa com os propósitos do bebé, contrariamente ao que acontece com as mães que não estão deprimidas. Dado que não respeitam a disponibilidade de momento e as necessidades e propósitos interactivos do bebé, as

mães com depressão pós-parto fazem com que as suas propostas e as suas respostas interactivas se processem inadequadamente e não sejam frequentemente significativas com as actividades que concomitantemente o bebé desempenha. Em certos casos, na interacção com o bebé, as mães com depressão pós-parto foram mesmo observadas a ter iniciativas que podem ser consideradas interferentes com as disposições de momento do bebé, o que se constatou em todas as situações consideradas no estudo, como exemplificamos de seguida.

Assim, na situação alimentar, como se conclui do facto de a mãe com depressão pós-parto remover significativamente mais vezes o biberão por iniciativa própria, interromper mais vezes o bebé para o pôr a arrotar, vocalizar quando deveria estar silenciosa, e persistir na alimentação quando o bebé não pretende mais, o que não observamos tão frequentemente junto das mães sem distúrbio psicopatológico durante o puerpério.

Que a conduta interactiva da mãe com depressão pós-parto se traduz, por vezes, numa manipulação que é interferente com a actividade do bebé e que a mãe age de um modo que pode ser considerado intrusivo — o que tem também corresponde às observações de outros autores (e.g., Cohn et al., 1990; Lyons-Ruth et al., 1986) — é o que se pode concluir das evidências empíricas anteriormente expostas que se referem à situação alimentar. Tal se conclui também do facto de, por exemplo, a mãe deprimida não proporcionar o silêncio durante a aversão do olhar do bebé, na situação de face-a-face, ou ainda do facto de a mãe deprimida proporcionar uma actividade que não é significativa com os propósitos do bebé, bem como um significativo maior número de propostas de jogo que não são apropriadas às disposições do bebé, na situação de interacção livre.

Conclui-se portanto que, igualmente na situação de interacção face-a-face e na situação de interacção livre, as mães com depressão pós-parto não respeitam a disponibilidade de momento do bebé, não agem em conformidade com as poucas iniciativas interactivas que o bebé proporciona, têm tendência a ter uma actividade que não é significativa com a actividade do bebé e chegam mesmo a propôr actividades que se interferem com as intenções do bebé e são intrusivas para com a actividade interactiva do bebé, o que não observamos junto das mães sem perturbação psicopatológica durante o puerpério.

Em conformidade com os resultados obtidos neste estudo empírico, conclui-se igualmente que as mães com depressão pós-parto respondem menos prontamente ao bebé, têm sobretudo pouca actividade de acordo com as propostas do bebé e são menos capazes de dar uma resposta contingente ao comportamento do bebé, o que tem sido igualmente anotado por outros autores (e.g., Bettes, 1988; Cohn et al., 1986;

Field et al., 1985, 1989, 1990; Fleming et al., 1988; Goodman & Emory, 1992; Zekoski et al., 1987).

No respeitante especificamente às iniciativas interactivas e às actividades dirigidas aos interesses e às necessidades desenvolvimentais do bebé, os dados de observação recolhidos indicam que as mães com depressão pós-parto oferecem poucas iniciativas interactivas ao bebé, e têm sobretudo poucas actividades dirigidas aos interesses e às necessidades desenvolvimentais do bebé, o que se traduz numa menor estimulação do bebé e corresponde às observações de outros investigadores (e.g., Bettes, 1988; Cohler et al., 1970; Field et al., 1989; Murray & Stein, 1991; Tammimen & Salmelin, 1991).

É o que se infere, por exemplo, do facto de a mãe deprimida propôr menos iniciativas de jogo e brincar de modo menos adequado com o bebé, assim como do facto de se observarem menos comportamentos infantilizados e menos actividades de jogo apropriado à idade do bebé por parte das mães deprimidas, comparativamente ao que se observa junto das mães sem perturbação psicopatológica durante os primeiros meses do puerpério.

É o que se infere também do facto de se constatar, por parte das mães com depressão pós-parto, a presença de menos inciativas interactivas — as mães deprimidas são menos activas na interacção com o bebé, dirigem menos gestos e movimentam-se menos na direcção bebé — e do facto de se observar, na situação de interacção livre, mais vezes jogo que não é apropriado e menos vezes jogo que é apropriado, e na situação de interacção face-a-face, menos imitação, menos comportamento infantilizado, menos comportamento de jogo apropriado à idade, reduzida actividade de acordo com as propostas do bebé, comparativamente ao que se observou junto das mães sem perturbação psicopatológica durante os primeiros meses do puerpério.

Tal como outros investigadores (e.g., Field et al., 1985; Goodman & Brumely, 1990; Lyons-Ruth et al., 1986), observamos que mãe com depressão pós-parto é muito pouco estimulante na interacção com o bebé, o que irá provavelmente afectar o desenvolvimento da criança. Oferece pouca estimulação na interacção com o bebé, dado que, por exemplo, exibe poucas propostas interactivas, níveis muito baixos de actividade física, e um número reduzido de vocalizações. Observamos, ainda, um reduzido número de comportamento de imitação e um reduzido número de actividades que se destinem ao jogo com o bebé ou outras que sejam do interesse do bebé, o que tem sido igualmente observado por outros investigadores (e.g., Sameroff et al., 1992; Stein et al., 1991).

No respeitante ao prazer interactivo e comunicação positiva, notamos que as mães com depressão pós-parto expressam muito pouco prazer em estar com o bebé e comunicam de modo menos positivo com ele. Esta verificação resulta não só da circunstância de as mães deprimidas terem sido observadas a expressar poucas expressões faciais positivas e muitas expressões faciais negativas, mas ainda do facto de produzirem um reduzido leque de modulações na voz — dado que, por exemplo, tal como outros investigadores (e.g., Bettes, 1988; Cohn et al., 1990; Murray & Stein, 1991; Murray et al., 1993), observamos que cantam pouco e produzem poucas brincadeiras rítmicas com sons, contrariamente ao que observamos junto das mães sem depressão pós-parto.

Por último, no se refere especificamente às vocalizações, observamos que as mães com depressão pós-parto, vocalizam pouco por iniciativa própria e emitem muito poucas vocalizações na interacção com o bebé, o que também corresponde às verificações de outros autores (e.g., Bettes, 1988; Field et al., 1983, 1984; Field et al., 1991; Fleming et al., 1988; Sameroff et al., 1992).

Para além disso, as poucas vocalizações das mães deprimidas não são contingentes com as iniciativas e as disposições interactivas do bebé. Com efeito, constatamos que as mães deprimidas não respondem às vocalizações do bebé e observamos que as mães deprimidas quando vocalizam não referem o seu discurso ao diálogo com o bebé — as suas vocalizações não são apresentadas de modo sensível e contingente com a actividade concomitante do bebé, como geralmente acontece com as mães sem perturbação psicopatológica.

Em conformidade com os resultados empíricos obtidos noutras investigações (e.g., Bettes, 1988; Goodman & Emory, 1992; Murray & Stein, 1991; Stein et al., 1991), verificamos ainda que as mães com depressão pós-parto variam pouca na entoação que dão às poucas vocalizações que dirigem ao bebé.

No nosso estudo, a presença de depressão na mãe durante o 3° mês do puerpério mostrou ser o único preditor significativo da qualidade da conduta interactiva materna aos 3 meses de idade do bebé, quando se considerou a totalidade da amostra.

Este resultado testemunha que a presença/ausência de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério é a circunstância que faz com que as mães sejam mais/menos capazes de uma acção interactiva adequada com o bebé de 3 meses de idade e garante que a presença de depressão pós-parto é o factor mais determinante para o facto de se observar variação na conduta das mães da amostra em estudo.

Quando apenas se consideraram as mães sem perturbação psicopatológica assinalável, o estatuto matrimonial surgiu como um factor importante para explicar a qualidade da conduta interactiva das mães, 3 meses após o parto. O facto de a mãe ser casada determina que ela tenha uma conduta interactiva mais adequada com o bebé, enquanto que o facto de a mãe coabitar com o pai do bebé determina que ela tenha uma conduta interactiva menos adequada, o que é correspondente às observações de outros autores que estudaram populações normais (e.g., Fish et al., 1993; Isabella, 1994).

No entanto, nenhuma das variáveis consideradas foi susceptível de predizer significativamente a qualidade da conduta interactiva da mãe, no grupo das mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, o que mostra que nenhuma das circunstâncias consideradas no estudo contribui significativamente para melhorar ou piorar a acção interactiva da mãe para com o bebé de 3 meses de idade, quando a depressão pós-parto está presente.

2. Também em conformidade com a hipótese 1, os resultados obtidos no presente estudo empírico indicam que as mães que se encontram clinicamente deprimidas 3 meses após o parto, exibem, quer na idade de 6 meses do bebé, quer na idade de 12 meses do bebé, uma conduta interactiva significativamente menos adequada na interacção com o bebé — na situação de interacção livre, na situação de interacção face-a-face e na situação em que alimentam o bebé — do que as mães que não desenvolveram nenhuma perturbação psicopatológica assinalável 3 meses após o parto.

As diferenças que anteriormente assinalámos, entre a conduta das mães com e sem depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, referiam-se apenas às diferenças que foram observadas na interacção mãe-bebé na idade de 3 meses do bebé.

Quando, 6 meses depois do parto, se comparam as mães que faziam parte do grupo de controlo com as mães que faziam parte do grupo experimental, verificaram-se um elevado número de diferenças significativas no respeitante à conduta interactiva das mães, o que nos indica que as mães que desenvolvem depressão 3 meses após o parto, ainda apresentam, na idade de 6 meses do bebé, uma acção interactiva significativamente menos adequada com o bebé do que as mães que não desenvolvem perturbação psicopatológica assinalável durante o puerpério.

Nomeadamente, as mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério têm, 6 meses após o parto, uma acção interactiva que é significativamente menos adequada na alimentação do bebé — dado que, por

exemplo, estabelecem menos vezes o contacto ocular com o bebé, removem mais vezes o biberão e persistem na alimentação quando o bebé não pretende mais —; na interacção face-a-face com o bebé — dado que, por exemplo, vocalizam menos e apresentam um menor número de respostas contingentes e de comportamento de jogo —; e na interacção livre com o bebé — dado que, por exemplo, exibem menos expressões faciais positivas e têm menos iniciativas de jogo apropriado com o bebé.

Quando, 12 meses após o parto, se comparou a conduta interactiva das mães no grupo de controlo — mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério — e no grupo experimental — mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério — e não se considerou o facto de as mães ainda estarem ou não deprimidas, verificam-se ainda diferenças significativas na conduta interactiva das mães pertencentes a estes grupos, as quais vão no sentido das diferenças já assinaladas. Isto é, 12 meses depois do parto observou-se uma conduta interactiva significativamente menos adequada junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto do que junto das mães que não desenvolveram depressão pós-parto, como consta dos resultados que apresentámos no capítulo anterior.

É assim que as mães que desenvolveram depressão pós-parto, quando foram comparadas com as mães que não apresentaram distúrbio psicopatológico no 3° mês do puerpério, evidenciaram ainda na idade de 12 meses do bebé uma conduta que é significativamente menos adequada, quer na situação de interacção alimentar — sendo que, por exemplo, olham menos para o bebé e interrompem mais vezes o dar de comer ao bebé — quer na situação de face-a-face — visto que, por exemplo, vocalizam menos, respondem menos de modo contingente e propõe menos comportamentos infantilizados ao bebé — quer na situação de interacção livre — dado que, por exemplo, apresentam menos actividades de jogo apropriado, mais actividades de jogo que não é apropriado e mostram um menor número de expressões faciais positivas.

Como vemos, as diferenças que assinalámos significativas na avaliação aos 3 meses de idade do bebé, mantiveram-se em grande parte significativas na idade de 6 e de 12 meses do bebé, quando se compararam as mães que desenvolveram depressão pós-parto com as mães que não estavam deprimidas no 3° mês após o parto.

Assim, a depressão pós-parto da mãe no 3° mês do puerpério parece influenciar adversamente a conduta da mãe quer no 3°, quer no 6° e no 12° mês após o parto.

Certifica-o, a análise de regressão que levámos a cabo a qual mostrou que a presença de depressão materna no 3° mês do puerpério prediz significativamente a

qualidade da conduta interactiva materna, quer aos 6 quer também aos 12 meses de idade do bebé

Este resultado indica-nos que as diferenças encontradas 6 e 12 meses depois do parto, entre a conduta interactiva das mães que desenvolveram depressão pós-parto e a conduta interactiva das mães que não desenvolveram depressão pós-parto têm fortes possibilidades de serem devidas à presença de depressão no 3° mês do puerpério.

Permite concluir que as mães que desenvolvem depressão no 3° mês do puerpério apresentam em função desta circunstância, ao longo de todo o primeiro ano de vida do bebé, uma conduta interactiva menos adequada do que as mães que não desenvolvem depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, o que está de acordo com as observações de outros investigadores (e.g., Murray & Stein, 1991; Stein et al., 1991).

Na nossa amostra, quando se considerou a presença e gravidade da depressão materna no 3° mês do puerpério conseguimos explicar grande parte da variância observada na qualidade da conduta interactiva materna 6 meses depois do parto.

No entanto, quando todas as variáveis independentes susceptíveis de explicar a qualidade da conduta interactiva materna foram consideradas na análise de regressão múltipla, a qualidade da conduta interactiva materna no 3° mês do pós-parto mostrou ser o melhor preditor da qualidade da conduta interactiva materna no 6° mês do puerpério.

Este resultado evidencia que o facto de a mãe conseguir uma conduta interactiva adequada na interacção com o bebé, 3 meses depois do parto, é uma condição que facilita que a mãe tenha uma conduta interactiva adequada na interacção com o bebé 6 meses depois do parto. Indica também que o facto de a mãe ter uma conduta inadequada na interacção com o bebé 3 meses depois do parto, determina uma conduta interactiva inadequada na interacção com o bebé mais tarde no puerpério.

Deste modo, a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, dado que, como vimos, condiciona o desenvolvimento de uma conduta interactiva inadequada por parte da mãe, pode afectar indirectamente o devir da conduta interactiva da mãe com o bebé, visto que o facto de a mãe ter uma conduta interactiva inadequada no início do puerpério tende a perpetuar-se nas suas interacções subsequentes com o bebé.

Assim, quando afecta negativamente a conduta interactiva da mãe no 3° mês do pós-parto, a depressão pós-parto pode interferir adversamente na qualidade da

conduta interactiva da mãe no 6° mês do pós-parto, dado que as dificuldades interactivas iniciais observadas na díade tendem a transformar-se em dificuldades interactivas que perduram na relação da mãe com o bebé.

Uma hipótese alternativa é que um outro determinante não considerado no estudo possa estar a interferir com a qualidade da interacção mãe-bebé avaliada quer no 3° quer no 6° mês do puerpério.

Muito embora no grupo de controlo, a qualidade da conduta interactiva materna no 3° mês do puerpério continue a ser o melhor preditor da qualidade da conduta interactiva materna 6 meses depois do parto, junto das mães com depressão pós-parto, outras variáveis ganham significado: o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade e o ajustamento conjugal da mulher com o pai do bebé.

Os dados recolhidos neste estudo mostram que as mães que desenvolvem depressão pós-parto no 3° mês do puerpério estão tanto mais capazes de uma acção interactiva adequada com o bebé 6 meses depois do parto quanto melhor é o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade. Por outro lado, os resultados mostram também que as mães que desenvolvem depressão pós-parto estão tanto mais capazes de uma acção adequada na interacção com o bebé na idade de 6 meses quanto melhor é a relação que mantêm com o pai do bebé.

Assim, tal como foi igualmente observado por outros investigadores, algumas condições favorecem o estabelecimento de interacções mãe-bebé mais adequadas e podem ser factores de protecção para a criança porque atenuam as repercussões adversas que a depressão pós-parto tem sobre a conduta interactiva da mãe. No nosso estudo, essas condições mostraram ser, para o caso específico da qualidade da conduta interactiva materna 6 meses depois do parto, o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade e o facto de a mãe ter boas relações com o cônjuge.

Enquanto isso, outras circunstâncias propiciam ao estabelecimento de uma conduta menos positiva da mãe com o bebé. O baixo nível de desenvolvimento do bebé na idade de 3 meses e as relações pouco ajustadas entre os pais podem ser factores de risco para a criança porque aumentam os efeitos adversos que a depressão pós-parto da mãe tem sobre a sua conduta com o bebé,

A hipótese de o bom nível de desenvolvimento do bebé poder funcionar como um agente de protecção dos efeitos adversos da depressão pós-parto sobre a interacção mãe-bebé foi mais recentemente formulada por Sharp, Hay, Pawlby, Schmucker, Allen, e Kumar (1995). No entanto, a hipótese de que essa variável interfere na qualidade da interacção que o bebé usufruiu carece, até ao momento, de suporte empírico junto dos estudos que tivemos à disposição. Os nossos dados dão algum apoio empírico a esta hipótese, dado que mostram que o bebé da mãe que desenvolve depressão após o parto e possui um nível mais elevado de

desenvolvimento no 3º mês de idade usufrui aos 6 meses de idade de uma interacção mais adequada do que o bebé da mãe que desenvolve depressão após o parto e possui um nível menos elevado de desenvolvimento no 3º mês de idade.

Alguns autores assinalaram que uma pequena parte das mães com depressão pós-parto é capaz de uma interacção adequada (e.g., Campbell et al., 1995; Cohn et al., 1996). Os nossos dados indicam que, embora não na idade de 3 meses, na idade de 6 meses do bebé, essas mães são aquelas que têm bebés que possuem níveis mais elevados de desenvolvimento na idade de 3 meses e melhores relações com o pai do bebé.

No estudo que desenvolvemos, o efeito adverso da depressão pós-parto na conduta interactiva da mãe com o bebé, 6 meses depois do parto, mostrou-se tanto maior quanto menor era o nível de desenvolvimento do bebé na idade de 3 meses, mas também tanto maior quanto piores fossem as relações conjugais da mãe com o marido ou companheiro.

Este último dado empírico corresponde às observações de outros autores que mostraram que as mães com depressão pós-parto que têm relações menos boas com os maridos mantêm interacções menos adequadas com o bebé e, por isso, como também encontramos na sequência do nosso estudo e reportámos a seguir, afectam também mais negativamente o desenvolvimento do bebé (Caplan et al., 1989; Cox et al., 1987; Cogill et al., 1986; Dumas & Serketich, 1994; Leadbeater et al., 1996; Murray, 1992; Radke-Yarrow et al., 1985).

Aliás, que as mães que têm piores relações conjugais são aquelas que mantêm piores interacções com o bebé, é uma evidência empírica que se obteve igualmente nos estudos levados a cabo sobre populações normais (e.g., Fish et al., 1993; Isabella, 1994).

Ainda recentemente Cox (1988), considerando especificamente o efeito adverso da depressão da mãe sobre o desenvolvimento da criança, comentou a importância de se ter em conta a qualidade da relação conjugal da mãe, a qual supos interferir na qualidade da interacção proporcionada pela mãe à criança. Assim o fizemos e assim o indica os dados recolhidos: a presença de relações conjugais menos positivas torna ainda menos positiva a qualidade da conduta interactiva da mãe com depressão pós-parto para com o bebé na idade de 6 meses.

Assim sendo, encontrámos suporte empírico para as formulações contidas na hipótese 11, pois os dados do presente estudo mostram que as mães com depressão pós-parto que têm mau relacionamento conjugal têm uma conduta interactiva menos adequada com o bebé do que as mães com depressão pós-parto que mantêm uma relação mais ajustada com o pai do bebé.

3. As observações realizadas em casa das mães da amostra em estudo mostram igualmente que as mães que se encontram deprimidas, respectivamente no 6° e no 12° mês do pós-parto, quando não se considera o facto de terem ou não estado deprimidas no 3° mês do puerpério, têm uma conduta interactiva menos adequada do que as mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável, respectivamente no 6° ou no 12° mês do pós-parto.

Os resultados mostram assim que a qualidade da conduta interactiva materna aos 6 meses e aos 12 meses do bebé é significativamente menos adequada, nos mesmos aspectos assinalados para as observações realizadas no 3° mês do puerpério, junto das mães que ainda se encontram deprimidas nessa altura, quando são comparadas com um grupo de mães formado por todas as mães que não estão deprimidas no momento (e que inclui aquelas que nunca estiveram deprimidas e aquelas que embora estivessem deprimidas no 3° mês do puerpério já não apresentam sintomatologia depressiva assinalável).

No entanto, considere-se que as diferenças estatisticamente significativas, referente aos dois grupos acima discriminados, dizem respeito a um menor número de aspectos da conduta interactiva materna.

Assim, a questão de avaliarmos se a qualidade da conduta interactiva materna é mais determinada pela ocorrência de depressão pós-parto ou pela presença de depressão que ainda pode estar presente na mãe, 6 e 12 meses depois do parto, ganha sentido.

Em relação a esta precisa questão assinale-se que os resultados do nosso estudo mostram que a presença de depressão no 6° mês e no 12° mês do pós-parto não é um factor determinante para a qualidade da conduta interactiva da mãe na idade de 6 meses e na idade de 12 meses do bebé, pelo menos quando a presença de depressão pós-parto é considerada. Este resultado evidencia que a qualidade da conduta interactiva materna 6 e 12 meses após o parto é mais determinada pelo facto de a mãe ter ou não estado deprimido após o parto do que pelo facto de a mãe se encontrar ou não deprimida na ocasião em que é avaliada a sua conduta interactiva (i.e., respectivamente, no 6° e no 12° mês após o parto).

Pode por conseguinte concluir-se que a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério tem vastos efeitos em importantes dimensões da conduta interactiva da mãe com o bebé. Tem não só efeitos adversos imediatos, na qualidade da interacção da mãe com o bebé de 3 meses, como tem ainda efeitos adversos *à posteriori*, influenciando negativamente a qualidade da interacção da mãe com o bebé, quer no 6° quer no 12° mês do puerpério. Outros investigadores, que também eles realizaram estudos longitudinais, verificaram igualmente a manutenção das

características interactivas adversas na conduta das mães com depressão pós-parto, mesmo após a remoção da sintomatologia depressiva pós-parto (e.g., Murray & Stein, 1991; Stein et al., 1991).

4. Muito embora a presença de depressão pós-parto seja um preditor significativo da qualidade da conduta interactiva materna 12 meses depois do parto, o modelo que considera a qualidade da interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto e o estatuto matrimonial da mãe é o modelo que melhor permite explicar a qualidade da conduta interactiva materna, tal como foi observada 12 meses depois do parto junto da totalidade das mães da amostra.

Os resultados indicam que a presença de depressão pós-parto no 3º mês do puerpério afecta significativa e adversamente a qualidade da conduta interactiva materna no 12º mês após o parto. Distingue-se, no entanto, o efeito da qualidade da interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto que, quando associado ao estatuto matrimonial da mãe, é o melhor modelo que encontrámos para explicar a variável em questão.

As mães da nossa amostra que têm piores condutas interactivas na idade de um ano do bebé são sobretudo aquelas que foram observadas em interacções menos adequadas com o bebé no 3º mês do pós-parto e que não são casadas com o pai do bebé. Tal indica, por conseguinte, e mais uma vez, que a boa adaptação mútua conseguida pela díade 3 meses após o parto é uma circunstância que favorece o desenvolvimento posterior de uma conduta interactiva mais adequada por parte da mãe. Na medida em que a depressão pós-parto interfere adversamente nessa mesma adaptação, pode indirectamente determinar, através do estabelecimento de interacções inadequadas 3 meses depois do parto, a presença posterior de uma conduta interactiva materna menos adequada ao ano de idade do bebé.

Assinale-se também que o facto de a mãe não ser casada com o pai do bebé parece contribuir para que se observe uma conduta interactiva menos adequada por parte da mãe. Rutter (1985) alertou que o estatuto matrimonial dos pais é uma variável a considerar quando se estudam os efeitos da depressão da mãe sobre o desenvolvimento da criança e alguns autores têm vindo também a sinalizar o impacto desta variável (e.g., Goodman, et al., 1993; Weissman, et al., 1984).

Os resultados que encontrámos na sequência deste estudo mostram ainda que a permanência da depressão materna afecta negativa e significativamente a qualidade da conduta interactiva das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério quando interagem com o bebé na idade de 12 meses deste.

Com efeito, a presença de depressão 12 meses depois do parto, foi o melhor preditor que encontrámos para explicar a qualidade da conduta interactiva materna,

tal como foi observada 12 meses depois do parto no grupo experimental). Assim, ao ano de idade, os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto são alvo de uma conduta interactiva inadequada por parte da mãe, a qual é tanto mais inadequada quanto se associa o facto de a mãe ainda se encontrar deprimida nessa altura.

Este resultado mostra a importância da duração da depressão pós-parto, designadamente o efeito adverso da manutenção da depressão pós-parto, sobre a qualidade da conduta interactiva materna 12 meses depois o parto, tal como se verifica em outros estudos recentes (e.g., Campbell et al., 1995; Field, 1995). Confirma o que estipulámos na hipótese 5, pois mostra que quanto mais tempo a mãe permanece deprimida após o parto menos adequada é a sua conduta com o bebé. Preconiza que os bebés das mães que se mantêm deprimidas durante os 12 meses que se seguem ao parto, porque são durante mais tempo alvo de interacções menos adequadas, possam estar mais em risco de sofrer repercussões negativas pelo facto de a mãe ter depressão pós-parto do que os bebés das mães que apenas se mantiveram deprimidas nos primeiros meses que se seguiram ao parto.

Recentemente, em conformidade com as observações recolhidas neste estudo, alguns autores alertaram para o facto de que a depressão pós-parto afecta mais significativamente a interacção mãe-bebé quando se mantêm durante o segundo semestre de vida do bebé (Campbell et al., 1995).

Junto das mães que não desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto, aquelas que apresentam mais sintomatologia depressiva 6 meses depois do parto tendem a apresentar uma conduta menos adequada na interacção com o bebé ao ano de idade, tal como concluímos do facto de os resultados EPDS recolhidos 6 meses depois do parto serem o melhor preditor para a qualidade da conduta interactiva da mãe observada 12 meses depois do parto junto do grupo de controlo. Esta evidência empírica indica a interferência adversa da sintomatologia depressiva sobre a qualidade da conduta interactiva da mãe, mesmo no caso de a mãe desenvolver sintomatologia depressiva apenas a um nível sub-clínico.

O estudo mostra que a mãe que desenvolve depressão pós-parto no 3º mês do puerpério tem uma acção significativamente menos adequada com o bebé na presença de certas condições de risco e uma acção significativamente mais adequada na presença de outras condições que permitem evitar que sobre a sua conduta interactiva se verifiquem tanto os efeitos adversos decorrentes da circunstância de se encontrar deprimida. Analisemos agora os resultados do estudo que fizemos das circunstâncias que nos pareceram mais relevantes no sentido das hipóteses que pusemos no início do estudo.

5. Relativamente à hipótese 5 no que se refere designadamente à gravidade da depressão pós-parto materna no 3° mês do puerpério, avaliada em termos da sintomatologia depressiva da mãe impõem-se as seguintes conclusões.

As mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do pós-parto evidenciam — na interacção com o bebé durante a situação alimentar, face-a-face e livre, na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé — uma conduta interactiva mais adequada do que as mães que se encontram menos gravemente deprimidas no 3° mês do pós-parto e recebem o diagnóstico de depressão *minor*, e estas mães têm por sua vez uma conduta interactiva mais adequada do que as mães que se encontram mais gravemente deprimidas e recebem o diagnóstico de depressão *major*.

No entanto, quando se comparou a conduta interactiva das mães com depressão pós-parto *major* no 3° mês do puerpério com a conduta interactiva das mães com depressão pós-parto *minor* no 3° mês do puerpério, as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas, em nenhuma das situações avaliadas na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé.

Dado que as mães que, no 3° mês do puerpério, desenvolvem depressão pós-parto de maior gravidade sintomática (i.e., depressão *major*) não apresentam uma conduta interactiva significativamente diferente da conduta interactiva das mães com depressão de menor gravidade sintomática (i.e., depressão *minor*), quer na idade de 3, quer na idade de 6 e 12 meses do bebé, conclui-se que, pelo menos enquanto não se considera a presença de outros factores de risco, a gravidade da depressão pós-parto materna não interfere significativamente na qualidade da conduta interactiva da mãe na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé, contrariamente ao que formulámos na hipótese 5.

Tal como é confirmado pela análise de regressão, os dados obtidos mostram que, mesmo quando se consideram outras variáveis, a gravidade da depressão pós-parto, avaliada em termos da intensidade dos sintomas não afecta significativamente a qualidade da conduta interactiva materna na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé. Assim, no que se refere à intensidade dos sintomas da mãe, não se confirma a hipótese 5 onde se estabelece que quanto mais grave é a depressão pós-parto da mãe pior é a qualidade da sua conduta interactiva.

6. No que se refere à gravidade da depressão pós-parto materna, avaliada em termos da duração dos sintomas (hipótese 5), os dados obtidos mostram que é significativamente diferente, na idade de 12 meses do bebé, a qualidade da conduta interactiva materna nos 3 grupos de mães considerados no estudo — mães que não

apresentam perturbação psicopatológica assinalável nem no 3° nem no 12° mês do puerpério, mães que apresentam depressão no 3° mês do puerpério mas não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães que apresentaram depressão no 3° mês do puerpério e ainda se encontram deprimidas no 12° mês do puerpério.

Com efeito, as evidências empíricas recolhidas que constam do capítulo anterior permitiram verificar que as mães que se encontram clinicamente deprimidas no 3° mês do pós-parto e já não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério evidenciam, aos 12 meses de idade do bebé, em todas as situações em que foram observadas, uma conduta interactiva significativamente menos adequada do que as mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável nem no 3° nem no 12° mês do puerpério. Assim sendo, como vimos anteriormente, permitem concluir que a presença de depressão pós-parto influi negativamente na qualidade da conduta interactiva materna, não só no momento em que ocorre mas também subsequentemente, ou seja, após a reconversão da depressão.

Com efeito, após a reconversão dos sintomas, ainda se verificam efeitos adversos da depressão pós-parto, sobretudo nas situações de interacção face-a-face e de interacção livre, pois 12 meses após o parto a conduta interactiva das mães que, muito embora já não se apresentem deprimidas, experienciaram depressão após o parto, é significativamente menos adequada em relação à conduta interactiva das mães que não vivenciaram perturbação psicopatológica assinalável durante o primeiro ano que se seguiu ao parto.

Assim, tal como outros trabalhos, o estudo que agora concluímos assinala que, mesmo após a reconversão da sintomatologia materna, as mães que desenvolveram depressão pós-parto continuam a relacionar-se de um modo pouco adequado com o bebé (e.g., Murray & Stein, 1991; Stein et al., 1991). Os nossos resultados são portanto contrários aos de outros estudos que não verificam após a reconversão da sintomatologia materna as circunstâncias adversas observadas enquanto as mães estavam deprimidas (e.g., Fleming et al., 1988; Sameroff et al., 1982).

No entanto, as nossas constatações empíricas, não permitiram verificar a hipótese de que as mães que se encontram deprimidas no 3° mês do puerpério e já não estão deprimidas no 12° mês do puerpério evidenciem, aos 12 meses de idade do bebé, uma conduta interactiva significativamente mais adequada do que as mães que se encontram clinicamente deprimidas no 3° e no 12° mês do pós-parto. Com efeito, as diferenças observadas entre estes dois grupos de mães não se mostraram estatisticamente significativas em nenhuma das situações interactivas avaliadas.

Mesmo assim, a análise de regressão mostrou que a presença de depressão no 12º mês do puerpério é o preditor mais significativo para a qualidade da conduta interactiva da mãe na interacção com o bebé no 12º mês do pós-parto e que, portanto, a qualidade da conduta interactiva da mãe com o bebé de um ano de idade é tanto pior quanto mais a mãe que desenvolveu depressão pós-parto ainda se encontra deprimida por essa ocasião.

Pode-se concluir que o facto de a mãe se encontrar clinicamente deprimida durante os 12 meses que se seguem ao parto tem um efeito agravante significativo sobre a qualidade da sua conduta interactiva, tal como pode ser observada na interacção com o bebé ao ano de idade, embora esse efeito não seja superior ao efeito adverso que se observa em função da depressão que ocorre especificamente durante os primeiros meses do puerpério, visto que só se manifesta no grupo experimental.

7. No que se refere ao sexo do bebé algumas diferenças foram observadas na conduta interactiva das mães com depressão pós-parto e bebés de sexo masculino e feminino, as quais são, no entanto, contrárias ao que formulámos na hipótese 7.

Muito embora, quando se têm em conta apenas os resultados globais da avaliação das mães com depressão pós-parto não se encontrem diferenças significativas entre a conduta interactiva das mães de bebés do sexo masculino e das mães de bebé do sexo feminino, em aspectos particulares, no grupo de mães que desenvolveu depressão pós-parto, a conduta interactiva materna mostrou ser mais adequada nas díades em que o bebé é do sexo masculino do que nas díades em que o bebé é do sexo feminino.

Por exemplo, as mães com depressão pós-parto dos bebés do sexo masculino foram significativamente menos vezes observadas a retirar o biberão por iniciativa própria aos 3 meses de idade do bebé, foram significativamente mais vezes observadas a providenciar actividades apropriadas de jogo aos 6 meses de idade do bebé e foram significativamente menos vezes observadas a expressar aborrecimento, desagrado e hostilidade para com a criança de 12 meses de idade, do que as mães com depressão pós-parto dos bebés de sexo feminino. Como assinalámos no ponto 39 estas diferenças, no sentido de uma conduta mais positiva por parte das mães dos bebés do sexo masculino, são também encontradas em termos dos cuidados prestados ao bebé, pois as mães com depressão pós-parto mostraram-se significativamente menos negativas, significativamente menos restritivas e menos punitivas, assim como evidenciaram uma significativa maior capacidade de envolvimento afectivo e verbal com os bebés do sexo masculino do que com os bebés do sexo feminino.

Junto da amostra que estudámos, e contrariamente às evidências empíricas de outros autores — que, embora não verifiquem diferenças no grupo total, verificam que no grupo das mães que se encontram deprimidas a qualidade da interacção mãe-bebé é pior no caso do bebé ser do sexo masculino (e.g., Cohn et al., 1990; Murray, et al.,1993) —, o facto de o bebé ser do sexo masculino parece favorecer uma conduta mais positiva por parte da mãe, no caso de ela se encontrar deprimida.

No entanto, a este propósito, assinale-se que Osofsky, Hann, e Peebles (1993), que estudaram o efeito da depressão em mães adolescentes, encontraram diferenças sexuais no que se refere aos padrões de interacção mãe-bebé que vão no sentido das observações do presente estudo — os bebés de sexo masculino recebiam mais contacto afectuoso e mais expressividade verbal por parte da mãe do que os bebés de sexo feminino, as suas mães providenciavam mais contacto afectuoso, enquanto que as mães dos bebés do sexo feminino pareciam estar menos envolvidas com o bebé (Osofosky, Hann, & Peebles, 1993).

No entanto, os resultados da análise de regressão não permitem concluir que esta variável — sexo do bebé — seja um preditor significativo para a qualidade da conduta interactiva da mãe, pelo menos quando as restantes variáveis em estudo são consideradas.

8. No que se refere ao efeito das condições sócio-económicas da família, do nível ocupacional da mãe e do nível educacional da mãe sobre a qualidade da conduta interactiva das mães com depressão pós-parto, os dados que obtivemos permitem confirmar apenas parcialmente a hipótese que se lhe refere (hipótese 8).

Os dados recolhidos neste estudo indicam que as mães com depressão pós-parto que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas têm no geral uma conduta interactiva menos adequada com o bebé do que as mães com depressão pós-parto que vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas.

Tenha-se no entanto em consideração que estas diferenças significativas se referem a aspectos pontuais da conduta interactiva da mãe e só se mostram globalmente significativas na avaliação realizada no 12° mês do pós-parto. Para além do mais, estas diferenças verificam-se sobretudo na situação de interacção livre e de interacção face-a-face, sendo que na situação alimentar as mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas mostraram, na idade de 3 e 6 meses, embora não na idade de 12 meses do bebé, uma conduta mais adequada do que as mães deprimidas que vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas.

Os resultados obtidos junto das mães que desenvolvem depressão pós-parto mostram que muito embora as mães que não trabalham fora de casa ou

desempenham profissões manuais evidenciam em alguns aspectos uma conduta interactiva menos adequada do que as mães com níveis ocupacionais médios ou elevados — visto que, por exemplo, na idade de 3 meses do bebé, mostraram brincar significativamente menos com o bebé na situação face-a-face, evidenciaram significativamente mais uma aparência deprimida ou ansiosa enquanto alimentavam o bebé e faziam mais propostas de jogo não-apropriado na situação livre —, no que se refere aos valores totais das escalas de interacção usadas, não se observam diferenças significativas em nenhuma das avaliações realizadas no presente estudo.

Os resultados obtidos no corrente estudo não nos permitem concluir que, junto das mães com depressão pós-parto, seja, na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé, significativamente diferente a conduta interactiva da mãe com o bebé consoante o nível educativo da mãe, contrariamente ao que formulámos na hipótese 7.

Globalmente os resultados encontrados neste estudo não permitem concluir que a conduta interactiva da mãe com depressão pós-parto seja significativamente pior no caso da mãe viver em condições sócio-económicas desfavorecidas, ter um nível ocupacional inferior ou não ter actividade profissional e possuir menos anos de estudo, contrariamente ao que formulámos na hipótese 5.

Aliás, a análise de regressão múltipla confirma as evidências encontradas pelos restantes procedimentos estatísticos, pois estes factores não se mostraram, em nenhuma das avaliações realizadas, preditores significativos da qualidade da conduta interactiva materna junto das mães do grupo experimental.

9. Na hipótese 11 formulámos que as mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal exibiriam piores condutas interactivas na interacção com o bebé do que as mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal. No entanto, quando se formaram dois grupos tendo em conta a qualidade da relação conjugal da mãe não observámos que fosse diferente a conduta interactiva das mães com depressão pós-parto e razoável ou mau relacionamento conjugal, em nenhuma das avaliações que realizámos.

Apesar disso, a análise de regressão múltipla levada a efeito sobre os resultados da qualidade da conduta interactiva materna, confirmando a hipótese 11, indica que a qualidade do relacionamento conjugal da mãe com o pai do bebé é um preditor significativo para a qualidade da conduta da mãe com depressão pós-parto.

Assim, foi considerado um número elevado de variáveis susceptíveis de explicar a qualidade da conduta interactiva materna na idade de 3, de 6 e de 12 meses. O nível sócio-económico da família, o nível ocupacional da mãe e o nível educativo da mãe não mostraram ter qualquer impacto significativo na variância observada na conduta interactiva materna no grupo total, quer no grupo de controlo,

quer junto das mães com depressão pós-parto, pelo que se conclui que o nível sócio-económico da família, o nível ocupacional da mãe e o nível educativo da mãe não interferem significativamente na qualidade da conduta interactiva materna, assim como na amostra deste estudo não parecem diminuir/agravar os efeitos adversos do facto de a mãe estar deprimida sobre a conduta que ela tem nos encontros com o bebé. No entanto, na presença de um bom relacionamento entre os pais, o bebé da mãe que desenvolve depressão pode ser alvo de uma conduta interactiva mais adequada por parte da mãe, enquanto que na presença de um mau relacionamento entre os pais, o bebé da mãe com depressão pós-parto será alvo de uma conduta interactiva menos adequada por parte da mãe. Com efeito, quando as mães com depressão pós-parto têm melhores relações com o pai do bebé estão capazes de uma conduta interactiva mais adequada com o bebé. Talvez isso contribua para explicar o facto de a presença de relações ajustadas entre os pais permitir que o bebé da mãe com depressão pós-parto se desenvolva em níveis mais adequados, como veremos seguidamente.

Que o mau relacionamento entre os pais é uma condição do ambiente que directa ou indirectamente — através os seu impacto sobre a mãe — interfere sobre a qualidade do desenvolvimento do bebé é uma evidência empírica que corresponde às observações de um grande número de investigadores e tem se verificado que os efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre o bebé são tanto maiores quanto à depressão pós-parto se associam, os conflitos matrimoniais, a falta de apoio por parte cônjuge ou ausência do cônjuge (e.g., Caplan et al., 1989; Cox et al., 1987; Dumas & Serketich, 1994; Cogill et al., 1986; Leadbeater et al., 1996; Radke-Yarow et al., 1985; Murray, 1992). Downey e Coyne (1990) e Cummings e Davies (1994), por exemplo, supuseram que o efeito da depressão materna sobre o desenvolvimento da criança se faria através da circunstância de a depressão materna interferir em aspectos como o funcionamento matrimonial do casal, o qual, por sua vez, interferia sobre o desenvolvimento da criança.

10. Em dois sub-grupos de mães com depressão pós-parto cujos maridos/companheiros comparticipavam ou não nos cuidados providenciados ao bebé quando se consideram apenas os resultados totais das escalas de avaliação usadas não se observaram diferenças significativas no que se refere à conduta interactiva das mães.

No entanto, em conformidade com o que estipulámos na hipótese 13, em alguns aspectos particulares, as mães com depressão pós-parto cujos maridos/companheiros comparticipavam menos nos cuidados fornecidos ao bebé exibiram uma conduta interactiva menos adequada, por exemplo na situação de

interacção livre com o bebé — pois foram observadas a providenciar significativamente menos contacto corporal e menos expressividade facial, 3 meses depois do parto, foram observadas a exibir significativamente mais expressões de tristeza e melancolia, 6 meses depois do parto, e foram observadas a oferecer significativamente menos contacto corporal, e a expressar mais aborrecimento e desagrado, na interacção com o bebé, 12 meses depois do parto.

Mesmo assim, esta variável não mostrou ser um preditor significativo da qualidade da conduta interactiva materna na equação de regressão múltipla, quando outros variáveis supostamente importante para a qualidade da conduta interactiva materna são consideradas.

Assim as diferenças acima relatadas podem ser função do facto de os subgrupo questão comparados serem significativamente diferentes no que se refere ao sexo do bebé, como se assinalou no capítulo anterior.

11. Três meses após o parto, contrariamente ao que formulámos na hipótese 13, as mães com depressão pós-parto que cuidam em casa do bebé mostraram uma conduta interactiva significativamente mais adequada na situação face-a-face do que as mães com depressão pós-parto cujos bebés são cuidados também por outras pessoas. No entanto, essas diferenças só se mostraram significativas nessa situação e na avaliação realizada no 3º mês do puerpério, e não nas subsequentes avaliações nem tão pouco o tipo de cuidados mostrou ser um factor preditivo da qualidade da conduta interactiva materna em nenhuma das avaliações realizadas.

1.2. Depressão pós-parto e conduta interactiva do bebé

12. Em conformidade com o que estabelecemos na hipótese 2, as observações realizadas no presente estudo empírico mostram que em todas as situações nas quais foram observados a interagir com a mãe na idade de 3 meses — isto é, enquanto estavam a ser alimentados pela mãe, quando foram colocados em posição de face-a-face e enquanto brincavam livremente com a mãe — os bebés das mães que se encontravam clinicamente deprimidas no 3º mês do puerpério, quando foram comparados com os bebés das mães que não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 3º mês do puerpério, exibiram uma conduta interactiva de menor qualidade.

As diferenças estatisticamente significativas na conduta interactiva dos bebés cujas mães desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto, em relação à conduta

interactiva dos bebés cujas mães não desenvolveram perturbação psicopatológica assinalável nos meses imediatos ao parto, estabeleceram-se principalmente nos aspectos a seguir assinalados: a) contacto ocular, b) expressões faciais negativas e positivas, c) atenção prestada à mãe, d) prazer interactivo e comunicação positiva, e) vocalizações positivas e negativas, f) sinais de mal-estar interactivo.

No respeitante ao contacto ocular, observamos que os bebés das mães que apresentam depressão após o parto, olham menos vezes para a mãe, não procuram e chegam mesmo a evitar o contacto ocular com a mãe, em conformidade com as constatações de outros autores (e.g., Cohn et al., 1986,1990; Field, 1984; Field et al., 1990, 1991; Stein et al., 1991). Tal como sucede com as suas mães, os bebés cujas mães apresentam depressão no 3° mês do pós-parto, olham raramente para a mãe, não procuram nem mantêm o contacto ocular com a mãe, desviam muitas vezes o olhar da mãe, e a aversão do olhar acontece com frequência, mostrando a recusa do bebé em estabelecer o contacto ocular com a mãe.

No que se refere às expressões faciais do bebé, observamos que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto, quando são comparados com os bebés das mães sem perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério, exibem, durante a interacção com a mãe, um maior número de expressões faciais negativas — como por exemplo, expressões de desagrado, indiferença ou tensão — e um menor número de expressões faciais positivas — como por exemplo, expressões de alegria, contentamento, bem-estar, riso ou sorriso.

Um maior número de expressões faciais negativas e um menor número de expressões faciais positivas foi igualmente observado por outros autores junto dos bebés das mães que se encontram deprimidas após o parto, quando foram comparados com os bebés das mães que não se encontram deprimidas após o parto (e.g., Campbell et al., 1995; Cohn et al., 1990; Field, 1984; Field et al., 1990; Stein et al., 1991).

Assim sendo, conclui-se que, tal como acontece com as suas mães que se encontram deprimidas, também os bebés proporcionam mais oportunidades de transmissão emocional negativa e menos oportunidades de transmissão emocional positiva, na interacção com a mãe.

Estabelece-se deste modo — em relação às expressões faciais, tal como sucede em relação aos restantes aspectos assinalados — um sistema de retroacção negativa na díade.

O sistema de retroacção negativa a que nos referimos toma a forma seguinte: dado que a mãe, em função da depressão, proporciona, como vimos, poucas oportunidades de transmissão emocional positiva e muitas oportunidades de transmissão emocional negativa, o bebé fica mais condicionado a mostrar expressões faciais de afecto negativo e não é tão condicionado a mostrar expressões faciais de afecto positivo, o que por sua vez, proporciona à mãe poucas oportunidades para a transmissão emocional positiva e muitas oportunidades para a transmissão emocional negativa.

Este fenómeno, anteriormente descrito por autores como Field (1995), poderá favorecer o desenvolvimento de um estilo interactivo negativo por parte do bebé — isto é, de um estilo de expressão emocional negativa. A presença de um estilo interactivo negativo no bebé das mães deprimidas permite explicar, por sua vez, porque é que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto são cotados como tendo um comportamento menos adequado na interacção com o observador, tal como foi assinalado por determinados investigadores (e.g., Field et al., 1988), e nós próprios constatamos neste estudo, como veremos mais adiante.

Este estilo de interacção negativo, que não é propicio ao estabelecimento de interacções adequadas, seria caracterizado pela presença das características que encontrámos na conduta interactiva do bebé das mães deprimidas — reduzida expressão afectiva positiva, aborrecimento e desagrado e níveis baixos de actividade interactiva (e.g., Field et al., 1985a).

No respeitante à atenção que é prestada à mãe e à interacção, verificamos que, em relação aos bebés das mães sem perturbação psicopatológica assinalável durante o puerpério, os bebés das mães com depressão pós-parto exibem frequentemente uma expressão que indica que estão ausentes da interacção, olham menos para a mãe e estão aparentemente menos atentos aos acontecimentos interactivos que se sucedem na díade, pelo que são consequentemente menos respondentes às iniciativas interactivas da mãe, as quais, tal como vimos anteriormente, são já de si em número reduzido.

Estes dados reafirmam os resultados de outros estudos empíricos que mostram que os bebés das mães deprimidas estão frequentemente retirados da interacção com a mãe, pelo que se propõe menos a interagir com a mãe e respondem menos as iniciativas interactivas da mãe (e.g., Cohn et al., 1986, 1990; Field et al., 1990, 1991; Stein et al., 1991).

Mais uma vez, pode observar-se aqui a acção do mecanismo de retroacção negativa ao qual já nos referimos. A pouca atenção que o bebé presta à mãe faz com que responda pouco às iniciativas interactivas da mãe, as quais, sendo já de si pouco

frequentes, serão ainda menos frequentes, dado a falta de resposta que obtém do bebé.

Retirar-se da interacção e não responder à mãe pode, por sua vez, ter sido a forma que o bebé encontrou para se adaptar ao facto de a mãe não prestar suficiente atenção ao seu comportamento, tendo-se *"resignado à falta de estimulação materna"* (Field, 1984, p. 520) o bebé não será estimulante para a mãe.

Nas circunstâncias que assinalámos — poucas expressões faciais positivas, muitas expressões faciais negativas, poucas iniciativas interactivas e poucas respostas interactivas — o bebé da mãe que se encontra deprimida, tal como a sua mãe, não é de todo um elemento estimulante na interacção.

A pouca vontade de participar na interacção com a mãe vê-se ainda no facto de o bebé se colocar pouco na situação de face-a-face e olhar poucas vezes para a mãe, tal como se observou particularmente na situação de interacção livre. Mas vê-se ainda na evidência do desagrado que o bebé dirige à mãe, o que nos indica que ele nem sempre reage através da passividade e do desligar, à conduta interactiva inadequada que a sua mãe com depressão pós-parto tem para com ele, como veremos já de seguida.

No respeitante ao prazer interactivo e à comunicação positiva, note-se que os bebés das mães com depressão pós-parto, tal como sucede com as suas mães, expressam pouco prazer em estar e comunicam menos positivamente com o parceiro do que os bebés das mães sem depressão pós-parto, o que faz com que não sejam parceiros interactivos tão competentes.

Tal resulta não só do facto de providenciarem poucas expressões faciais positivas — por exemplo, poucas expressões de contentamento, de alegria e de bem-estar — e de providenciarem muitas expressões faciais negativas — como, por exemplo, muitas expressões de desagrado — mas resulta também do facto de produzirem um reduzido leque de vocalizações positivas — por exemplo, lalação — e um grande número de vocalizações negativas — como, por exemplo, choro e rabugice.

No que se refere às vocalizações do bebé, os bebés das mães com depressão no 3° mês do puerpério produzem um reduzido número de vocalizações positivas, as quais chegam mesmo a estar ausentes da interacção com a mãe — estes resultados replicam as verificações de outros autores (e.g., Field 1983, 1984; Field et al., 1991; Stein et al., 1991); no entanto, produzem um maior número de vocalizações negativas do que os bebés das mães que não apresentam perturbação

psicopatológica assinalável após o parto, tal como também resulta da verificação empírica de outros autores (e.g., Tammimen & Salmelin, 1991).

Como vimos anteriormente, as mães com depressão pós-parto — porque, nomeadamente, não respeitam a disponibilidade de momento e as necessidades e propósitos interactivos do bebé — fazem com que a interacção mãe-bebé se processe inadequadamente. A esta situação os bebés respondem, exibindo sinais de mal-estar, que as mães não estão capazes de ler, pois estão mais centradas sobre si do que sobre o bebé, pelo que não corrigem o seu comportamento, e assim, perpetuam o estabelecimento de interacções inadequadas na díade.

Com efeito, observaram-se manifestações de desagrado e de mal-estar interactivo por parte dos bebés das mães com depressão pós-parto — tais como, actividade física negativa (e.g., actividades descoordenadas, arquear e dobrar das costas, etc.), recusa em estabelecer o contacto ocular (e.g., desvio da cabeça da direcção da mãe, aversão do olhar, etc.), expressões faciais negativas (e.g., desagrado, tensão, etc.) e vocalizações negativas (e.g., rabugice, choro, etc.) — em todas as situações avaliadas no decorrer deste estudo.

Estas manifestações foram igualmente observadas por outros autores na interacção dos bebés com as suas mães deprimidas, como veremos já a seguir.

O número elevado de sinais de mal-estar interactivo junto dos bebés das mães com depressão pós-parto foi observado em todas as situações consideradas no estudo. Nomeadamente, foi observado na situação alimentar — tal como se vê, por exemplo, no facto de o bebé rejeitar frequentemente o mamilo/biberão e de ser pouco persistente na alimentação. Mas também, na situação de interacção face-a-face — tal como se deduz do facto de o bebé desviar o olhar da mãe, dobrar e arquear frequentemente as costas e exibir expressões faciais de desagrado, como expressões de mau-humor e face de choro. Assim, tal como outros investigadores, mostramos junto dos bebé das mães com depressão pós-parto a presença muito frequente da aversão do olhar (e.g., Lier, 1983) e das expressões de desagrado e choro (e.g., Tammimen & Salmelin, 1991). E, na situação de interacção livre, tal como se conclui, por exemplo, do facto de o bebé dirigir um menor número de movimentos coordenados à mãe — o que igualmente corresponde às observações de outros investigadores (e.g., Cohn et al., 1986).

Saliente-se desde já que as duas estratégias interactivas que observámos junto dos bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto — aparente passividade e desligar na interacção com a mãe e evidência de acrescidas expressões de mal-estar e descontentamento para com a mãe — são respectivamente observadas juntos

dos bebés que apresentam um padrão de vinculação A e C na Situação Estranha de Ainsworth, o que pode justificar as evidências empíricas de outros autores que mostram, como já discutimos no capítulo IV, que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto estão em risco de formar um padrão inseguro de vinculação à mãe, A ou C.

A análise de regressão que levámos a efeito mostra que a presença de depressão no 3° mês do puerpério é um preditor muito significativo para a qualidade da conduta interactiva do bebé na idade de 3 meses. Assim pode concluir-se que a presença de depressão pós-parto materna determina significativamente o facto de os bebés da amostra terem uma conduta mais ou menos adequada na interacção com a mãe aos 3 meses de idade.

Mesmo assim, quando à presença de depressão pós-parto juntámos a gravidade da mesma e considerámos igualmente todos os bebés da amostra, conseguimos prever melhor a qualidade da conduta interactiva do bebé na idade de 3 meses.

Em conformidade com o que formulámos na hipótese 2 somos por conseguinte levados a concluir que, quando se considera todos os bebés da amostra na idade de 3 meses, a presença de depressão materna faz com que o bebé tenha uma conduta interactiva menos adequada e que tanto mais grave é a depressão materna menos adequada é a conduta interactiva do bebé na interacção com a mãe.

No entanto, o melhor modelo para explicar a qualidade da conduta interactiva dos bebés da amostra total do estudo aos 3 meses de idade é ainda assim aquele que considera simultaneamente a presença e gravidade de depressão pós-parto e o estatuto matrimonial da mãe.

Com efeito, os dados indicam que quanto mais deprimida está a mãe no 3° mês do puerpério pior é a qualidade da conduta interactiva do bebé, sendo que o facto de a mãe não ser casada com o pai do bebé contribui igualmente para explicar o facto de o bebé ter uma conduta interactiva menos adequada na interacção com a mãe aos 3 meses de idade.

No entanto, nenhuma das variáveis consideradas no nosso estudo mostrou ser preditor significativo da qualidade da conduta interactiva do bebé no grupo das mães com depressão pós-parto. Por conseguinte, concluímos que nenhum factor parece contribuir significativamente para agravar ou amortecer o impacto adverso da depressão pós-parto materna sobre a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 3 meses de idade.

Assim sendo, muito embora a relação entre gravidade da depressão materna e conduta interactiva inadequada por parte do bebé se estabeleça no geral —

quanto mais deprimida a mãe está pior é a conduta interactiva do bebé 3 meses depois do parto —, essa relação não é significativa no grupo dos bebés das mães com depressão pós-parto, pelo que não se pode dizer que a conduta do bebé das mães com depressão pós-parto seja tanto menos adequada quanto mais grave é a depressão da mãe.

Saliente-se ainda que, quando apenas considerámos os bebés cujas mães não apresentavam depressão pós-parto, o estatuto matrimonial da mãe assim como a gravidade da sintomatologia depressiva mostraram ser preditores significativos para a qualidade da conduta interactiva do bebé. Tal evidencia ainda que o facto de a mãe apresentar sintomatologia depressiva, mesmo que apenas a um nível sub-clínico, afecta adversamente a conduta interactiva do bebé, como também já o referimos anteriormente a propósito da conduta interactiva da mãe.

Vemos aqui, mais uma vez, a importância da presença da depressão pós-parto para explicar a variância que observámos junto da conduta interactiva dos bebés da amostra em estudo. Vemos também a importância da gravidade da depressão, tanto quanto a importância do estatuto matrimonial da mãe, sendo que os bebés têm uma conduta interactiva tanto menos adequada na interacção com a mãe quanto mais grave é a depressão materna e a mãe não se encontra casada com o pai do bebé. No entanto, esta relação não foi encontrada especificamente no grupo das mães com depressão pós-parto.

13. As diferenças entre os bebés do grupo experimental e de controlo mostraram-se estatisticamente significativas em todas as idades consideradas (i.e., aos 3, 6 e 12 meses de idade do bebé) e em todas as situações avaliadas (i.e., na interacção alimentar, face-a-face e livre).

Os bebés da amostra cujas mães se encontravam clinicamente deprimidas no 3º mês do pós-parto (VI) exibiram uma conduta interactiva de menor qualidade na interacção com a mãe na idade de 3 meses, como acabamos de ver, mas também nas idades de 6 e 12 meses (VD), quando foram comparados com os bebés das mães que não desenvolveram depressão no 3º mês do puerpério e não se considerou o facto de as mães se manterem ou não deprimidas depois desse momento.

Observou-se que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto mantêm uma conduta interactiva menos adequada com a mãe, nas idade de 6 e 12 meses, independentemente do facto de as suas mães se manterem ou não ainda deprimidas. Assim se conclui que a depressão pós-parto da mãe tem efeitos adversos na qualidade da conduta interactiva do bebé, efeitos que se verificam não apenas no imediato, mas que se mantêm, mesmo após a reconversão da sintomatologia depressiva materna, o que confirma o que estipulámos na hipótese 2 e na hipótese 20.

Na idade de 6 meses, observámos que os bebés das mães que desenvolveram depressão 3 meses após o parto, quando foram comparados com os bebés das mães que não desenvolveram depressão pós-parto, tinham uma conduta interactiva menos adequada em qualquer uma das 3 situações observadas. Assim, na situação de interacção face-a-face exibiram, por exemplo, significativamente mais expressões faciais negativas, na situação de interacção alimentar evidenciaram, por exemplo, olhar significativamente menos para a mãe, e na situação de interacção livre, propuseram, por exemplo, um significativo menor número de respostas positivas à mãe.

Também na idade de 12 meses, os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério, quando foram comparados com os bebés das mães que não desenvolveram nenhuma perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do puerpério, mostraram uma conduta que pode ser considerada menos adequada. Existem inúmeras evidências empíricas para este facto, como pode averiguar da leitura dos resultados expostos no capítulo anterior. Designadamente, os bebés do grupo de experimental mostraram olhar significativamente menos para a mãe enquanto esta lhe dava de comer, emitiram um menor número de vocalizações na interacção face-a-face com a mãe e, na interacção livre com a mãe, um maior número de vocalizações negativas (choro, grito, queixume ou outras) foram observadas.

A análise de regressão levada a cabo para avaliar o poder preditor da depressão pós-parto sobre a qualidade da conduta interactiva do bebé na idade de 6 meses, mostrou que a presença de depressão pós-parto é o melhor preditor para explicar a qualidade da conduta interactiva do bebé, quando se consideraram os resultados relativos a todos os bebés da amostra. Deduz-se que o facto de o bebé ser ou não capaz de uma conduta adequada na interacção com a mãe na idade de 6 meses depende largamente do facto de a sua mãe ter ou não estado deprimida 3 meses depois do parto.

Mesmo assim, o modelo que considera a presença de depressão pós-parto, a qualidade dos cuidados prestados ao bebé na idade de 6 meses e o sexo do bebé foi o melhor modelo que encontrámos para explicar a qualidade da conduta interactiva do bebé na idade de 6 meses. Os resultados indicam que, na idade de 6 meses, a qualidade da conduta interactiva do bebé com a mãe é negativamente afectada pela presença das referidas circunstâncias, a saber: depressão materna no 3° mês do puerpério, ambiente de cuidado mais pobre na idade de 6 meses e sexo masculino.

Assim se pode concluir também que quer a presença de cuidados favoráveis na idade de 6 meses, quer o facto de o bebé ser do sexo feminino, pode favorecer que o bebé tenha uma conduta interactiva mais adequada com a mãe, quando não se

considera especificamente apenas os bebés das mães com depressão pós-parto da amostra.

Que a circunstância de o bebé usufruir de cuidados mais adequados na idade de 6 meses favorece a sua conduta interactiva na interacção com a mãe, é uma evidência facilmente compreensível, que mostra que a adequação da conduta interactiva do bebé depende grandemente dos cuidados de que usufrui. Aliás, assinale-se desde já que, junto dos bebés das mães com depressão pós-parto, todo um conjunto de dimensões do bebé — por exemplo, o seu nível de desenvolvimento, a presença de dificuldades comportamentais, a qualidade da sua conduta com o observador — é grandemente influenciado pela qualidade dos cuidados e da interacção que é providenciada pela mãe, pelo que somos levados a supor que os efeitos da depressão pós-parto se concretizam através do estabelecimento de interacções mãe-bebé menos adequadas.

No que se refere à importância do sexo do bebé, este resultado é mais difícil de explicar pois existe uma grande controvérsia entre os estudos que tomaram em conta as diferenças sexuais na qualidade da interacção mãe-bebé. Como assinalámos no capítulo III, a maior parte dos estudos encontra, tal como nós, um maior número de características positivas na interacção mãe-bebé no caso de o bebé ser do sexo feminino (Gottfried, et al. 1987; Lewis, 1972; Rosenthal, 1983; Thoman & Olson, 1972), mas outros estudos assinalam a presença de um maior número de características positivas na interacção mãe-bebé no caso de o bebé ser do sexo masculino (Bakeman & Brown, 1977; Brown, et al., 1975; Cohn & Tronick, 1989). Isso pode acontecer porque as mães têm uma conduta interactiva diferente em função do facto de o bebé ser do sexo masculino/feminino, ou vice-versa pode acontecer porque as características do comportamento interactivo do bebé do sexo masculino/feminino são diferentes, como também assinalámos no referido capítulo. Saliente-se que, visto que o sexo apenas se mostrou preditor para a qualidade da conduta interactiva do bebé e não para a qualidade da conduta interactiva da mãe, esta última explicação parece ser a mais plausível.

Poderemos portanto argumentar, dado que se observam características comportamentais diversas na interacção dos bebés de sexo masculino e de sexo feminino (e.g., David & Emory, 1995; King & Dubois, 1978; Robin, 1986), que aquelas que geralmente se referem aos rapazes — como seja a presença de um maior número de expressões faciais negativas — podem ser menos adequadas ao estabelecimento de uma conduta interactiva adequada com a mãe.

Mesmo assim, nenhuma das variáveis consideradas foi susceptível de explicar no grupo experimental a variância observada nos resultados relativos à conduta interactiva do bebé. Pelo que somos levados a pensar que nenhuma das

circunstâncias estudadas é susceptível de, na nossa amostra, agravar o amortecer o impacto adverso da depressão pós-parto junto dos bebés cujas mães desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério.

14. Quando não se considera o facto de as mães terem ou não estado deprimidas no 3° mês do puerpério, observa-se que os bebés das mães que se encontram deprimidas, respectivamente no 6° e no 12° mês do pós-parto, têm uma conduta interactiva menos adequada do que os bebés das mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável, respectivamente no 6° e no 12° mês do pós-parto. No entanto, considere-se que as diferenças estatisticamente significativas que assinalamos, entre os dois grupos, se referem a um menor número de aspectos da conduta interactiva do bebé, do que se verificou quando se comparou as mães do grupo experimental e de controlo.

Para além disso, mais do que a presença de depressão materna no 6° ou 12° mês do pós-parto que não mostra ser um preditor significativo, o que melhor determina a qualidade da conduta interactiva do bebé na interacção com a mãe ao ano de idade é o facto de a sua mãe ter ou não estado deprimida no 3° mês do pós-parto. Com efeito, quando é tomada isoladamente, a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério é o factor que melhor explica os resultados relativos à qualidade da conduta interactiva do bebé aos 12 meses de idade. Mesmo quando se consideram todas as variáveis em estudo, a presença de depressão pós-parto é, ainda assim, o factor com melhor poder preditivo.

Quando considerámos todos os bebés do estudo, verificámos que a conduta interactiva do bebé na interacção com a mãe ao ano de idade era tanto pior quanto estavam presentes as seguintes circunstâncias (por ordem decrescente de poder explicativo): depressão pós-parto materna, mãe não-casada com o pai do bebé, problemas de comportamento no bebé aos 12 meses de idade, pouca participação do pai nos cuidados prestados ao bebé, problemas de comportamento no bebé aos 6 meses de idade, gravidade da sintomatologia depressiva materna 3 meses depois do parto, menor nível de desenvolvimento motor do bebé aos 3 meses de idade e mais dificuldades comportamentais no bebé na idade de 3 meses de idade.

Para além disso, ao ano de idade do bebé, a qualidade da conduta interactiva dos bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto pôde ser significativamente prevista quando se teve em conta duas variáveis — as dificuldades comportamentais do bebé na idade de 12 meses e a presença de prestadores de cuidados alternativos para o bebé durante o primeiro ano de vida.

Assim, os resultados recolhidos neste estudo, para além de apontarem a importância da depressão que ocorre especificamente a seguir ao parto na determinação da qualidade da conduta interactiva do bebé ao ano de idade, apontam ainda que a qualidade da conduta interactiva dos bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto é, na idade de 12 meses, tanto pior quanto mais dificuldades comportamentais o bebé apresenta e quanto mais os cuidados do bebé durante o primeiro ano de vida foram exclusivamente providenciados pela mãe.

O facto de a conduta interactiva dos bebés das mães com depressão pós-parto ser tanto pior quanto mais problemas de comportamento o bebé apresenta na idade de 12 meses é uma evidência empírica que não carece de explicação — ambos podem resultar do mal-estar sentido pelo bebé na relação com a mãe.

Esta evidência garante, por outro lado, que as circunstâncias que avaliámos quando observámos a conduta interactiva do bebé são as circunstâncias que se referem ao seu comportamento habitual na relação com a mãe.

Por outro lado, dado que os bebés que foram mais negativamente avaliados pelas mães foram também aqueles que foram mais negativamente avaliados nas nossas observações, esta evidência garante igualmente alguma objectividade em ambas as avaliações, tanto mais que não foram feitas pelos mesmos instrumentos. Assim, os nossos dados estão mais de acordo com os resultados dos estudos que testemunham que as avaliações que as mães com depressão pós-parto fazem da conduta do bebé correspondem em grande parte ao que pode ser observado e não são resultado de uma percepção distorcida da mãe (e.g., Lee & Gotlib, 1989; Philip & O'Hara, 1991; Richters & Pellegrini,1989; Whiffen & Gotlib, 1989).

Os resultados do presente estudo parecem testemunhar que o facto de o bebé ser cuidado exclusivamente pela mãe, não usufruir de cuidados alternativos e portanto não experienciar outro tipo de interacção para além daquela que ele experiencia com a mãe não favorece no desenvolvimento de uma conduta interactiva adequada. Portanto, o facto de o bebé usufruir de cuidados alternativos e experienciar outro tipo de interacção para além daquela que ele experiencia com a mãe pode conduzir à formação de uma conduta interactiva mais adequada.

A importância das experiências relacionais do bebé com prestadores de cuidados alternativos que não a mãe no caso dos bebés das mães com depressão pós-parto tem sido mais recentemente assinalada, nomeadamente por Rutter (1990) e Field (1995). Está igualmente presente em alguns trabalhos empíricos que mostraram que os efeitos adversos da depressão pós-parto não se verificam quando as crianças são colocadas precocemente no infantário e a mãe vai trabalhar (e.g, Wrate et al., 1985) e quando existem prestadores de cuidados alternativos (e.g., Cohn et al., 1991; Leadbeater et al., 1996).

Assim, em conformidade com os resultados de outros investigadores, os dados deste estudo mostram que a presença de um prestador de cuidados alternativos, pode diminuir o impacto adverso da depressão pós-parto da mãe sobre a conduta interactiva da criança, agindo como um factor de protecção para a criança.

Relativamente à hipótese 6 impõe-se ainda algumas conclusões a respeito da conduta interactiva do bebé que expomos seguidamente.

15. Quando a gravidade da depressão pós-parto materna no 3° mês do puerpério, é avaliada em termos de sintomatologia e no que se refere à conduta interactiva dos bebés, os resultados do estudo empírico mostram que os bebés das mães que não desenvolvem perturbação psicopatológica no 3° mês do puerpério têm uma conduta interactiva mais adequada do que os bebés das mães que estão moderadamente deprimidas no 3° mês do pós-parto e mostram também que estes bebés têm uma conduta interactiva mais adequada do que a conduta interactiva dos bebé das mães que estão gravemente deprimidas no 3° mês do pós-parto.

Os bebés das mães que desenvolvem depressão *major* no 3° mês do pós-parto têm, na idade de 3 meses do bebé, uma conduta interactiva significativamente menos adequada do que os bebés das mães que desenvolvem depressão *minor* no 3° mês do pós-parto. No entanto, na idade de 6 e 12 meses do bebé, quando não se considera o facto de as mães se manterem ou não deprimidas, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação à conduta interactiva dos bebés pertencentes aos dois grupos de mães que desenvolveram depressão de diferente gravidade nos primeiros meses do pós-parto já assinalados.

Tendo em conta estes resultados poderíamos portanto ser levados a concluir que, na idade de 3 meses do bebé, os bebés das mães que no 3° mês do puerpério desenvolvem depressão pós-parto de maior gravidade sintomática (i.e., depressão *major*) apresentam uma conduta interactiva significativamente menos adequada do que os bebés das mães com depressão pós-parto de menor gravidade sintomática (*i.e.*, depressão *minor*).

No entanto, na idade de 6 e 12 meses, quando não se considera a presença de outros factores de risco, os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto de maior gravidade no 3° mês do puerpério não apresentam uma conduta interactiva menos adequada do que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto de menor gravidade.

Também, dado que a gravidade da depressão materna — contrariamente ao que se observou no grupo total — não mostrou ser um preditor significativo da qualidade da conduta interactiva do bebé, avaliada no grupo experimental na idade de 3, 6 e 12 meses (i.e., quando apenas se consideraram as mães com depressão pós-

parto) não podemos concluir, quando todas as variáveis são consideradas, que a conduta interactiva do bebé das mães que desenvolvem depressão pós-parto seja tanto menos adequada quanto mais grave é a depressão pós-parto da mãe, contrariamente ao que formulámos na hipótese 6.

16. Quando a gravidade da depressão pós-parto materna foi avaliada em termos da sua duração, os dados obtidos sugerem que, na idade de 12 meses do bebé, varia significativamente a qualidade da conduta interactiva dos bebés cujas mães pertencem a um dos 3 grupos a seguir discriminados: mães que não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável nem no 3° nem no 12° mês do puerpério, mães que apresentaram depressão no 3° mês do puerpério mas não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério e mães que apresentaram depressão no 3° mês do puerpério e no 12° mês do puerpério.

Os dados obtidos no estudo empírico que conduzimos mostram que, em todas as situações interactivas observadas, aos 12 meses de idade do bebé, os bebés das mães que se encontravam clinicamente deprimidas no 3° mês do pós-parto e já não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério evidenciam uma conduta interactiva significativamente menos adequada do que os bebés das mães que não apresentam perturbação psiquiátrica assinalável nem no 3° nem no 12° mês do pós-parto, em conformidade com o que estabelecemos na hipótese 20.

Com efeito, em todas as situações observadas, verificámos que, na idade de 6 e 12 meses, os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto e que já não se encontravam deprimidas, evidenciavam uma conduta menos adequada na interacção com a mãe do que os bebés das mães sem perturbação psicopatológica no puerpério, o que revela efeitos adversos da depressão pós-parto na conduta interactiva do bebé, mesmo após a reconversão do distúrbio materno. Aliás, como os efeitos adversos sobre o bebé parecem resultar especificamente da depressão que ocorre durante os primeiros meses de vida, como analisamos mais detalhadamente já de seguida.

Em função disso, concluí-se que na idade de 12 meses, mesmo após a reconversão dos sintomas depressivos maternos, os bebés das mães que desenvolveram depressão após o parto, muito embora as suas mães já não se encontrem deprimidas, apresentam ainda uma conduta interactiva pouco adequada e menos positiva do que os bebés das mães que não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável durante todo o ano que se seguiu ao parto.

No entanto, as evidência empíricas recolhidas não permitiram verificar que os bebés das mães que se encontram clinicamente deprimidas no 3° mês do puerpério e

já não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério evidenciem, aos 12 meses de idade, uma conduta interactiva significativamente mais adequada do que os bebés das mães que se encontram clinicamente deprimidas no 3° e no 12° mês do puerpério, sendo que as diferenças na conduta interactiva dos bebés não se mostraram estatisticamente significativas em nenhuma das situações observadas. Não verificámos portanto a segunda parte das formulações contidas na hipótese 20, como seguidamente expomos.

17. Contrariamente ao que formulamos na hipótese 20 as evidências empíricas recolhidas levam-nos a concluir que, aos 12 meses de idade, os bebés das mães que ainda se encontram e que estiveram por mais tempo deprimidas após o parto não têm por isso uma conduta interactiva significativamente menos adequada do que os bebés das mães que apenas estiveram deprimidas durante os primeiros meses que se seguiram ao parto.

Os resultados parecem indicar que a conduta interactiva do bebé ao ano de idade é adversamente afectada pela depressão materna que ocorre especificamente durante os primeiros meses de vida e o facto de a mãe se manter deprimida para além desse momento não parece agravar esse efeito.

17. Muito embora, no que se refere aos resultados globais, não se verifiquem diferenças significativas entre a conduta interactiva dos bebés de sexo masculino e de sexo feminino das mães que desenvolveram depressão pós-parto, em alguns aspectos particulares a conduta interactiva dos bebés de sexo masculino das mães que desenvolveram depressão pós-parto mostrou ser mais adequada do que a conduta interactiva dos bebés de sexo feminino das mães que desenvolveram depressão pós-parto. Os bebés de sexo masculino, por exemplo exibiram um significativo maior número de expressões faciais positivas e um significativo menor número de expressões faciais negativas do que os bebés de sexo feminino, quando foram observados na interacção livre com a mãe aos 6 meses de idade. Assim, as nossas observações são contrárias ao que estipulámos na hipótese 8 e mostram que, tal como as suas mães, os bebés de sexo masculino das mães com depressão pós-parto apresentam uma conduta interactiva mais adequadas e que, tal como as suas mães, os bebés de sexo feminino das mães com depressão pós-parto apresentam uma conduta interactiva menos adequada.

Assinale-se que as diferenças observadas vão no sentido contrários às observações que realizámos no grupo total em que o sexo feminino mostrou ser, como vimos, um preditor significativo para uma conduta interactiva adequada por parte do

bebé. Assinale-se também que o sexo não mostrou ser um preditor significativo no grupo experimental.

18. Os dados recolhidos neste estudo indicam que os bebés das mães com depressão pós-parto que vivem em condições sócio-económicas desvaforecidas têm no geral uma conduta interactiva menos adequada do que os bebés das mães com depressão pós-parto que vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas. Tenha-se no entanto em consideração que estas diferenças significativas se referem a aspectos pontuais da conduta interactiva dos bebés, avaliada na idade de 6 e 12 meses e não aos resultados globais das escalas utilizadas.

19. Os resultados mostram também que, tal como formulámos na hipótese 10, os bebés das mães com depressão pós-parto que não desempenham actividade profissional ou possuem níveis ocupacionais inferiores têm uma conduta interactiva significativamente menos adequada na interacção com a mãe do que os bebés das mães com depressão pós-parto que têm um nível ocupacional médio ou superior. As diferenças encontradas nas 3 avaliações que realizamos mostraram-se significativas em relação quer a diversos aspectos particulares da conduta interactiva do bebé — como se vê no facto de os bebés das mães com depressão pós-parto e baixo nível educacional exibirem um menor número de expressões faciais positivas e de respostas positivas na interacção livre com a mãe aos 3 meses de idade, assim como no facto de olharem menos para a mãe na situação em que são alimentados por ela aos 6 meses de idade ou ainda no facto de vocalizarem menos em direcção à mãe na idade de 12 meses —, quer em relação aos resultados totais da escala IRS para a situação alimentar no 3º mês de vida e da escala IRS para a situação face-a-face no 6º mês de vida.

20. As observações realizadas sobre a conduta interactiva dos bebés das mães com depressão pós-parto e níveis educativos diferentes permitem concluir que no geral os bebés das mães com depressão pós-parto e menos anos de estudo têm uma conduta interactiva menos adequada na interacção com a mãe do que os bebés das mães com depressão pós-parto e mais anos de estudo; no entanto, estas diferenças só se mostraram significativas na idade de 6 meses do bebé.

21. Na hipótese 12 formulámos que os bebé as mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal exibiriam uma conduta interactiva menos adequada do que os bebés das mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal. No entanto, quando se formaram dois subgrupos tendo em conta a qualidade da relação

conjugal da mãe, não observámos que fosse diferente a conduta interactiva dos bebés das mães com depressão pós-parto e diferente relacionamento conjugal, em nenhuma das avaliações que realizámos. Apenas algumas diferenças pontuais foram observadas na situação de interacção livre, no sentido formulado na hipótese.

22. Tal como formulámos na hipótese 26 os bebés das mães com depressão pós-parto que recebem mais cuidados por parte do pai exibem uma conduta em alguns aspectos mais adequada do que os bebés das mães com depressão pós-parto cujos pais participavam pouco nos cuidados que lhe são providenciados.

Com efeito, muito embora não se verifiquem diferenças significativas no que se refere ao resultado total das escalas usadas nas 3 situações e nas 3 avaliações do estudo, a conduta interactiva dos bebés das mães com depressão pós-parto cujos pais participam significativamente mais nos cuidados, mostrou ser em diferentes aspectos mais adequada do que a conduta dos bebés das mães com depressão pós-parto cujos pais participam menos nos cuidados, tal como consta dos resultados apresentados no capítulo anterior.

Assim, por exemplo, os bebés das mães com depressão pós-parto cujos pais participavam menos nos seus cuidados foram significativamente menos vezes observados a exibir uma actividade física positiva e significativamente menos vezes observados a exibir expressões faciais positivas na interacção face-a-face com a mãe aos 3 meses de idade e foram significativamente menos observados a explorar os objectos na idade de 12 meses.

No entanto, a análise de regressão não mostrou que estas variáveis — condições sócio-económicas, nível ocupacional, nível educativo, relacionamento conjugal, cuidados por parte do pai — fossem susceptíveis de predizer a qualidade da conduta interactiva do bebé no grupo das mães com depressão pós-parto, quando todas as variáveis foram consideradas.

23. Os resultados obtidos neste estudo indicam que, na idade de 3, 6 e 12 meses, não é diferente a conduta interactiva dos bebés das mães com depressão pós-parto que são cuidados exclusivamente pela mãe, em relação à conduta interactiva dos bebés das mães com depressão pós-parto que possuem outros prestadores de cuidado que não a mãe, quando as restantes variáveis não são consideradas.

No entanto, a análise de regressão mostrou que, quando são consideradas todas as variáveis, em conformidade com o que estabelecemos na hipótese 14, na idade de 12 meses, os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto que são cuidados por outras pessoas para além das mães são observados a exibir uma

conduta interactiva mais adequada na interacção com a mãe, do que os bebés das mães com depressão pós-parto cujos cuidados são exclusivamente providenciados pela mãe.

Em conformidade com o que estabelecemos na hipótese 14, os resultados indicam que o facto de o bebé usufruir de mais prestadores de cuidado protege-o das influências adversas resultantes da depressão materna e torna-o capaz de uma acção interactiva mais adequada com a mãe. Conclui-se que o facto de o bebé ser cuidado apenas pela mãe deprimida faz com que a sua conduta interactiva seja mais inadequada, talvez porque nessas circunstâncias o bebé não possa tanto usufruir de modelos interactivos alternativos.

1.3. Depressão pós-parto e conduta interactiva mãe-bebé

24. Os resultados obtidos no presente estudo empírico, em conformidade com o que formulamos nas hipóteses 1 e 2, indicam que, aos 3 meses de idade do bebé, a interacção mãe-bebé, avaliada nas situações de interacção livre, de interacção face-a-face e de interacção alimentar, é significativamente menos adequada nas díades em que a mãe apresenta depressão pós-parto no 3º mês do puerpério do que nas díades em que a mãe não apresenta perturbação psicopatológica assinalável.

A avaliação que fizemos dos indicadores de qualidade da interacção mãe-bebé revelou que os mesmos tinham valores significativamente inferiores nas díades em que a mãe estava deprimida do que nas díades em que a mãe não estava deprimida. O contacto ocular mútuo, por exemplo, foi significativamente mais vezes observado nas díades em que a mãe não apresentava perturbação psicopatológica assinalável no 3º mês do puerpério do que nas díades em que a mãe apresentava depressão pós-parto, o que corresponde às verificações de outros autores (e.g., Livingood et al., 1983).

Assinale-se, a este propósito, que o contacto ocular mútuo é, nos primeiros meses de vida do bebé, o principal indicador da qualidade da interacção mãe-bebé, dado que indica a disponibilidade interactiva, a atenção ao parceiro e a coordenação das actividades entre os dois membros da díade.

Como vimos no capítulo III, o contacto ocular mútuo é ainda uma das dimensões mais importantes da interacção mãe-bebé, designadamente porque, tal como é reconhecido pela maior parte dos autores, determina o envolvimento afectivo da mãe com o bebé (e.g., Als & Brazelton, 1980; Brazelton 1979/1981, 1989; Field, 1990; Klaus et al., 1975; Robson & Moss, 1970; Stern et al., 1975). Para além do mais, o contacto

ocular mútuo na interacção mãe-bebé importa para a aquisição de competências importantes para o desenvolvimento posterior do indivíduo, como mostram os estudos conduzidos sobre populações normais (e.g., Cohen & Beckwith, 1979; Ramey et al., 1979).

Assim se conclui que a qualidade da interacção mãe-bebé é negativamente afectada pela presença de depressão materna em aspectos que são muito importantes para a concretização da mesma.

A análise de regressão múltipla mostrou, por sua vez, que a presença de depressão pós-parto materna é, mesmo quando todas as variáveis em estudo foram consideradas, o melhor preditor da qualidade da interacção mãe-bebé avaliada no 3º mês do puerpério. Tal indica-nos que o facto de a mãe estar deprimida 3 meses após o parto é, tendo em conta as diversas circunstâncias em análise, o aspecto que melhor permite explicar o facto de se ter observado interacções mais ou menos adequadas nas díades em estudo.

Mesmo assim, o modelo que considera simultaneamente a presença de depressão pós-parto materna e o estatuto matrimonial da mãe é, junto da amostra total, o modelo mais adequado para explicar a qualidade da interacção mãe-bebé aos 3 meses de idade do bebé.

Mais uma vez se verifica que a depressão pós-parto materna é o factor que mais determina a qualidade da interacção mãe-bebé, mesmo quando, tal como acontece neste estudo, é considerado um vasto conjunto de factores alternativos — desde a classe social da família, ao nível ocupacional da mãe, à idade da mãe, ao sexo do bebé, às dificuldades comportamentais do bebé, passando pela preocupação materna com o bebé, a natureza dos cuidados prestados pela mãe ao bebé, etc — que a investigação mostra, como desenvolvemos no capítulo III da parte conceptual da presente dissertação, serem determinantes muito relevantes da qualidade da interacção mãe-bebé. Note-se que, no entanto, a forma como a amostra foi escolhida, dado que se trata de uma amostra forçada e, portanto, sobre-representada no que se refere à depressão pós-parto, sobrevaloriza de algum modo a importância desta variável relativamente às restantes variáveis.

Mais uma vez também se verifica a importância do estatuto matrimonial enquanto factor determinante da qualidade da interacção mãe-bebé, tal como foi evidenciado noutros trabalhos. No entanto, não verificámos que o estatuto matrimonial pudesse interferir significativamente para agravar os efeito da depressão pós-parto no caso das mães que desenvolveram depressão pós-parto, pois nenhuma das variáveis em estudo introduz qualquer variação significativa nos resultados referentes à

qualidade da interacção mãe-bebé no grupo experimental na idade de 3 meses do bebé.

25. Igualmente em conformidade com o que formulámos nas hipóteses que nortearam este estudo, verificámos que nas díades em que a mãe se encontrava deprimida no 3º mês do pós-parto, mãe e bebé mantinham subsequentemente (i.e., aos 6 e 12 meses de idade do bebé) uma interacção menos adequada do que nas díades em que a mãe não apresentava perturbação psicopatológica assinalável no 3º mês do pós-parto, como demonstra o facto de os indicadores de qualidade da interacção mãe-bebé no 6º e 12º mês do pós-parto serem significativamente menos elevados no grupo experimental do que no grupo de controlo.

Assim, as observações conduzidas no 6º e 12º mês de vida do bebé reafirmam os resultados obtidos no 3º mês e mostram que a qualidade da interacção mãe-bebé é, 6 e 12 meses depois do parto, significativamente menos adequada nas díades do grupo experimental comparativamente ao que acontece nas díades do grupo de controlo. Com efeito, no que se refere por exemplo ao contacto ocular mútuo, observa-se que o número de vezes em que esse contacto acontece é significativamente menor no grupo experimental do que o grupo de controlo, quer na avaliação realizada no 3º mês do puerpério, como acabamos de ver, quer nas avaliações realizadas mais tarde no puerpério, aos 6 e 12 meses de idade do bebé.

Posto isto pode concluir-se que a presença de depressão pós-parto materna no 3º mês do puerpério interfere negativamente na possibilidade que a mãe e o bebé se dão de estabelecer contacto ocular mútuo, afectando adversamente dimensões relevantes do processo interactivo mãe-bebé.

Mostram ainda os resultado do estudo que, quando se considera a totalidade das díades da amostra, grande parte da variância observada nos resultados relativos à qualidade da interacção mãe-bebé aos 6 meses de idade do bebé se deve à depressão pós-parto, quando esta variável é tomada isoladamente. Mas a variância observada nos resultados relativos à qualidade da interacção mãe-bebé aos 6 meses de idade do bebé pode ainda ser melhor explicada quando se tem em conta a gravidade da depressão pós-parto no 3º mês do puerpério. Indicam então que a qualidade da interacção mãe-bebé aos 6 meses de idade do bebé é tanto pior quanto a depressão pós-parto materna esteve presente no 3º mês do pós-parto e que quanto mais grave é a depressão materna, pior é a qualidade da interacção mãe-bebé que se observa 6 meses depois do parto.

Por outro lado, quanto mais a interacção mãe-bebé se estabelece de um modo inadequado no 3º mês do puerpério, pior será a interacção que posteriormente

se verifica. Os dados relativos à análise de regressão corroboram esta afirmação, pois os resultados relativos à segunda avaliação do grupo total são melhor explicados quando se considera a qualidade da interacção mãe-bebé aos 3 meses de idade do bebé, o sexo do bebé e o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade.

Uma vez mais se verifica, junto da amostra total, que a qualidade da interacção mãe-bebé aos 6 meses de idade do bebé é negativamente determinada pela ocorrência de interacções inadequadas 3 meses depois do parto, pelo facto de o bebé ser do sexo masculino e ainda pelo facto de o bebé apresentar um menor nível de desenvolvimento aos 3 meses de idade.

Assim se conclui que quanto menos adequada é a interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto menos adequada é a interacção mãe-bebé 6 meses depois do parto. Poderemos portanto argumentar que, a presença de depressão pós-parto, na medida em que impede a realização de interacções adequadas no 3º mês do puerpério, interfere indirecta e negativamente no devir das interacções mãe-bebé, já que as dificuldades interactivas iniciais tendem a perpetuar-se na díade, como mostram os resultados deste estudo.

Mais uma vez também se verifica a importância das diferenças individuais do bebé na qualidade da interacção mãe-bebé, tão largamente desenvolvida no capítulo III, pois os resultados do presente estudo testemunham que o facto de o bebé ser do sexo masculino e possuir um nível menos elevado de desenvolvimento aos 3 meses de idade são factores que concorrem para o estabelecimento de interacções mãe-bebé inadequadas; enquanto que o facto de o bebé ser do sexo feminino e apresentar um maior nível de desenvolvimento aos 3 meses de idade são factores que contribuem para a ocorrência de interacções mais adequadas entre a mãe e o bebé, quando se consideram todos os bebés da amostra em estudo.

Especificamente junto do grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto os resultados recolhidos neste estudo indicam que o nível de desenvolvimento do bebé aos 3 meses de idade é responsável por uma boa parte da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé 6 meses depois do parto, sendo o seu melhor e único preditor.

Assim, os bebés das mães com depressão pós-parto que possuem níveis mais elevados de desenvolvimento na idade de 3 meses são menos adversamente afectados pela depressão pós-parto materna e, o elevado nível de desenvolvimento do bebé, favorece que, em função dessa característica individual, na idade de 6 meses do bebé se estabeleçam interacções mais adequadas entre ele e a mãe.

Temos aqui, mais uma vez, evidências da importância de se ter em conta as características individuais do bebé quando se analisa o efeito que determinada

circunstância adversa — como seja, nesta caso, a depressão materna — pode ter sobre a criança. Vimos já a importância do sexo e vemos agora novamente que o nível de desenvolvimento do bebé — sendo uma circunstância que minimiza o impacto de circunstâncias adversas tais como a depressão pós-parto — pode igualmente funcionar com um factor de protecção para a criança.

A possibilidade de o nível de desenvolvimento ser um factor de protecção tem sido mais recentemente referida por alguns autores (e.g., Karraker & Lake, 1991; Sharp et al., 1995). As crianças mais desenvolvidas podem ter mais competências para lidar com a adversidade e assim contribuir para que se estabeleçam interacções mais adequadas, mesmo na presença de uma conduta menos positiva por parte da mãe — como, por exemplo, no caso da depressão pós-parto, na presença de uma mãe que seja, pouco estimulante, não-responsiva ou mesmo intrusiva, em função da depressão que vivência.

Assim se conclui que existem diferenças na resposta da criança às circunstâncias adversas com que têm de lidar e que nem todas as crianças sofrem, em função dessas circunstâncias — igual interferência no seu desenvolvimento, pois na presença de certas características do ambiente — como seja, prestadores de cuidados alternativos — e de certas características próprias — como seja, sexo masculino e bom nível de desenvolvimento — beneficiam de interacções mais adequadas.

Muito embora quando tomada isoladamente a presença de depressão pós-parto materna seja por si só responsável por uma boa parte da variância observada na qualidade da interacção mãe-bebé, o factor que junto da nossa amostra permitiu explicar melhor a qualidade da interacção mãe-bebé 12 meses depois do parto é a qualidade da interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto. No entanto, o modelo que considera simultaneamente a qualidade da interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto e o estatuto matrimonial da mãe é o melhor modelo para prever a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé 12 meses depois do parto, quando se consideram todas as díades da amostra.

27. No grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério um único factor mostrou significado preditivo na análise de regressão — a presença de depressão no 12° mês do pós-parto. Esta evidência leva-nos a concluir que, tal como aconteceu e discutimos a propósito da conduta interactiva materna, no caso de a mãe desenvolver depressão pós-parto a qualidade da interacção mãe-bebé na idade de 12 meses do bebé é tanto pior quanto a mãe ainda se encontra deprimida nessa altura. Mais uma vez, os dados do estudo indicam que a depressão

pós-parto afecta tanto mais a qualidade da interacção mãe-bebé aos 12 meses de idade quanto mais tempo a mãe permanece deprimida após o parto, o que corresponde às observações de mais investigadores (e.g., Campbell et al., 1995).

28. Os dados do estudo indicam ainda que a qualidade da interacção mãe-bebé é, nas díades em que a mãe se encontra clinicamente deprimida no 6° e no 12° mês do pós-parto, e quando não se considera o facto de a mãe ter ou não estado deprimida no 3° mês do puerpério, significativamente menos adequada do que nas díades em que a mãe não apresenta perturbação psicopatológica assinalável, respectivamente no 6° e no 12° mês do puerpério.

No entanto, como vimos através da análise de regressão, a presença de depressão no 12° mês do puerpério, quando a presença de depressão pós-parto é considerada, não têm qualquer valor preditivo, pelo que mais uma vez se conclui que essa variável funciona apenas como circunstância agravante das dificuldades interactivas 12 meses depois do parto nas díades em que as mães desenvolveram depressão após o parto.

29. No respeitante à circunstância da gravidade da depressão pós-parto, impõem-se ainda algumas conclusões a propósito da qualidade da interacção mãe-bebé.

Quando a gravidade da depressão pós-parto materna no 3° mês do puerpério é avaliada em termos da sintomatologia depressiva materna, no que se refere aos indicadores de qualidade da interacção mãe-bebé, os resultados que apresentámos no capítulo anterior mostram que a interacção mãe-bebé nas díades em que as mães não apresentam perturbação psicopatológica no 3° mês do puerpério é mais adequada do que a interacção mãe-bebé nas díades em que as mães estão moderadamente deprimidas no 3° mês do pós-parto e que nas díades em que as mães estão moderadamente deprimidas no 3° mês do pós-parto a interacção mãe-bebé é mais adequada do que nas díades em que as mães estão gravemente deprimidas no 3° mês do pós-parto.

Mostram ainda que nas díades em que a mãe desenvolve depressão *major* no 3° mês do pós-parto a interacção mãe-bebé é, na idade de 3 meses do bebé, significativamente menos adequada do que nas díades em que a mãe desenvolve depressão *minor* no 3° mês do pós-parto. No entanto, na idade de 6 e 12 meses do bebé, quando não se considera o facto de as mães se manterem ou não deprimidas, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação à qualidade da interacção mãe-bebé na díade, entre dois grupos de mães que desenvolveram depressão de diferente gravidade (*major/minor*) no 3° mês do pós-parto.

Concluímos portanto que a qualidade da interacção mãe-bebé é menos adequada nas díades em que a mãe no 3º mês do puerpério desenvolve depressão pós-parto de maior gravidade sintomática (i.e., depressão *major*) do que nas díades em que as mães desenvolvem depressão pós-parto de menor gravidade sintomática (*i.e.*, depressão *minor*).

No entanto, na idade de 6 e 12 meses do bebé, quando não se considera a presença de outros factores de risco, a qualidade da interacção mãe-bebé não é significativamente diferente nas díades em que as mães desenvolveram depressão pós-parto de maior ou menor gravidade no 3º mês do puerpério.

No entanto também, quando se tem em conta a presença de outros factores, a gravidade da depressão pós-parto embora interfira adversamente quando se considera a amostra total — nomeadamente, embora seja o preditor mais eficaz da qualidade da interacção mãe-bebé 3 meses depois do parto — não tem qualquer valor preditivo adicional quando se considera apenas o grupo das mães com depressão pós-parto. Assim, não podemos concluir que seja menos positiva a interacção mãe-bebé nas díades em que as mães desenvolvem depressão de maior gravidade, contrariamente ao que formulámos.

30. Quando a gravidade da depressão pós-parto materna no 3º mês do puerpério é avaliada em termos da sua duração, os dados obtidos sugerem que, na idade de 12 meses do bebé, varia significativamente a qualidade da conduta interactiva mãe-bebé em 3 grupos de mães: mães que não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável nem no 3º nem no 12º mês do puerpério, mães que apresentaram depressão no 3º mês do puerpério mas não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério e mães que apresentaram depressão no 3º mês do puerpério e no 12º mês do puerpério. No entanto

Os dados recolhidos no presente estudo possibilitaram a verificação da hipótese de que nas díades em mãe se encontra clinicamente deprimida no 3º mês do puerpério, mas já não está deprimida no 12º mês do puerpério, a interacção mãe-bebé é, aos 12 meses de idade do bebé, significativamente menos adequada do que nas díades em que a mãe não apresenta perturbação psiquiátrica assinalável nem no 3º nem no 12º mês do pós-parto. Conclui-se que existem efeitos adversos a longo-prazo da depressão pós-parto materna sobre a qualidade da interacção mãe-bebé, mesmo após a reconversão da mesma, já que aos 12 meses de idade do bebé, muito embora as mães já não apresentem perturbação psicopatológica assinalável, é ainda pouco adequada a interacção mãe-bebé nas díades em que as mães desenvolveram depressão pós-parto.

No entanto, as evidência empíricas recolhidas não permitiram verificar que a interacção mãe-bebé seja, em nenhuma das situações avaliadas no 12° mês do puerpério, significativamente mais adequada nas díades em que a mãe se encontra deprimida no 3° mês do pós-parto e já não apresenta perturbação psicopatológica assinalável no 12° mês do puerpério do que nas díades em que a mãe esteve clinicamente deprimida no 3° e no 12° mês do puerpério.

Assim, poderia-se concluí que a maior duração da depressão pós-parto da mãe não agrava os efeitos adversos da depressão pós-parto que ocorre especificamente durante os primeiros meses de vida do bebé na qualidade da interacção mãe-bebé na díade.

A análise de regressão múltipla mostra contudo que a presença de depressão na mãe no 12° mês do puerpério é o único factor preditivo da qualidade da interacção mãe-bebé no grupo experimental, indicando que o facto de a mãe ainda estar deprimida contribui significativamente para que a interacção mãe-bebé das mães com depressão pós-parto seja ainda menos adequada do que no caso de a mãe já não se encontrar deprimida no 12° mês do puerpério.

31. Tendo em conta o grupo experimental, os dados recolhidos no estudo que agora concluímos mostram que a qualidade da interacção mãe-bebé é menor nas díades que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas do que nas díades que vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas. No entanto, à excepção do que acontece na interacção em situação livre, essas diferenças não se mostraram estatisticamente significativas. A qualidade da interacção é designadamente diferente na situação de interacção livre em que, na idade de 3 meses do bebé, a atenção mútua prestada ao meio-ambiente físico e social ocorreu significativamente menos junto das mães com depressão pós-parto que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas do que junto das mães com depressão pós-parto que vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas.

32. No que se refere à qualidade da interacção mãe-bebé observada junto das díades em que a mãe desenvolve depressão pós-parto, os resultados obtidos indicam igualmente algumas diferenças significativas consoante o nível ocupacional das mães. Nas díades em que as mães não trabalham ou têm níveis ocupacionais inferiores, a qualidade da interacção é, particularmente na situação alimentar, significativamente menos adequada, dado que pontuam significativamente menos na escala IRS para a situação alimentar, na idade de 3 e de 12 meses do bebé. Para além do mais, na situação de interacção livre, os períodos de atenção mútua sobre o ambiente foram significativamente menos frequentes junto das díades em que a mãe

com depressão pós-parto tem baixo nível ocupacional, em relação ao que se observou nas díades de mães com nível ocupacional médio ou elevado. Observaram-se outras diferenças significativas entre as mães com depressão pós-parto e com diferentes níveis ocupacionais no sentido em que formulámos na nossa hipótese de estudo, tal como pode ver no capítulo anterior em que apresentámos os resultados.

32. As observações realizadas no decorrer da investigação que agora concluímos não nos permitem dizer que seja significativamente diferente a qualidade da interacção mãe-bebé nas díades de mães com depressão pós-parto e níveis educativos diferentes, tal como foram definidos no presente estudo. O nível educativo também não mostrou um preditor significativo da qualidade da interacção mãe-bebé no grupo das mães com depressão pós-parto.

34. Quando se teve em conta os indicadores de qualidade da interacção mãe-bebé usados neste estudos não se observaram diferenças significativas entre as díades em que a mãe com depressão pós-parto tinha ou não dificuldades de relacionamento conjugal, O relacionamento conjugal também não mostrou ser preditor significativa da qualidade da interacção mãe-bebé no grupo experimental em nenhuma das três avaliações realizadas.

35. Também não se observaram diferenças significativas entre dois subgrupos de mães com depressão pós-parto em que os pais participavam diferentemente nos cuidados providenciados ao bebé. A grandeza da participação do pai nos cuidados da criança também não mostrou ser um preditor significativo da qualidade da interacção mãe-bebé junto do grupo experimental,.

36. Nas díades em que a mãe com depressão pós-parto que cuidava sozinha do bebé evidenciou-se uma interacção mãe-bebé mais adequada do que nas díades em que os cuidados aos bebés são fornecidos por outros prestadores de cuidado alternativos. No entanto, as diferenças só se mostraram significativas na idade de 3 meses do bebé e para a situação face-a-face. A presença de prestador de cuidado alternativos embora seja um preditor significativo para a qualidade da conduta interactiva do bebé aos 12 meses de idade, não é um preditor significativo da qualidade da interacção mãe-bebé quando apenas se consideram as famílias em que a mãe desenvolveu depressão pós-parto.

1.4. Depressão pós-parto e cuidados maternos

Os resultados obtidos na sequência do estudo empírico que apresentamos estão no geral de acordo com o que havíamos considerado na hipótese 3, que especificamente referia que as mães com depressão pós-parto providenciariam um ambiente de cuidados menos favorável ao desenvolvimento do bebé do que as mães sem perturbação psicopatológica assinalável no puerpério. Assinale-se ainda a este propósito os aspectos abaixo discriminados.

36. A observação levada a efeito em casa das famílias mostrou que as mães que se encontram deprimidas no 3º mês do pós-parto providenciam ao bebé, na idade de 3 meses, um ambiente de cuidados significativamente menos adequado do que as mães que não apresentam perturbação psiquiátrica assinalável no 3º mês do puerpério.

37. A observação levada a efeito em casa das famílias mostrou igualmente que as mães que se encontram deprimidas no 3º mês do pós-parto providenciam ao bebé, na idade de 6 e 12 meses, um ambiente de cuidados significativamente menos adequado do que as mães que não apresentam perturbação psiquiátrica assinalável no 3º mês do puerpério.

Na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé, as observações levadas a cabo neste estudo mostraram igualmente que o ambiente de cuidados providenciado pelas famílias em que a mãe apresenta depressão pós-parto é, sob diferentes aspectos, menos adequado do que o ambiente de cuidados providenciado pelas famílias em que a mãe não apresenta depressão pós-parto, particularmente no que se refere à resposta emocional e verbal da mãe ao bebé, a mãe com depressão pós-parto, por exemplo, mostra menos envolvimento emocional com a criança e faz um menor investimento em brinquedos apropriados e com valor maturativo para a criança.

Assim se conclui que a presença de depressão pós-parto materna influencia adversamente a qualidade dos cuidados que são prestados pela família ao bebé, assim como se conclui que a qualidade subsequente desses mesmos cuidados é influenciada pela presença de depressão pós-parto materna no 3º mês do puerpério.

Saliente-se em relação aos cuidados maternos que as diferenças assinaladas entre os cuidados providenciados pelas famílias em que a mãe se deprime e os cuidados providenciados pelas família em que a mãe não desenvolve qualquer

perturbação psicopatológica durante o pós-parto, se referem, em cada idade considerada, aos aspectos que são importantes para o desenvolvimento do bebé nessa mesma idade, pelo que se conclui que as mães com depressão pós-parto providenciam ambientes de cuidado menos adequados, precisamente nos aspectos que sabemos serem mais importantes para o bom desenvolvimento do bebé. É assim que, por exemplo, enquanto que na idade de 3 meses do bebé se verificam diferenças significativas sobretudo na resposta emocional e verbal da mãe ao bebé, aos 6 meses de idade, quando se sabe que o bebé começa a manipular e a interessar-se pelos objectos as diferenças referem-se sobretudo à provisão de material de jogo apropriado, nomeadamente de brinquedos de empurrar e puxar, e, aos 12 meses de idade, as diferenças já não se referem aos aspectos atrás assinalados, mas sim, agora, aos brinquedos de leitura e musicalidade, tão importante para a aquisição das competências desenvolvimentais próprias desta idade.

Note que em todas as idades do bebé, as mães que desenvolveram depressão pós-parto mostraram um menor investimento em brinquedos que têm um valor maturativo para o bebé.

Note ainda que, se a presença de depressão materna afecta tão grandemente os cuidados de que o bebé usufrui é também, por outro lado, porque grande parte dos cuidados ao bebé são assegurados pela mãe; muito embora o inventário Home seja grandemente saturado em aspectos relativos à mãe, mais de metade dos itens se referem a dimensões que não são exclusivas da mãe, e que são de igual modo afectadas pela presença de depressão pós-parto.

Mais do que a presença de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, a presença e gravidade da depressão pós-parto da mãe no 3° mês do puerpério é um factor determinante da qualidade dos cuidados providenciados pela família ao bebé de 3 meses de idade da nossa amostra — os resultados da análise de regressão linear simples indicam que essas variáveis são ambas preditores significativos da variância observada nos resultados HOME relativos à primeira avaliação.

Mesmo assim, a análise de regressão linear múltipla mostrou-nos que o melhor preditor para a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 3 meses de idade é o nível ocupacional da mãe e que os cuidados prestados aos bebés de 3 meses de idade da amostra são tanto piores quanto ao baixo nível ocupacional se associa a presença-gravidade de depressão materna 3 meses após o parto, a presença de uma interacção mãe-bebé pouco adequada, as dificuldades de ajustamento conjugal, as dificuldades comportamentais do bebé e a pouca ajuda do pai nos cuidados prestados ao bebé.

Assim se conclui que as mães que tem um baixo nível ocupacional ou que são domésticas providenciam cuidados menos adequados ao bebé do que as mães que desempenham profissões de nível médio ou superior. Conclui-se também que quando as mães com baixo nível ocupacional desenvolvem depressão pós-parto os cuidados são ainda menos adequados, pelo menos mais inadequados do que quando as mães tem actividades profissionais de nível médio ou elevado e desenvolvem depressão pós-parto. Os efeitos da depressão pós-parto da mãe sobre a qualidade dos cuidados providenciados pela mãe ao bebé verificam-se sobretudo no caso de a mãe ter uma profissão manual ou a mãe permanecer em casa para cuidar do bebé.

Saliente-se igualmente que em função do facto de a qualidade dos cuidados prestados do bebé não ser apenas dependente da depressão da mãe, vemos como os resultados indicam a importância de outras variáveis relativas ao contexto de vida da criança — ajuda do pai nos cuidados prestados à criança e dificuldades conjugais — para a qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

As mães que desenvolvem depressão pós-parto no 3° mês do puerpério providenciam cuidados menos adequados ao bebé e os cuidados observados junto deste grupo de mães são tanto mais desadequados quanto a mãe tiver menos anos de escolaridade, sendo que as restantes variáveis em estudo não aumentam significativamente o poder explicativo do cuidados providenciado ao bebé quando o nível educacional da mãe é considerado 3 meses após o parto.

Curiosamente, o baixo nível de escolaridade da mãe tem um efeito agravante na probabilidade de a família providenciar cuidados pouco adequados ao bebé, exclusivamente junto das mães com depressão pós-parto, dado que no grupo de controlo (i.e., junto das mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês do puerpério) a qualidade dos cuidados providenciados ao bebé pode ser melhor explicada quando se têm em conta as dificuldades comportamentais do bebé e o nível educacional da mãe parece não intervir nesta relação.

Assim se conclui, em conformidade com a hipótese que as mães com depressão pós-parto que têm menos anos de escolaridade providenciam ao bebé cuidados menos adequados do que as mães com depressão pós-parto que possuem mais anos de estudo, sendo que o baixo nível de escolaridade agrava os efeitos adversos da depressão pós-parto sobre a qualidade dos cuidados que a mãe oferece.

Tal como assinalámos no capítulo III do enquadramento conceptual da presente dissertação, em populações normais, verifica-se que, quanto mais elevado é o nível de escolaridade da mãe, mais adequada é a conduta interactiva da mãe (e.g.,

Cohen & Beckwith, 1976). No entanto, o efeito agravante desta circunstância não foi ainda relatado junto das mães com depressão pós-parto.

35. Por sua vez, as mães que se encontram deprimidas no 6° e no 12° meses do pós-parto providenciam ao bebé, respectivamente na idade de 6 e de 12 meses de idade, ambientes de cuidado significativamente menos adequados do que as mães que não apresentam perturbação psiquiátrica assinalável, respectivamente no 6° e no 12° mês do pós-parto.

36. A análise de regressão mostra que, quando se analisam os resultados relativos a todos os elementos da amostra, o melhor preditor para a qualidade dos cuidados prestados ao bebé na idade de 6 meses é a qualidade dos cuidados prestados ao bebé na idade de 3 meses, sendo que o melhor modelo para explicar os cuidados providenciados pelas famílias aos 6 meses de idade do bebé, é aquele que considera não só a qualidade dos cuidados prestados aos 3 meses de idade do bebé, mas também a qualidade da conduta interactiva do bebé de 6 meses de idade e o nível educacional da mãe.

Mais uma vez, tal como se verificou para a qualidade da conduta interactiva da mãe, a qualidade dos cuidados que se observa nos primeiros meses de vida do bebé são garante da qualidade dos cuidados que se observam posteriormente, muito provavelmente porque as variáveis que mais os determinam — ou seja, o nível ocupacional da mãe — são circunstâncias que permanecem inalteradas entretanto.

Mesmo assim, a presença de depressão pós-parto explica uma boa parte da variância observada nos cuidados prestados ao bebé de 6 meses de idade, sendo que quando se considera a presença e gravidade da depressão pós-parto se explica melhor ainda a variância observada nos resultados do inventário Home.

Junto das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, observa-se mais uma vez que o nível de escolaridade da mãe interfere consideravelmente na qualidade dos cuidados providenciados ao bebé pelas famílias, tal como podem ser avaliados pelo inventário Home, dado que o modelo que considera esta variável explica metade da variância observada nos resultados Home aos 6 meses.

Junto das mães sem depressão pós-parto, o nível ocupacional e o estatuto matrimonial surgem contudo com um papel mais determinante.

Também a grande maioria dos estudos que já apresentámos no capítulo III mostra que as mães pertencentes à classe média ou alta têm uma conduta interactiva na generalidade mais adequada do que as mães pertencentes à classe baixa e que estas diferenças não se referem tanto ao contacto afectivo e à expressão emocional positiva, mas mais às oportunidades de estimulação, e particularmente de estimulação

verbal do bebé, que as mães de classe social baixa não oferecem tanto (e.g., Bayley & Schaefer, 1960; Field & Pawlby, 1980; Kilbride, Johnson, & Streissguth, 1977; Tulkin & Kagan, 1972), o que corresponde às observações realizadas no decorrer deste estudo.

A análise de regressão levada a efeito sobre os resultados relativos à qualidade dos cuidados providenciados ao bebé permite concluir que a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de um ano de idade é, tal como observámos aos 3 e 6 meses de idade do bebé, grandemente influenciada pelas características sócio-culturais da família.

Os resultados obtidos revelam que nas famílias das mães com depressão pós-parto os cuidados providenciados ao bebé são tanto menos adequados quanto a mãe tem um nível ocupacional menos elevado, sendo que no caso de a mãe possuir um nível ocupacional médio ou elevado, não se observam tanto os efeitos adversos da depressão materna sobre os cuidados que oferece ao bebé.

Os resultados obtidos junto da totalidade da amostra em estudo mostram que quando a mãe tem um baixo nível ocupacional o facto de ela se encontrar deprimida no 6° mês do puerpério e a presença e gravidade da depressão 12 meses depois do parto são circunstâncias que agravam os efeitos adversos do baixo nível ocupacional sobre a qualidade dos cuidados providenciados pela mãe e família ao bebé.

É o que, a nosso ver, se pode concluir na sequência das duas verificações seguintes.

Primeiro, o modelo que melhor explica os cuidados providenciados ao bebé de um ano de idade, é, quando se consideraram todas as mães da amostra, aquele que considera o nível ocupacional da mãe, a presença de depressão no 6° mês do puerpério, o nível educacional da mãe, o nível de desenvolvimento do bebé aos 12 meses de idade e a presença e gravidade da depressão materna 12 meses depois do parto.

Segundo, no grupo das mães que desenvolvem depressão pós-parto, o modelo que considera a classe social da família, a presença de depressão no 6° mês do puerpério e a preocupação da mãe com o bebé 3 meses após o parto é o melhor modelo para se prever a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de um ano de idade.

Deste modo, no caso específico das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3° mês do puerpério, importa ainda concluir que os cuidados providenciados ao bebé de um ano de idade são tanto piores quanto piores são as condições sociais da família, quanto a depressão ainda está presente no 6° mês do pós-parto, e quanto menor for a preocupação da mãe com o bebé 3 meses depois do parto. Estes dados indicam designadamente que no caso da mãe com depressão pós-

parto viver em condições sociais desfavoráveis e se manter clinicamente deprimida por um período mais longo do que 3 meses, os cuidados que oferece ao bebé, 12 meses depois do parto, são significativamente menos adequados.

A evidência de que as difíceis condições sociais da família e a maior duração da depressão pós-parto da mãe tem um efeito agravante sobre os efeitos já de si adversos da depressão materna sobre a qualidade dos cuidados da mãe para com o bebé pode talvez possa ser considerada uma observação relevante e corresponde — no que se refere às circunstâncias sociais e económicas adversas (Cohn, 1990; Seifer et al., 1992) e à duração da depressão pós-parto (Cohn, 1990; Seifer et al., 1992) — às observações de outros autores. Mas uma vez mais, os nossos resultados são contrários aos resultados que foram obtidos por Murray e Stein (1991), dado que estes autores não verificaram o efeito quer da duração quer da gravidade da depressão materna sobre a qualidade da interacção mãe-bebé.

38. Com respeito ainda à hipótese 5 — que se refere especificamente à gravidade da depressão pós-parto materna no 3° mês do puerpério — quando a gravidade é avaliada em termos da sintomatologia da mãe, impõe-se as seguintes conclusões no que se refere aos cuidados providenciados pelas mães e respectivas famílias.

Os resultados recolhidos neste estudo permitem concluir que as circunstâncias de vida e os cuidados de que usufruem os bebés são significativamente mais favoráveis para os bebés das mães não-deprimidas do que para os bebés das mães que se apresentam moderadamente deprimidas no 3° mês do pós-parto e, para estes, mais favoráveis do que para os bebés das mães que se encontram gravemente deprimidas no 3° mês do puerpério.

Observou-se que, nas idades de 3, 6 e 12 meses do bebé, as mães mais gravemente deprimidas (depressão *major*) no 3° mês do pós-parto providenciavam cuidados em diversos aspectos menos favoráveis do que as mães menos gravemente deprimidas (depressão *minor*) no 3° mês do pós-parto (no entanto, no que se refere exclusivamente ao resultado total do inventário Home, as diferenças mostraram-se estatisticamente significativas apenas na idade de 3 meses do bebé).

Assim se conclui que, mesmo quando não se considera o facto de a mãe se manter ou não deprimida para além do 3° mês do puerpério, as mães mais gravemente deprimidas no 3° mês do pós-parto providenciam, cuidados significativamente menos adequados do que as mães que desenvolvem formas mais moderadas de depressão pós-parto, em diversas e importantes dimensões para o desenvolvimento do bebé, como seja, menor aceitação do comportamento da criança e menor provisão de material de jogo apropriado, na idade de 3 meses, menos variedade na estimulação

diária, na idade de 6 meses, e menor resposta emocional e verbal, aos 12 meses de idade do bebé.

Ainda a propósito dos cuidados providenciados pelas mães da amostra e respectivas famílias quando a gravidade da depressão materna é avaliada em termos da duração da mesma, impõe-se as seguintes conclusões no que se refere à hipótese 5.

Os dados obtidos nesta investigação sugerem que, na idade de 12 meses do bebé, varia significativamente a qualidade dos cuidados maternos em 3 grupos de mães e que as mães que não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável nem no 3º nem no 12º mês do puerpério providenciam melhores cuidados ao bebé do que as mães que apresentaram depressão no 3º mês do puerpério mas não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério e estas cuidados mais adequados do que as mães que apresentaram depressão no 3º mês do puerpério e no 12º mês do puerpério.

As mães que se encontram deprimidas no 3º mês do puerpério embora já não no 12º mês do puerpério providenciam, aos 12 meses de idade do bebé, cuidados que em determinados aspectos, particularmente no que se refere à oportunidade de variedade na estimulação diária, são significativamente menos adequados do que as mães que não se encontram deprimidas nem no 3º nem no 12º mês do puerpério, o que nos indica que as mães que desenvolvem depressão pós-parto continuam, mesmo após a reconversão da sintomatologia depressiva, a oferecer ambientes de cuidado menos favoráveis ao desenvolvimento do bebé do que as mães que não desenvolvem nenhum distúrbio psicopatológica durante o puerpério.

Note no entanto que, no que se refere ao resultado global do inventário Home, não se observaram diferenças significativas nos cuidados prestados ao bebé, quando se comparou os cuidados providenciados pelas mães que não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável nem no 3º nem no 12º mês do puerpério e os cuidados providenciados pelas mães que desenvolveram depressão pós-parto mas já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável 12 meses depois do parto — as diferenças limitaram-se à variedade de oportunidades na estimulação diária que é maior junto das primeiras do que é junto das segundas.

Também não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos cuidados prestados, aos 12 meses de idade do bebé, pelas mães que desenvolveram depressão pós-parto e não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério, quando os cuidados providenciados foram comparados com os cuidados prestados pelas mães que desenvolveram depressão pós-parto e ainda se encontram clinicamente deprimidas no 12º mês do pós-parto; as diferenças

estatisticamente significativas limitaram-se ao providenciar de material de jogo apropriado que é mais adequado junto das primeiras do que é junto das segundas.

Assim podemos concluir que, no geral, a qualidade dos cuidados providenciados ao bebé de 12 meses de idade pelas famílias é afectada pela presença de depressão pós-parto materna no 3º mês do puerpério, pela presença de depressão 6 meses depois do parto, mas esse efeito não é significativamente agravado pelo facto de as mães ainda se encontrarem deprimidas na idade de 12 meses do bebé. Com efeito, a qualidade dos cuidados prestados ao bebé de 12 meses junto das mães com depressão pós-parto do nosso estudo pode ser melhor previsto quando para além do nível ocupacional da mãe se teve em conta a presença de depressão 6 meses depois do parto.

Por último, referira-se que os resultados que encontrámos através do inventário Home vão no mesmo sentido dos resultados obtidos através das restantes medidas da interacção utilizadas no estudo, o que de algum modo oferece algumas garantias quanto à validade empírica do mesmo.

39. Algumas diferenças significativas foram obtidas em termos dos cuidados prestados aos bebés do sexo masculino e do sexo feminino junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto da nossa amostra.

Muito embora não se observem diferenças em termos dos resultados globais do inventário Home, verificam-se algumas diferenças significativas no que se refere aos resultados nas sub-escalas do inventário e numerosas diferenças ao nível dos itens.

As mães com depressão pós-parto dos bebés de sexo masculino pontuaram significativamente melhor do que as mães com depressão pós-parto dos bebés do sexo feminino. Assim, por exemplo, na idade de 3 meses do bebé as mães com depressão pós-parto de bebés do sexo masculino foram significativamente menos observadas a censurar e criticar o bebé e foram significativamente menos observadas a restringir e punir desadequadamente o bebé, e, por exemplo, na idade de 6 meses do bebé, mostraram uma maior capacidade de resposta emocional e verbal ao bebé assim como uma organização do ambiente físico e temporal mais adequada (os resultados nestas sub-escalas mostraram-se significativamente mais positivos). O sexo do bebé não mostrou, no entanto, ser um preditor significativo da qualidade dos cuidados prestados quando todas as variáveis foram consideradas.

40. No que refere às condições sócio-económicas das famílias, os dados recolhidos no presente estudo evidenciam que os bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e as famílias vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas usufruem de ambientes de cuidados significativamente

menos favoráveis durante o primeiro ano de vida do que os bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e as famílias vivem em condições sócio-económicas favorecidas, pois na idade de 3, 6 e 12 meses o resultado total desse grupo no inventário Home foi significativamente mais baixo.

É assim que, por exemplo, as mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas desfavorecidas cotaram significativamente menos na sub-escala relativa à resposta emocional e verbal ao bebé, na idade de 3 meses do bebé, na sub-escala relativa à provisão de material de jogo apropriado, aos 6 meses de idade do bebé, e na sub-escala relativa ao envolvimento da mãe com a criança de 12 meses de idade, do que as mães deprimidas que vivem em condições sociais e económicas mais favorecidas.

Tendo em conta estes resultados podemos concluir que as mães com depressão pós-parto providenciam ambiente de cuidado em numerosos aspectos desfavoráveis ao bem-estar e desenvolvimento do bebé, sendo que tal ambiente é significativamente mais desfavorável quando as mães vivem em más condições sócio-económicas.

Tal como o assinalámos no capítulo anterior e em conformidade com o que formulámos na hipótese 8, as mães que não trabalham ou têm um nível ocupacional inferior providenciam ambientes de cuidado ao bebé que, em diversos aspectos, não são tão favoráveis como os ambiente que existem em casa das mães com depressão pós-parto que têm um nível ocupacional médio ou superior. Com efeito, as mães com depressão pós-parto e baixo nível ocupacional pontuaram significativamente menos no inventário Home na idade de 3, de 6 e de 12 meses do bebé e, por exemplo, mostraram uma significativa menor resposta emocional e verbal e um significativo menor envolvimento com a criança, 3 meses depois do parto, assim como, uma significativa menor provisão de material de jogo apropriado 6 e 12 meses depois do parto.

Contrariamente ao que se verificou na avaliação da conduta interactiva materna nas grelhas usadas neste estudo, no que se refere aos cuidados providenciados à criança, as mães com depressão pós-parto e menos anos de escolaridade mostraram providenciar cuidados significativamente menos adequados do que as mães com depressão pós-parto e mais anos de escolaridade, quer na idade de 3 meses do bebé, quer na idade de 6 e de 12 meses. A análise de regressão mostrou contudo que o nível educativo é apenas preditor significativo na idade de 3 6 meses, sendo o seu papel suplantado pelo nível ocupacional na idade de 12 meses.

A análise de regressão levada a cabo sobre os resultados de toda a amostra, mostra que o impacto do nível sócio-económico sobre a qualidade do ambiente de cuidados do bebé, tal como pode ser avaliado pelo inventário Home. A análise de

regressão levada a efeito sobre os resultados relativos ao grupo experimental mostrou que, 12 meses depois do parto, a qualidade dos cuidados era tanto menos favorável quanto estava presente o facto de a mãe trabalhar fora de casa ou desempenhar uma actividade profissional de nível inferior. Com efeito, o nível ocupacional — e não o facto de a mãe ainda se encontrar deprimida como aconteceu para a conduta interactiva materna — é o factor mais responsável pela presença de cuidados ainda menos favoráveis ao bebé no grupo experimental. Por conseguinte, a mãe com depressão pós-parto está mais capaz de providenciar cuidados adequadas no caso de possuir um nível ocupacional elevado do que no caso de não trabalhar ou possuir um nível ocupacional baixo.

A questão do estatuto ocupacional da mãe influenciar a natureza das interacções que se estabelecem entre a mãe e o bebé é uma questão controversa. Quando esse factor é estudado em amostra em que não se associa, o que não é aqui o caso, outras circunstâncias desfavoráveis, os resultados na investigação são de algum modo contraditórios. Alguns autores assinalam que a qualidade da interacção mãe-bebé é adversamente afectada pela circunstância de a mãe ir trabalhar e de colocar precocemente o bebé no infantário (e.g., Barglow, Vaughn, & Molitor, 1987; Blesky & Rovine, 1988; Vaughn, Gove, & Engeland, 1980); outros estudos não encontram diferenças (Hoffman, 1984; Noor, 1994; Zaslow, et al.,1985) ou encontram diferenças no sentido de que as mães que trabalham providenciam interacções mais adequadas do que as mães que ficam em casa a trabalhar (e.g., Crockenberg & Litman, 1991; Riesh, 1988). Saliente-se que algumas dimensões não são controladas nesses estudos, como seja o nível sócio-económico da família e a qualidade do meio-ambiente alternativo, circunstâncias que podem condicionar a qualidade do desenvolvimento posterior da criança (Cardos, 1990; Homes,1990; Symons & McLeod, 1994).

Outros autores alertam ainda para a necessidade de se avaliar, para se julgar com eficácia a respeito dos efeitos, os cuidados alternativos que são dados à criança. Infelizmente no nosso estudo, a qualidade dos cuidados alternativos não pôde ser avaliada e apenas considerámos a sua presença, o que obriga a alguma reserva nas conclusões a tecer.

41. Em conformidade com o que estipulámos na hipótese 12 um ambiente de cuidado da criança menos favorável foi observado nas famílias em que a mãe com depressão pós-parto tinha um mau relacionamento conjugal, em relação ao ambiente de cuidado da criança tal como foi observado na idade de 3, 6 e 12 meses do bebé junto das mães com depressão pós-parto que tinha um bom relacionamento conjugal. As diferenças são particularmente evidentes tendo em conta que, por exemplo, as mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal evidenciaram uma

significativa menor aceitação do comportamento da criança na idade de 3 meses e uma significativa menor provisão de material de jogo apropriado, na idade de 6 e 12 meses do bebé. No entanto, no grupo experimental, esta variável não se mostrou um factor significativo quando todas as variáveis foram consideradas.

42. Contrariamente ao que postulámos na hipótese 13, não se observaram diferenças significativas nos ambiente de cuidado providenciados ao bebé em dois subgrupos de mães com depressão pós-parto cujos maridos/companheiros providenciavam mais ou cuidados ao bebé, à excepção do item que se refere às refeições com o pai que foi significativamente menos pontuada contrariamente ao que observámos junto das segundas.

43. Também contrariamente ao que postulámos na hipótese não se observou que fosse significativamente diferente a qualidade do ambiente de cuidados dos bebés das mães com depressão pós-parto no caso em que o bebé era cuidados apenas pela mãe ou o bebé possuía para além da mãe outros prestadores de cuidado.

A análise de regressão, por sua vez, não mostrou que a grandeza dos cuidados prestados pelo pai ao bebé e a presença de prestadores de cuidados alternativos sejam preditores significativos da qualidade dos cuidados prestados ao bebé pelas mães com depressão pós-parto, contrariamente ao que acontece no grupo total.

Duas reflexões parecem congruentes a este propósito: grande parte da qualidade dos cuidados que são prestados ao bebé estão dependentes de circunstâncias relativas à mãe e a presença de um prestador de cuidados alternativo parece ter mais impacto sobre a qualidade da conduta interactiva do bebé, talvez porque possibilite modelos interactivos diferentes do que aqueles que são propostos pela mãe, que sobre a qualidade dos cuidados que a mãe ou o ambiente está capaz de fornecer à criança.

1.5. Depressão pós-parto e preocupação materna

44. As observações conduzidas no estudo que descrevemos são contrárias às formulações iniciais que determinamos na hipótese 4, relativa à preocupação da mãe com o bebé.

Com efeito, os resultados obtidos neste estudo permitem-nos concluir que as mães deprimidas estão menos preocupadas com o bebé — e não, mais preocupadas

com o bebé, como o pressupunhamos — do que as mães não-deprimidas, e referem-se particularmente aos aspectos de seguida expostos.

As mães que se encontram clinicamente deprimidas no 3º mês do pós-parto mostram-se na idade de 3 meses do bebé significativamente menos preocupadas com o bebé do que as mães que não estão deprimidas nem apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 3º mês do puerpério. As mães com depressão pós-parto estão significativamente menos preocupadas com aspectos importantes do comportamento e bem-estar do bebé — como seja a sua saúde, a sua alimentação, o facto de chorar, etc.

As mães que se encontram deprimidas aos 3 meses de idade do bebé, mostram-se, também na idade de 6 meses e na idade de 12 meses do bebé, significativamente menos preocupadas com o bebé do que as mães que não se encontram deprimidas aos 3 meses de idade do bebé.

A presença de depressão materna no 3º mês do pós-parto é, junto da totalidade das mães da amostra, um preditor significativo da grandeza da preocupação da mãe com o bebé 3 meses após o parto. No entanto, o melhor preditor da preocupação materna com o bebé é a presença e gravidade da depressão pós-parto da mãe. O modelo que associa a presença e gravidade da depressão pós-parto ao nível de educacional da mãe explica junto da amostra total grande parte da variância observada na grandeza da preocupação da mãe com o bebé, sendo o melhor modelo encontrado para a explicar.

Estes dados permitem-nos concluir que a depressão materna é um factor determinante para a grandeza da preocupação da mãe com o bebé e que quanto mais deprimida está a mãe menos preocupada está com as dificuldades que o bebé possa apresentar. Essa preocupação é ainda menor no caso de se associar o facto de a mãe possuir um baixo nível educativo.

Também no grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto, a gravidade da depressão materna é responsável por uma boa parte da variância observada na preocupação materna com o bebé aos 3 meses de idade, pelo que se conclui que o facto de a mãe com depressão pós-parto estar mais gravemente deprimida faz com que esteja ainda menos preocupada com o bebé.

Aliás, a preocupação manifesta com o bebé pelas mães que desenvolveram depressão pós-parto é, na idade de 12 meses do bebé, significativa e negativamente afectada pela grandeza da depressão e sintomatologia depressiva materna no 3º mês do puerpério assim como pela presença de dificuldades no relacionamento conjugal da mãe.

Mais uma vez, verificamos, sobretudo que: a) a presença de depressão materna é um factor significativo para a disposição da mãe com o bebé, 12 meses depois do parto, b) esta relação está agravada no caso de ser mais grave a depressão pós-parto materna (o que testemunha o impacto mais adverso da depressão grave do que da depressão ligeira, pelo menos em amostra recolhidas na comunidade), c) o papel das relações conjugais, sendo que as mães com depressão pós-parto e dificuldades no relacionamento com o marido/companheiro têm uma conduta ainda menos adequada com o bebé do que quando tais dificuldades não existem.

Aos 6 meses de idade do bebé, a preocupação da mãe com o bebé é no grupo total tanto maior quanto melhor é a conduta interactiva do bebé com a mãe na idade de 3 meses, sendo que a depressão pós-parto embora se mostre um preditor significativo, não tem qualquer poder explicativo quando todas as variáveis em estudo são consideradas.

Aos 12 meses de idade, a preocupação da mãe com o bebé é no grupo total tanto maior quanto melhores foram os cuidados maternos na idade de 3 meses do bebé, quanto menores forem as dificuldades do bebé aos 6 meses de idade, quanto menor é a sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto, quanto maior é o nível educativo da mãe e melhor é a conduta da mãe na interacção com o bebé aos 12 meses de idade.

A hipótese foi formulada no sentido de que as mães com depressão pós-parto se mostrariam mais preocupadas com o comportamento do bebé, porque, tal como vimos no capítulo IV, a investigação tem consistentemente mostrado que as avaliações que as mães deprimidas fazem do temperamento e comportamento do bebé são significativamente mais negativas do que as avaliações dos bebés que são feitas pelas mães sem perturbação psicopatológica assinalável e alguns investigadores têm sugerido que essas avaliações negativas do bebé seriam função de um viés que consistiria no facto de as mães deprimidas tenderem, via deformação cognitiva, a avaliar negativamente a conduta do bebé e não resultariam do facto do comportamento do bebé ser menos positivo (e.g., Goodman & Brumely, 1990; Radke-Yarrow et al., 1985; Whiffen, 1990).

Essa formulação foi feita também perante a constatação dos autores que têm encontrado níveis elevados de ansiedade e preocupação em relação ao bebé em consequência da depressão pós-parto (Campbell et al., 1992; Hopkins et al., 1984).

No entanto, o que esperávamos não foi encontrado, dado que o que observámos mostra que as mães com depressão pós-parto não estão grandemente

centradas no comportamento e bem-estar do bebé e não se preocupam tanto com as dificuldades do bebé como se preocupam as mães sem perturbação psicopatológica assinalável.

Tal constatação pode revelar que mais do que construírem uma imagem negativa da conduta do bebé as mães com depressão pós-parto, demasiado centradas sobre si próprias e sobre o sofrimento associado ao seu estado de humor, estão desatentas da realidade do bebé, assim como das suas dificuldades e do mal-estar que possam expressar (o que aliás se viu, comportamentalmente, na observação que fizemos da interacção mãe-bebé). As mães com depressão pós-parto podem ter alguma dificuldade em tomar conhecimento do que de facto se passa com o bebé, o que por outro lado é testemunho da sua falta de investimento afectivo no bebé.

Esta verificação faz eco com os resultados de alguns estudos que mostram que as mães com depressão pós-parto estão pouco sensíveis ao bebé e atribuem pouca importância às necessidades e à realidade própria do bebé (e.g., Anthony, 1983; Bettes, 1988; Cohler et al., 1970; Field et al., 1989; Murray & Stein, 1991; Tammimen & Salmelin, 1991).

Esta verificação dá também algum suporte empírico à nossa constatação clínica de que a maior parte das vezes a mãe deprimida só recorre a ajuda quando, resolvida a sua própria depressão, está capaz de olhar para o bebé e então ver que ele está em dificuldade e necessita de ajuda.

As mães que se encontram clinicamente deprimidas, respectivamente no 6° e 12° mês do pós-parto, mostram-se, respectivamente na idade de 6 e de 12 meses do bebé, significativamente menos preocupadas com o bebé, do que as mães que não se encontram deprimidas, respectivamente ao 6° e 12° mês do pós-parto.

Muito embora tanto a presença como a gravidade de depressão pós-parto no 3° mês do puerpério sejam preditores significativos da grandeza da preocupação materna com o bebé, o que mais parece determinar a grandeza da preocupação materna com o bebé de 6 meses de idade é, quando se consideraram todos os elementos da amostra, a qualidade da conduta interactiva do bebé com a mãe aos 3 meses de idade, sendo que os bebés que têm uma conduta mais adequada com a mãe na idade de 3 meses, têm mães que estão mais preocupadas com eles na idade de 6 meses. Se tomarmos a preocupação da mãe com o bebé como um indicador do envolvimento afectivo da mãe com o bebé, este é negativamente influenciado pelo facto de o bebé não se mostrar um parceiro interactivo competente. No decorrer do capítulo III foram apresentadas inúmeras evidências conceptuais e empíricas de que o envolvimento afectivo da mãe com o bebé depende da capacidade do bebé se

mostrar um ser eminentemente social e um parceiro competente na interacção com a mãe.

Junto das mães com depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, aquelas que têm bebés com níveis mais elevados de desenvolvimento na idade de 6 meses são aquelas que se mostram mais preocupadas com o bebé 6 meses depois do parto, sendo que o nível de desenvolvimento do bebé na idade de 6 meses mostrou ser o único preditor significativo da preocupação da mãe com o bebé 6 meses depois do parto. Mais uma vez, vemos como a presença de um bom nível de desenvolvimento aos 3 meses de idade é uma circunstância que beneficia o bebé da mãe com depressão pós-parto., garantindo, neste caso, uma maior preocupação da mãe com o bebé.

No grupo das mães sem perturbação psiquiátrica assinalável durante o puerpério a grandeza da preocupação da mãe com o bebé 6 meses depois do parto pode ser positivamente prevista a partir do estatuto matrimonial, sendo que o facto de a mãe não ser casada prediz níveis mais elevados de preocupação materna 6 meses após o parto.

45. As mães que se encontram deprimidas no 3º mês do puerpério, mas já não estão deprimidas no 12º mês do puerpério estão, após a reconversão da sintomatologia depressiva, aos 12 meses de idade do bebé, menos preocupadas com o bebé do que as mães que não apresentaram perturbação psiquiátrica assinalável no 3º e no 12º mês do pós-parto. No entanto, as diferenças observadas não se mostraram estatisticamente significativas, donde se deduz que, contrariamente ao que se conclui para a qualidade da conduta interactiva materna e para a qualidade dos cuidados providenciados pela mãe ao bebé, a presença de depressão pós-parto embora tenha efeitos adversos imediatos não parece ter efeitos a longo-prazo sobre a preocupação materna com o bebé, quando a reconversão dos sintomas se opera por completo.

46. A grandeza da preocupação materna com o bebé 12 meses depois do parto pode contudo ser significativamente prevista a partir da presença de depressão pós-parto ou a partir da presença e gravidade da depressão pós-parto. No entanto, no grupo total, a grandeza da preocupação materna com o bebé 12 meses depois do parto pode ser melhor prevista a partir do modelo que integra a qualidade dos cuidados providenciados ao bebé 3 meses depois do parto, as dificuldades comportamentais do bebé na idade de 6 meses, os sintomas de depressão 12 meses depois do parto, o maior número de anos de estudo e a qualidade da conduta interactiva da mãe 12 meses depois do parto.

No que diz respeito às mães que desenvolvem depressão pós-parto, elas estão tanto mais preocupadas com o bebé ao ano de idade deste, quanto estiveram menos gravemente deprimidas e apresentaram um menor número de sintomas de depressão no 3° mês do puerpério e quanto menos problemas de relacionamento tiverem com o cônjuge. Assim se conclui que a gravidade da depressão materna interfere significativa e negativamente na capacidade de a mãe estar disponível para atender às dificuldades do bebé. Também a presença de relações conjugais desajustadas determina condições menos favoráveis ao desenvolvimento do bebé, como já tinhamos verificados a propósito da qualidade da interacção mãe-bebé.

47. A hipótese 5 relativa à gravidade da depressão pós-parto materna no 3° mês do puerpério foi também considerada para com a preocupação materna evidenciada pelas mães em estudo.

Os resultados mostram que as mães que não apresentam perturbação psicopatológica no 3° mês do puerpério estão significativamente mais preocupadas com o bebé do que as mães que se apresentam moderadamente deprimidas no 3° mês do pós-parto e estas estão mais preocupadas com o bebé do que as mães que se apresentam mais gravemente deprimidas no 3° mês do pós-parto. Mostram ainda que as mães que desenvolvem depressão *major* no 3° mês do pós-parto estão, na idade de 3 meses do bebé, significativamente menos preocupadas com o bebé do que as mães que desenvolvem depressão *minor* no 3° mês do pós-parto; no entanto, na idade de 6 e 12 meses do bebé, quando não se considera o facto de as mães se manterem ou não deprimidas, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em relação à preocupação com o bebé entre dois grupos de mães que desenvolveram depressão de diferente gravidade nos primeiros meses do pós-parto.

Assim se conclui que, na idade de 3 meses do bebé, as mães mais gravemente deprimidas (avaliada em termos de sintomatologia) estão significativamente menos preocupadas com o bebé do que as mães menos gravemente deprimidas e que, quando não se considera o facto de a mãe se manter ou não deprimida, não parece verificar-se que as mães mais gravemente deprimidas no 3° mês do puerpério se mantenham, na idade de 6 e 12 meses do bebé, menos preocupadas com o bebé do que as mães menos gravemente deprimidas no 3° mês do puerpério.

No entanto, a análise de regressão que considerou a importância de todas as variáveis em estudo deu conta de que a gravidade da depressão pós-parto interfere negativa e significativamente na grandeza da preocupação da mãe com o bebé, quer aos 3 quer aos 12 meses do pós-parto. Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que a gravidade da depressão pós-parto é o melhor preditor da preocupação com o bebé mostrada pelas mães 3 meses a seguir ao parto, sendo que

quanto mais deprimida estiver no pós-parto menor é a grandeza da preocupação mostrada pela mãe para com o bebé 3, assim como 12 meses depois do parto.

Quando a gravidade da depressão pós-parto materna é avaliada em termos da sua duração, os dados obtidos sugerem que, na idade de 12 meses do bebé, não varia significativamente a preocupação materna com o bebé em 3 grupos de mães: mães que não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável nem no 3º nem no 12º mês do puerpério, mães que apresentaram depressão no 3º mês do puerpério mas não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério e mães que apresentaram depressão no 3º mês do puerpério e no 12º mês do puerpério.

Com efeito, não foi significativamente diferente a preocupação materna aos 12 meses de idade do bebé junto das mães que desenvolveram depressão pós-parto e já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério, quando foram comparadas com as mães que não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável nem no 3º nem no 12º mês do pós-parto.

Consequentemente, os resultados apresentados no capítulo anterior permitem concluir que, após a reconversão dos sintomas, as mães que desenvolveram depressão pós-parto não se mostram menos preocupadas com os bebés do que as mães que não desenvolveram perturbação psicopatológica assinalável após o parto.

Também não se mostrou, aos 12 meses de idade do bebé, significativamente diferente a preocupação da mãe com o bebé, no grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e que já não apresentava perturbação psicopatológica no 12º mês do puerpério e no grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e que ainda se encontrava clinicamente deprimida no 12º mês do puerpério, a não ser que as primeiras manifestaram mais preocupação com o facto do bebé chorar do que as segundas.

À excepção de uma maior sensibilidade ao choro do bebé de um ano de idade, as mães cuja depressão pós-parto tem menor duração não diferem, no que se refere à preocupação com o bebé, das mães cuja depressão tem maior duração e que ainda se encontram deprimidas na idade de 12 meses do bebé.

A duração da depressão a seguir ao parto, contrariamente ao que aconteceu com a gravidade da depressão pós-parto, mostrou não ser um preditor significativo da preocupação da mãe com o bebé, 12 meses depois do parto.

48. No que se refere à importância do sexo do bebé para a preocupação materna, observaram-se diferenças significativas consoante o sexo do bebé no resultado global das mães com depressão pós-parto ao questionário QMAC, sendo

que as respostas das mães com depressão pós-parto nos indicam a presença de uma significativa maior preocupação com o bebé do sexo masculino do que com o bebé do sexo feminino. No entanto, o sexo do bebé não mostrou ser um preditor significativo da grandeza da preocupação materna com o bebé em nenhum dos grupos considerados.

49. No que se refere às condições sócio-económicas da família, nível ocupacional da mãe e nível educacional da mãe e preocupação materna, os resultados obtidos no decorrer deste estudo permitem as considerações que expomos a seguir.

Os dados recolhidos no decorrer do estudo que agora concluímos indicam que as mães com depressão pós-parto que vivem em condições sócio-económicas desfavoráveis evidenciam, no 3° e no 6° mês do puerpério, significativamente menos preocupação com o bebé do que as mães com depressão pós-parto que vivem em razoáveis ou boas condições sócio-económicas.

Os dados recolhidos indicam também que as mães com depressão pós-parto e baixo nível ocupacional mostram uma preocupação significativamente menor com o bebé do que as mães com depressão pós-parto e médio ou elevado nível ocupacional. Diferenças significativas foram observadas em aspectos particulares em todas as idade e no resultado total do questionário na idade de 3 e 12 meses do bebé junto de estes dois grupos de mães.

A preocupação da mãe com o bebé também se mostrou menor junto das mães com depressão pós-parto e baixo nível educacional, em relação ao que se observou junto das mães com depressão pós-parto e nível educacional médio ou elevado. No entanto, estas diferenças só se mostraram significativas na idade de 3 meses do bebé, como se verifica dos resultados expostos no capítulo anterior.

Nenhuma das variáveis acima referidas permitiu explicar significativamente a grandeza da preocupação materna com o bebé, quando as restantes variáveis foram consideradas, particularmente na presença da gravidade materna que mostrou ser responsável por grande parte da variância observada na preocupação das mães do grupo experimental.

50. A preocupação da mãe com o bebé não se mostrou significativamente diferente em dois grupos de mães com depressão pós-parto e diferente ajustamento no relacionamento conjugal. No entanto, a análise de regressão indicou que a qualidade do relacionamento conjugal é uma variável que explica uma parte significativa dos resultados relativos à preocupação da mãe com o bebé.

Podemos talvez concluir que quantos mais preocupada a mãe está — consigo própria ou com a sua relação com o marido/companheiro — que não com o bebé, menos preocupada e disponível está para o bebé.

A preocupação da mãe com o bebé também não se mostrou significativamente diferente em dois grupos de mães com depressão pós-parto e cujos maridos/companheiros comparticipavam ou não nos cuidados providenciados ao bebé.

Assim se conclui que as mães que apresentam depressão pós-parto se mostram menos preocupadas com o bebé do que as mães sem depressão pós-parto e que as variáveis que parecem agravar este efeito não são o nível ocupacional da mãe, o nível educacional da mãe ou o nível sócio-económico da família, como aconteceu com a qualidade dos cuidados providenciados ao bebé, mas sim a gravidade da depressão materna e a qualidade da sua relação com o cônjuge.

2. Depressão Pós-parto da Mãe e Repercussões adversas no Bebé

Os resultados obtidos no presente estudo empírico permitem concluir que, nas díades em que a mãe desenvolve depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, o bebé apresenta mais problemas de comportamento, um nível inferior de desenvolvimento e um comportamento menos adequado na interacção com o observador. Relativamente às repercussões adversas da depressão pós-parto da mãe sobre os problemas de comportamento do bebé, o nível de desenvolvimento (global, mental e motor) do bebé e o comportamento do bebé com o observador os dados recolhidos permitem concluir os aspectos que passamos a evidenciar.

2.1. Depressão pós-parto da mãe e dificuldades comportamentais do bebé

51. Os resultados obtidos no estudo permitem confirmar a hipótese 23, pois mostram que os bebés das mães que desenvolvem depressão no 3º mês a seguir ao parto apresentam, na idade de 3, de 6 e de 12 meses, um maior número de problemas de comportamento do que os bebés das mães que não desenvolvem perturbação psiquiátrica assinalável no 3º mês do puerpério, sendo que na idade de 3 meses do

bebé as diferenças entre os resultados obtidos junto dos bebés do grupo experimental e do grupo de controlo mostraram-se muito significativas.

Estes problemas de comportamento testemunham as dificuldades que os bebés das mães com depressão pós-parto têm em se adaptar às circunstâncias adversas do meio que lhe são proporcionadas pela mãe, designadamente, interacções e cuidados pouco adequados. A essas condições os bebés reagem, tal como mostram os resultados deste estudo, dormindo mal, tolerando mal as situações em que está molhado, vomitando ou recusando-se a terminar o biberão, chorando, estando agitado, etc.

A maior parte dos investigadores da área encontraram, tal como se verifica neste estudo, dificuldades comportamentais no bebé, nomeadamente problemas relativos ao sono e à alimentação, em associação à depressão materna (e.g., Caplan et al., 1989; Carro et al., 1993; Cooper et al., 1991; Fleming et al., 1988; Ghodsian et al., 1984; Goodman & Brumely, 1990; Leadbeater et al., 1996; Murray, 1989, 1992; Radke-Yarrow, 1994; Radke-Yarrow, et al., 1995; Sameroff et al., 1982; Sharp et al., 1995; Shaw et al., 1994; Shaw & Vondra, 1995; Williams & Carmichel, 1985).

52. No entanto, muito embora a presença de depressão pós-parto seja um preditor significativo das dificuldades do bebé na idade de 3 meses, a presença de dificuldades comportamentais no bebé dessa idade é melhor explicada quando se tem em conta a qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Com efeito, a análise de regressão múltipla levada a cabo sobre os resultados relativos às dificuldades comportamentais dos bebés na idade de 3 meses mostra que a presença de problemas no bebé é determinada pela presença de cuidados maternos pouco adequados, pois a qualidade dos cuidados é — no grupo total e no grupo de controlo — o único preditor significativo para a presença de problemas de comportamento do bebé quando todas as variáveis são consideradas.

Os dados do estudo parecem indicar que as dificuldades de comportamento do bebé são em grande parte consequência da qualidade dos cuidados que lhe são proporcionados e que quanto mais o bebé vive em ambientes de cuidado pouco favoráveis mais dificuldades de comportamento apresenta.

53. As diferenças relativas aos problemas de comportamento do bebé no grupo experimental e de controlo, não se mostraram estatisticamente significativas nas idades de 6 e de 12 meses do bebé, a não ser no facto de os bebés das mães que estavam deprimidas no 3° mês do pós-parto apresentarem mais problemas de alimentação aos 6 meses de idade e mais problemas de asseio aos 12 meses de

idade. Tal parece indicar que a depressão pós-parto materna não interfere na presença subsequente de problemas de comportamento para além daqueles que se observam no momento da sua ocorrência.

54. Quando não se considera o facto de as mães terem ou não estado deprimidas no 3° mês do puerpério, mas apenas o facto de as mães se encontrarem ou não deprimidas no 6° ou no 12° mês do pós-parto, as diferenças também não se mostraram significativas. Tal parece indicar que os bebés das mães que se encontram deprimidas no 6° e 12° mês do puerpério não apresentam em função dessa circunstância significativamente mais problemas de desenvolvimento do que os bebés das mães que não se encontram deprimidas, quando não se considera a presença de depressão pós-parto.

55. Os resultados obtidos no estudo que agora discutimos poderiam não nos permitir concluir, contrariamente ao pressuposto na hipótese 19, que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto de maior gravidade apresentam um número significativamente mais elevado de problemas de desenvolvimento do que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto de menor gravidade, quando os subgrupos são comparados. No entanto, a gravidade da depressão pós-parto mostrou ser um preditor significativo da presença de problemas de comportamento na idade de 6 meses junto das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério.

Com efeito, a análise de regressão múltipla conduzida no grupo das mães com depressão pós-parto mostra que são preditores significativos da presença de problemas de comportamento do bebé na idade de 6 meses as seguintes variáveis: qualidade da relação da mãe com o pai do bebé, gravidade da depressão materna no 3° mês do pós-parto e qualidade dos cuidados providenciados ao bebé.

Os dados encontrados indicam por conseguinte que o bebé da mãe com depressão pós-parto apresentará tanto mais problemas de comportamento quanto ao facto de a mãe estar deprimida se associar o facto de a mãe ter uma relação pouco ajustada com o pai do bebé, o facto de a mãe ter uma depressão *major* e o facto de providenciar cuidados pouco adequados ao bebé.

Assim se conclui em conformidade com a hipótese 19 que quanto mais grave é a depressão pós-parto materna mais problemas de comportamento o bebé apresenta; assim como se conclui em conformidade com a hipótese 25 que os bebés cujas mães desenvolvem depressão pós-parto e têm um mau relacionamento com o pai do bebé tendem a ter mais problemas de comportamento do que os bebés cujas mães que desenvolvem depressão pós-parto e têm bom relacionamento com o pai do bebé.

Aliás, os bebés das mães deprimidas que têm um mau relacionamento conjugal exibem, para além de mais problemas de desenvolvimento, piores condutas interactivas na interacção com o observador e piores índices de desenvolvimento, do que os bebés das mães deprimidas que têm um bom relacionamento conjugal. Para além disso, os bebés das mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal são alvo de interacções menos adequadas e de uma menor preocupação por parte da mãe, como assinalámos anteriormente.

Por conseguinte, os bebés das mães com depressão pós-parto e mau relacionamento conjugal parecem estar particularmente em risco, pois desenvolvem mais problemas de comportamento e um maior atraso no seu desenvolvimento, relativamente aos bebés das mães com depressão pós-parto e bom relacionamento conjugal, tal como também é assinalado noutros estudos (e.g., Caplan et al., 1989; Cox et al., 1987; Dumas & Serketich, 1994; Cogill et al., 1986; Leadbeater et al., 1996; Radke-Yarow et al., 1985; Murray, 1992).

A análise de regressão mostra igualmente que os bebé das mães com depressão pós-parto evidenciam mais problemas de comportamento no caso de as mães se encontrarem mais gravemente deprimidas 3 meses após o parto do que no caso de se encontrarem menos gravemente deprimidas, o que tem sido observado noutros estudos (e.g., Dumas & Serketich, 1994; Lyons-Ruth et al., 1986; Murray, 1992; Radke-Yarrow et al., 1985; Weissman et al., 1984b).

56. Os dados mostram ainda que quanto mais grave é a depressão da mãe durante o puerpério, avaliada em termos da intensidade e da duração dos sintomas, pior é a qualidade da conduta interactiva do bebé na interacção com o observador, piores são os seus índices de desenvolvimento motor e mental e mais problemas de desenvolvimento o bebé apresenta.

No que se refere especificamente ao desenvolvimento do bebé, os resultados obtidos indicam que, quer na idade de 6 meses quer na idade de 12 meses, os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto de maior gravidade ou que ainda se encontram deprimidas 6 meses após o parto são aqueles que exibem, respectivamente na idade de 6 e de 12 meses, níveis menores de desenvolvimento motor.

No entanto, aos 12 meses de idade, os bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto de maior duração e ainda se encontravam deprimidas 12 meses depois do parto não apresentaram um maior número de problemas de desenvolvimento do que os bebé cujas mães desenvolveram depressão pós-parto de

menor duração e que, muito embora estivessem clinicamente deprimidas 3 meses depois do parto, já não apresentaram perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério.

57. Os resultados do estudo indicam que os bebés do sexo feminino das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto apresentam um maior número de dificuldades de desenvolvimento do que os bebés do sexo masculino das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto.

Contudo, as diferenças só se mostraram significativas no que se refere à alimentação do bebé aos 3 meses de idade, sendo que as meninas apresentaram mais dificuldades alimentares do que os meninos. Com efeito, na idade de 6 e 12 meses, os bebés do sexo feminino das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto não apresentaram significativamente mais problemas de desenvolvimento do que os bebés do sexo masculino das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto.

Refira-se ainda que no grupo das mães que estiveram deprimidas 3 meses após o parto o sexo do bebé mostrou ser o preditor mais significativo para os problemas de comportamento do bebé. Verificou-se, com efeito, que no caso de a mãe estar deprimida os problemas de comportamento do bebé eram tanto mais vastos quanto se associava o facto de o bebé ser do sexo feminino. Assim sendo, os bebés do sexo feminino das mães com depressão pós-parto parecem estar mais em risco de desenvolver efeitos adversos na presença de depressão materna, o que não corresponde às observações dos investigadores da área (e.g., Hay et al., 1992; Murray, 1992; Shaw et al., 1994; Shaw & Vondra, 1995; Radke-Yarrow et al., 1994; Sharp et al., 1995).

Ou se quisermos, por outras palavras, contrariamente ao que formulámos na hipótese 18 e ao que tem sido observado por outros investigadores, os nossos dados indicam que os bebés de sexo feminino das mães com depressão pós-parto têm mais probabilidades de desenvolver problemas de comportamento do que os bebés de sexo masculino das mães com depressão pós-parto.

Se, como mostrámos, a presença de problemas de comportamento no bebé depende de circunstâncias pouco favoráveis que lhe são proporcionadas e se, como também mostrámos, as circunstâncias de cuidado proporcionadas pelas mães com depressão pós-parto são menos favoráveis para o bebé de sexo feminino do que para o bebé do sexo masculino, então torna-se compreensível que os bebés de sexo feminino das mães que desenvolvem depressão pós-parto apresentem mais problemas de comportamento do que os bebés do sexo masculino.

Podemos assim supor que, em função do facto de as mães com depressão pós-parto apresentarem ambientes de cuidado e interacções menos adequadas com

o bebé de sexo feminino, o bebé do sexo feminino possa na consequência disso vir a apresentar mais dificuldades de comportamento.

Dado que os resultados obtidos mostram que o único factor susceptível de prever significativamente a presença de dificuldades comportamentais no bebé de 3 meses é o sexo do bebé, pode também concluir-se que na presença de depressão pós-parto a presença de dificuldades de desenvolvimento do bebé é determinada pelo sexo do bebé.

58. Os dados recolhidos no estudo que agora discutimos não nos permitem concluir, contrariamente ao que pressupunhamos na hipótese 24, que os bebés das mães com depressão no 3º mês do pós-parto que vivem em condições desfavorecidas tenham, na idade de 3, 6 e 12 meses, significativamente mais problemas de desenvolvimento do que os bebés das mães deprimidas que vivem em condições socio-económicas razoáveis ou boas.

Também não nos permitem concluir, como também o pressupunhamos, que os bebés das mães que desenvolveram depressão a seguir ao parto de baixo nível educacional apresentem significativamente mais problemas de desenvolvimento do que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto de nível educacional médio ou elevado, a não ser mais problemas de asseio aos 3 meses de idade.

No entanto, muito embora os bebés das mães com depressão pós-parto que exercem actividades profissionais de nível médio ou superior não apresentem no global, na idade de 3, 6 e 12 meses, significativamente menos problemas de desenvolvimento do que os bebés das mães com depressão pós-parto que não exercem actividade profissional ou têm uma actividade profissional classificada no nível inferior, estes últimos tiveram significativamente mais problemas de alimentação aos 6 e 12 meses, e de saúde aos 6 meses, tal como foram referidos pelas mães.

A análise de regressão que considerou conjuntamente todas estas variáveis indica o efeito agravante do baixo nível educacional da mãe e do baixo nível ocupacional da mãe sobre a presença de problemas de comportamento no bebé de 12 meses de idade, no caso de a mãe desenvolver depressão pós-parto. Por conseguinte, em conformidade com outros investigadores, somos levados a concluir que condições sócio-culturais menos favoráveis agravam os efeitos da depressão materna no desenvolvimento da criança (e.g., Cogill et al., 1986; Dumas & Serketich, 1994; Sharp et al., 1995; Teti et al., 1995).

59. Contrariamente ao que formulámos na hipótese 26, não se observou que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto cujos pais participavam nos cuidados que lhe eram prestados, apresentavam — na idade de 3, de 6 e de 12 meses — significativamente menos problemas de desenvolvimento do que os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3° mês do pós-parto que não são cuidados pelos pais, não funcionando esta como circunstância protectora para a presença de problemas de desenvolvimento no bebé da mãe que desenvolve depressão pós-parto.

Alguns autores tem referido que muito embora isso fosse desejável não se verifica que a maior presença do pai nos cuidados prestados ao bebé seja um factor que permita minimizar os efeitos adversos da depressão pós-parto, a menos que essa mesma presença interfira no curso da depressão pós-parto materna (Carro et al., 1993). Assim, a presença e a qualidade da interacção possibilitada pelo pai não tem sido considerada um factor tão importante para a qualidade do desenvolvimento da criança como é a qualidade da interacção proporcionada pela mãe (e.g., Laucht et al., 1994; Rothbaum et al., 1995).

2.2. Depressão pós-parto da mãe e desenvolvimento mental, desenvolvimento motor e desenvolvimento global do bebé

60. Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que os bebés das mães que se encontram deprimidas no 3° mês do puerpério exibem piores índices de desenvolvimento global, de desenvolvimento mental e de desenvolvimento motor do que os bebés das mães que não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 3° mês o puerpério. No entanto, o mesmo só se verificou relativamente ao desenvolvimento motor na idade de 6 meses do bebé e relativamente ao desenvolvimento global, motor e mental, na idade de 12 meses do bebé.

O facto de se ter encontrado efeitos negativos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento do bebé corresponde às observações de mais autores (e.g., Cogill et al., 1986; Goodman & Brumely, 1990; Lyons-Ruth et al., 1986, 1990; Sharp et al., 1995; Whiffen & Gottlib, 1989); muito embora certos estudos não o verifiquem, em função do carácter excessivamente selectivo da amostra (e.g., Murray, 1992), o que não é aqui o caso.

Na idade de 3 meses do bebé, não se verificou que os bebés das mães que se encontravam deprimidas evidenciassem um nível de desenvolvimento inferior ao nível de desenvolvimento dos bebés das mães que não apresentavam perturbação

psiquiátrica assinalável, como se verificou na idade de 6 e 12 meses. Aliás a análise de regressão levada a efeito mostrou que nenhuma das variáveis independentes consideradas, nem mesmo a grandeza da sintomatologia depressiva materna, era susceptível de explicar significativamente a variância observada junto dos resultados relativos quer ao resultado total quer o resultado mental das escalas de desenvolvimento de Bayley na idade de 3 meses do bebé.

No entanto, o nível de desenvolvimento motor dos bebés mostrou-se dependente da qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao bebé. Assim os resultados do estudo que levámos a efeito testemunham que o melhor ou pior desenvolvimento do bebé de 3 meses de idade depende significativamente da qualidade dos cuidados prestados pela mãe, quando se consideram os bebés das mães com e sem perturbação psicopatológica no pós-parto. No caso das mães que desenvolvem depressão pós-parto, verificámos que o melhor preditor do nível de desenvolvimento do bebé era a qualidade da conduta interactiva materna.

Estes resultados mostram o impacto dos cuidados maternos sobre a qualidade do desenvolvimento do bebé, quando se consideram todos os bebés da amostra, sendo que a qualidade dos cuidados prestados ao bebé tiveram na nossa amostra um maior impacto sobre o nível de desenvolvimento motor do bebé na idade de 3 meses do que a própria depressão da mãe (embora esta também seja um preditor significativo, o seu poder explicativo é abafado pelo poder explicativo da qualidade dos cuidados maternos).

Os resultados testemunham ainda que, no caso de as mães que desenvolverem depressão pós-parto, o nível de desenvolvimento motor do bebé na idade de 3 meses, depende da qualidade da conduta interactiva materna, pois é tanto mais elevado quanto mais a mãe estiver capaz de manter uma interacção adequada com o bebé. Visto que essa relação não foi encontrada no grupo de controlo, conclui-se que os efeitos adversos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento da criança dependem do facto de a mãe estar ou não capaz de manter uma interacção adequada com o bebé.

Assim sendo, os resultados mostram que — em conformidade com os estudos que apresentámos no final do capítulo III e no final do capítulo IV — a qualidade do desenvolvimento do bebé, depende da qualidade da interacção providenciada pela mãe, quer quando se consideram amostras normais (e.g., Baker & Nelson, 1984; Beckwith & Cohen, 1989; Bloom, et al., 1987; Bornstein & Tamis-LeMonda, 1994; Bradley, 1989; Bradley & Caldwell, 1984; Goldberg et al., 1989; Puckering, et al., 1995; Ramey, et al., 1979; Schaefer, 1989), quer particularmente quando se consideram amostras de

mães com perturbação psicopatológica, como seja a depressão a seguir ao parto (e.g., Lyons-Ruth et al., 1986, 1990, 1993; Murray, 1992; Murray et al., 1993; Reeding et al., 1990; Stein et al., 1991).

Que o efeito da depressão pós-parto pode acontecer através do estabelecimento de interacções inadequadas é o que se pode igualmente concluir do facto de os bebés das mães com depressão pós-parto terem um nível de desenvolvimento motor aos 3 meses de idade tanto menos elevado quanto mais as suas mães têm uma acção interactiva menos adequada para com eles;. Por sua vez, os bebés cujas mães com depressão pós-parto são capazes de manter interacções adequadas com eles, sofrem menos o impacto da depressão materna, tal como se conclui do facto de exibirem níveis mais elevados de desenvolvimento. Deste modo, os nossos resultados dão conta de que a interferência adversa da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento do bebé se verifica sobretudo quando a mãe não está capaz de manter interacções adequadas com o bebé, tal como foi observado também por outros investigadores (e.g., Goodman & Brumley, 1990; Lyons-Ruth et al., 1986).

Na idade de 6 meses do bebé, a gravidade da sintomatologia depressiva materna 3 meses depois do parto mostrou ser o melhor preditor do nível de desenvolvimento motor dos bebés quando se consideraram todos os bebés da amostra, assim como quando se consideraram apenas os bebé das mães com depressão pós-parto — a gravidade da depressão pós-parto mostrou ser o melhor preditor do nível de desenvolvimento motor dos bebés do grupo experimental na idade de 6 meses.

Assim sendo temos dados de que o nível de desenvolvimento motor dos bebés das mães que desenvolvem depressão após o parto depende da gravidade da depressão materna após o parto e que, junto dos bebés das mães com depressão pós-parto o nível de desenvolvimento motor será tanto maior quanto menor for a gravidade da depressão materna no 3º mês do puerpério. Os resultados indicam ainda que algumas variáveis concorrem para fazer com que o nível de desenvolvimento motor dos bebés das mães com depressão pós-parto seja pior e agravam os efeitos adversos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento motor do bebé, para além da gravidade da depressão após o parto, a saber: a idade mais elevada da mãe, uma interacção mãe-bebé pouco adequada 6 meses após o parto e o baixo nível ocupacional.

Outros estudos têm igualmente verificado que a gravidade da depressão pós-parto interfere sobre os efeitos adversos que tem sobre o desenvolvimento da criança

(e.g., Campbell et al., 1995; Frankel & Harmon, 1996). Novamente, a juntar à gravidade da depressão pós-parto, assinale-se a importância do facto de a mãe estar ou não capaz de uma interacção adequada com o bebé, na determinação do desenvolvimento motor dos bebés das mães que desenvolvem depressão após o parto.

No que se refere ao nível de desenvolvimento global do bebé na idade de 6 meses os dados indicam que, muito embora no grupo total esteja dependente da preocupação materna com o bebé, no grupo das mães com depressão pós-parto, o nível de desenvolvimento global dos bebés mostrou-se tanto mais elevado quanto melhores são as condições sócio-económicas da família, quanto maior é a preocupação da mãe com o bebé na idade de 6 meses, quanto menos o bebé é cuidado pelo pai e quanto mais adequada for a sua conduta na interacção com a mãe.

Preditores semelhantes foram encontrados para o desenvolvimento mental dos bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto, pois muito embora no grupo total o nível de desenvolvimento mental dos bebés esteja dependente do nível educativo da mãe, verificámos que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto perante melhores condições sócio-económicas da família, maior preocupação da mãe com o bebé 6 meses após o parto, e menos dificuldades comportamentais na idade de 6 meses, exibem melhores resultados na escala mental administrada na idade de 6 meses.

Curiosamente, contrariamente ao que formulámos na hipótese 26, os bebés das mães que se encontram deprimidas após o parto cujos pais participam mais nos cuidados que lhe são prestados apresentam níveis menos elevados de desenvolvimento global na idade de 6 meses e, como veremos já a seguir, níveis menos elevados de desenvolvimento global na idade de 12 meses. Esta evidência é difícil de explicar e, mais uma vez, alerta-nos para a necessidade de se avaliar não só a presença de cuidados alternativos, mas também a qualidade destes mesmos cuidados assim como a razão de ser da sua existência, o que infelizmente não fizemos no presente estudo.

61. Quando se considerou o nível de desenvolvimento dos bebés das mães que se encontravam deprimidas no 6º e 12º mês do puerpério, e não se teve em conta os resultados das restantes avaliações não se verificaram diferenças significativas entre os resultados dos bebés nas escalas de Bayley, nas idades de 6 e 12 meses, em dois grupos de mães que se encontravam ou não deprimidas, respectivamente no 6º e no 12º mês do puerpério, quando não se considerou a presença da depressão pós-parto. A análise de regressão também não mostrou que a presença de depressão que

ocorre fora dos primeiros meses de vida do bebé contribua significativamente para prejudicar o desenvolvimento dos bebés, mesmo que aconteça na sequência da depressão pós-parto, pois muito embora a gravidade da depressão pós-parto influencie o desenvolvimento do bebé este não é influenciado pelo facto de a mãe estar deprimida na idade de 6 ou 12 meses do bebé. A evidência de que existe um período, que corresponde ao primeiros meses de vida, no qual a depressão materna afecta adversamente o devir do desenvolvimento do bebé, foi encontrada por outros autores (e.g., Cogill et al., 1986; Murray, 1992).

62. Contrariamente ao que formulámos na hipótese 18 não é diferente, na idade de 3, de 6 e de 12 meses, o nível de desenvolvimento do bebé, no grupo dos bebés de sexo masculino cujas mães desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto e no grupo dos bebés de sexo feminino cujas mães desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto.

63. No que se refere ao nível de desenvolvimento do bebé, os resultados do estudo indicam, de acordo com o que formulámos na hipótese 19, que os bebés das mães mais gravemente deprimidas no 3º mês do pós-parto apresentam níveis de desenvolvimento inferiores aos níveis de desenvolvimento apresentados pelos bebés das mães menos gravemente deprimidas no 3º mês do pós-parto. No entanto, estas diferenças são apenas significativas na idade de 6 meses do bebé e relativamente ao nível de desenvolvimento global e de desenvolvimento mental do bebé. A análise de regressão testemunhou o impacto da gravidade da depressão pós-parto materna, mas apenas sobre o desenvolvimento motor do bebé.

No que se refere à duração da depressão pós-parto, os dados não suportam a hipótese de que os bebés cujas mães estiveram clinicamente deprimidas durante os 12 meses que se seguiram ao parto apresentem níveis significativamente inferiores de desenvolvimento global, mental e motores, relativamente aos bebés das mães que se estiveram clinicamente deprimidas no 3º mês do pós-parto, mas que, 12 meses depois do parto, já não apresentavam perturbação psicopatológica assinalável. Os dados também não suportam a hipótese de que o nível de desenvolvimento do bebé seja significativamente diferente no grupo dos bebés cujas mães já não se encontram deprimidas 12 meses após o parto e no grupo de bebés cujas mães não desenvolveram perturbação psiquiátrica assinalável após o parto. Aliás contrariamente ao que acontece com a gravidade da sintomatologia da depressão pós-parto, a análise de regressão testemunha a pouca importância na determinação do desenvolvimento da criança do facto de a mãe poder estar deprimida para além dos primeiros 3 meses de vida do bebé.

A hipótese 22 foi também confirmada pelos resultados obtidos no estudo que apresentamos pois verificámos que os bebés das mães que se encontram deprimidas ao 3° mês do pós-parto exibem ao 12° mês do pós-parto, índices de menor desenvolvimento global, mental e motor, mesmo que as suas mães já não se encontrem deprimidas.

64. No que se refere ao nível de desenvolvimento dos bebés, algumas diferenças significativas foram encontradas em conformidade com a hipótese formulada, pois os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto e não exerciam actividade profissional ou exerciam actividades profissionais de nível inferior apresentaram, aos 6 meses de idade, um nível de desenvolvimento — global, mental e motor — significativamente inferior ao nível de desenvolvimento dos bebés cujas mães desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério e exerciam actividades profissionais consideradas de nível médio ou superior. No entanto, estas diferenças não se estenderam à avaliação realizada nas idades de 3 e de 12 meses do bebé.

Também, os bebés das mães com depressão pós-parto que vivem em condições desfavorecidas exibem níveis inferiores de desenvolvimento em relação aos bebés das mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério que vivem em condições sócio-económicas razoáveis ou boas, a saber: um nível de desenvolvimento global significativamente menor aos 6 meses de idade e um nível de desenvolvimento mental significativamente menor aos 12 meses de idade. No entanto, estas diferenças não se verificaram na avaliação dos 3 meses e nos restantes aspectos do desenvolvimento que foram avaliados.

A análise de regressão levada a efeito sobre os resultados relativos ao *score* total da administração das escalas de Bayley na idade de 6 meses mostrou que o melhor preditor no grupo dos bebés cujas mães se encontravam deprimidas após o parto era a classe social da família. Os resultados indicam assim que, no caso de a mãe se encontrar deprimida após o parto, o bebé se mostra tanto mais desenvolvido quanto a mãe vive em condições sócio-económicas favoráveis. Conclui-se, em conformidade com a hipótese 24, que os efeitos adversos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento do bebé estão agravados no caso de a família viver em piores condições sociais e económicas, o que corresponde às observações de mais autores (e.g., Cogill et al., 1986).

No entanto, outras variáveis parecem favorecer significativamente o nível de desenvolvimento dos bebés de 6 meses de idade das mães com depressão pós-parto e funcionar como agentes de protecção do impacto adverso da depressão materna.

Para além das condições sócio-económicas da família a análise de regressão mostrou ainda o impacto da preocupação materna com o bebé 6 meses depois do parto, os cuidados prestados pelo pai do bebé e a qualidade da conduta do bebé, sendo que o modelo que considera estas variáveis está capaz de explicar grande parte da variância observada no nível de desenvolvimento global dos bebés.

Também no que se refere ao desenvolvimento mental dos bebés das mães com depressão pós-parto, os resultados indicam que o melhor preditor é a classe social. Explica-se assim o facto de o bebé ser capaz de um desenvolvimento mais adequado, mesmo no caso de a mãe apresentar depressão após o parto, ser função do facto de a família viver em melhores condições sócio-económicas. Por outro lado, no caso de a família viver em piores condições sócio-económicas, os bebés exibem valores de desenvolvimento ainda mais baixos. Mesmo assim, o melhor modelo para explicar o nível de desenvolvimento mental dos bebés do grupo experimental aos 6 meses de idade, é aquele que considera, para além da classe social da família, a preocupação da mãe com o bebé e as dificuldades comportamentais do bebé aos 6 meses de idade.

Os bebés das mães com depressão pós-parto e poucos anos de escolaridade apresentaram um desenvolvimento mais pobre do que os bebés das mães que tiveram depressão pós-parto e possuíam mais do que a escolaridade obrigatória. No entanto, as diferenças estatisticamente significativas entre estes dois subgrupos foram só se verificam na idade de 6 meses do bebé; e, muito embora o nível de escolaridade da mãe se tenha mostrado um preditor eficaz no grupo total não aparece como um preditor significativo no grupo experimental, muito provavelmente porque o seu efeito é abafado pela classe social da família, cuja a importância já assinalámos.

65. A grandeza dos cuidados prestados pelo pai ao bebé parece ser uma circunstância protectora para o bom desenvolvimento do bebé das mães com depressão pós-parto, pelo menos aos 3 meses de idade, pois os dados recolhidos mostram que na idade de 3 meses do bebé, os bebés das mães com depressão pós-parto cujos maridos partilham dos cuidados prestados ao bebé apresentam um significativo melhor nível global de desenvolvimento do que os bebés das mães deprimidas cujos maridos não participam nos cuidados prestados ao bebé; no entanto, estas diferenças já não se mostraram significativas nas idades de 6 e de 12 meses do bebé.

Mais ainda, a análise de regressão mostra que o nível de desenvolvimento global dos bebés da amostra aos 6 meses de idade como já vimos e aos 12 meses de idade pode ser negativamente previsto pela grandeza dos cuidados prestados pelo

pai ao bebé, que pode ser consequente ao facto de a mãe não estar capaz do investimento afectivo e comportamental suficiente para cuidador do bebé.

Com efeito, a análise de regressão levada a cabo sobre os resultados relativos ao resultado global dos bebés da amostra cujas mães desenvolveram depressão pós-parto mostra que o nível de desenvolvimento do bebé será tanto pior quanto mais o pai participa nos cuidados prestados ao bebé, o que é contrário ao que formulámos na nossa hipótese de trabalho. Assim, por sua vez, na nossa amostra, os bebés exibiram um nível de desenvolvimento tanto mais elevado quanto menos cuidados os pais diziam prestar ao bebé. Os bebés das mães com depressão pós-parto que são menos cuidados pelo pai, que apresentam menos dificuldades de comportamento na idade de 6 meses, cujas mães têm uma relação conjugal mais ajustada com o pai e que têm um menor nível de desenvolvimento aos 3 meses de idade são aqueles que apresentam um melhor nível de desenvolvimento na idade de 12 meses.

No que se refere ao tipo de cuidado fornecido ao bebé, a circunstância de ser cuidado exclusivamente cuidado em casa pela mãe parece, na idade de 12 meses, favorecer significativamente o desenvolvimento global e motor dos bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério, pois os bebés das mães que desenvolveram depressão no 3º mês do pós-parto e eram cuidados em casa pelas mães apresentaram um significativo nível mais elevado de desenvolvimento global assim como um significativo nível mais elevado de desenvolvimento motor, relativamente aos bebés das mães que se encontravam clinicamente deprimidas 3 meses após o parto e que eram cuidados fora de casa por uma ama, uma avó ou frequentavam o infantário; muito embora o mesmo não se verificasse para as avaliações anteriores.

2.3. Depressão pós-parto da mãe e comportamento do bebé com o observador

66. Os resultados obtidos na sequência deste estudo, em conformidade com a hipótese 17, mostram os efeitos adversos da depressão pós-parto da mãe sobre o comportamento que o bebé tem com o observador ao longo do primeiro ano de vida.

Quando tivemos em conta aspectos diversos da qualidade da conduta do bebé na interacção com o observador, encontramos evidências que, em relação aos bebés das mães que não se encontram clinicamente deprimidas no 3º mês do pós-parto, os bebés das mães que se encontram clinicamente deprimidas no 3º mês do puerpério exibem um comportamento significativamente menos adequado na interacção com o observador durante a administração das escalas de desenvolvimento de Bayley, na idade de 3, 6 e 12 meses.

Aos 3 meses de idade do bebé, observou-se que os bebés das mães que se encontravam deprimidas no 3° mês do puerpério, evidenciavam um comportamento significativamente menos adequado na interacção com o observador, nomeadamente uma resposta social à mãe significativamente menos acentuada e menos comportamentos de exploração do material e ambiente — e.g., bater com os brinquedos ou com as mãos na mesa ou levar os brinquedos à boca — durante a situação de teste.

Mais tarde, na idade de 6 e de 12 meses observou-se novamente que os bebés das mães que estiveram deprimidas no 3° mês puerpério, comportavam-se de um modo significativamente menos adequado na resposta à situação de avaliação e na interacção com o observador do que os bebés das mães que não estiveram deprimidas no 3° mês do puerpério.

Com efeito, aos 6 meses de idade, enquanto estavam a ser avaliados pelo examinador, os bebés do grupo experimental exibiram uma interacção caracterizada por uma orientação social significativamente mais fraca — quer para com o examinador, quer para com a mãe —, evidenciaram também serem menos capazes de manter a atenção sobre os estímulos — pessoas, objectos ou actividades propostas — e menos capazes de finalizar um objectivo, assim como mostraram menos interesse em ouvir sons, bem como em produzir sons, e menos interesse em levar os objectos à boca.

Mais tarde também, aos 12 meses de idade, evidenciaram um comportamento significativamente menos adequado, quer em relação à mãe — menor orientação social para a mãe —, quer em relação aos estímulos e situação de teste — mais receio pela pessoa do examinador, novidade ou mudanças no ambiente ou material de teste, menor actividade, menos energia, mais tensão corporal, pior coordenação grossa e menos exploração dos objectos.

Estes resultados correspondem às observações de outros autores, designadamente no que se refere à fraca orientação social e à pouca actividade que se observa junto dos bebés das mães que desenvolvem depressão depois do parto (e.g., Sameroff et al., 1982).

Em função destes dados podemos concluir que a presença de depressão pós-parto influencia não apenas a qualidade da conduta interactiva do bebé com a mãe, mas ainda a sua interacção com um observador que desconhece o estatuto psicopatológico da mãe, bem como a sua acção sobre meio, o que corresponde às observações de outros autores (e.g., Field et al., 1988).

67. Também foi confirmada pelos resultados deste estudo a hipótese 21 — pois os bebés das mães que se encontravam clinicamente deprimidas no 3° do pós-parto

exibiram alguns meses mais tarde, no 12º mês do pós-parto, uma conduta interactiva de menor qualidade, na interacção com o observador.

Os resultados mostram que na idade de 12 meses a conduta interactiva do bebé com o observador é negativamente afectada pelo facto de a mãe ter desenvolvido depressão pós-parto, mesmo que a mãe não se encontre deprimida nesse momento, pois os bebés das mães que apresentaram depressão pós-parto e não se encontravam deprimidas 12 meses depois do parto mostravam, mesmo assim uma conduta menos adequada do que os bebés das mães que não desenvolveram depressão após o parto, nomeadamente, significativamente mais receio pela pessoa do observador e mais tensão.

Mostram ainda que o facto de a mãe ainda se encontrar deprimida 12 meses depois do parto tem alguma interferência sobre a qualidade da conduta interactiva do bebé com o observador, pois os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto e ainda se encontravam deprimidas no 12º mês do puerpério evidenciavam uma conduta em alguns aspectos — como seja, na exploração dos objectos — menos adequada do que os bebés das mães que desenvolveram depressão pós-parto e já não estavam deprimidas no 12º mês do puerpério.

Assim a duração da depressão materna é outro aspecto a considerar quando se estabelece a conduta do bebé com o observador aos 12 meses de idade, pois os dados recolhidos neste estudo mostram que relativamente a determinados aspectos avaliados na interacção do bebé com o observador durante a administração das escalas de desenvolvimento de Bayley, são significativas as diferenças em dois grupos de bebés cujas mães desenvolveram depressão pós-parto e permanecem ou não clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto.

68. Note-se que, tal como acontece com a conduta interactiva do bebé com a mãe, também no que se refere à conduta do bebé com o observador, em geral, os bebés de sexo masculino das mães com depressão pós-parto da amostra foram mais positivamente cotados pelo observador do que os bebés do sexo feminino das mães com depressão pós-parto. No entanto, tal refere-se apenas a alguns aspectos e às avaliações realizadas na idade de 6 e 12 meses do bebé.

69. Também, tal como acontece com o desenvolvimento psicomotor do bebé, no que se refere à conduta do bebé com o observador, os resultados confirmam a hipótese 19 pois, os bebés das mães que desenvolvem depressão no 3º mês do pós-parto de menor gravidade apresentam um comportamento, relativamente a diferentes aspectos avaliados na idade de 3, de 6 e de 12 meses, significativamente mais

adequado com o observador durante a administração das escalas de Bayley do que os bebés das mães que desenvolvem depressão pós-parto de maior gravidade.

70. No que se refere aos bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas desfavoráveis, aos bebés das mães deprimidas que não têm uma actividade profissional ou desempenham actividades de nível menos elevado, aos bebés das mães deprimidas cujos os pais participam pouco nos cuidados que lhe são prestados e aos bebés das mães deprimidas que têm relações conjugais pouco ajustadas, mostraram uma conduta em diversos aspectos significativamente menos adequada do que, respectivamente aos bebés das mães deprimidas que vivem em condições sócio-económicas favoráveis, aos bebés das mães deprimidas que têm uma actividade profissional de nível mais elevado, aos bebés das mães deprimidas cujos os pais participam mais nos cuidados que lhe são prestados e aos bebés das mães deprimidas que têm relações mais ajustadas com o pai do bebé. No entanto, os bebés das mães deprimidas que são cuidados em casa pela mãe mostraram uma conduta mais positiva com o observador do que os bebés das mães deprimidas que possuiam outros prestadores de cuidados para além da mãe.

Deste modo, podemos concluir que certas circunstâncias parecem determinar que o bebé das mães com depressão pós-parto venha a desenvolver uma conduta ainda menos adequada na interacção com o meio e com o observador, enquanto que outras condições parecem favorecer que o bebé, muito embora na presença de uma condição adversa, — a depressão pós-parto materna —, venha a ser capaz de uma acção mais adequadas com as pessoas e objectos: razoáveis ou boas condições sócio-económicas da família, emprego materno e nível médio-elevado ocupacional da mãe, mais cuidados prestados pela mãe e participação do pai nos cuidados prestados ao bebé, relações conjugais ajustadas entre os pais.

Note-se contudo que, dado que a grelha utilizada para avaliar o comportamento do bebé com o observador não possibilita um *score* total, não nos foi possível efectuar a análise de regressão que testemunharia que as dimensões acima assinaladas interferem significativamente na conduta interactiva do bebé quando todas as variáveis em estudo são consideradas.

3. Depressão Pós-parto da Mãe e Repercussões adversas na Mãe

71. No que se refere à caracterização da depressão pós-parto, os resultados obtidos junto da amostra do presente estudo permitem concluir que a depressão pós-parto se associa em alguns casos a sintomatologia depressiva moderada e em outros tantos casos a sintomatologia depressiva severa.

Permitem concluir ainda que para cerca de metade das mães que desenvolvem depressão pós-parto este é um distúrbio breve, que já não está presente 12 meses depois do parto, enquanto que para as restantes, a depressão pós-parto é um distúrbio que se mantêm com significado clínico durante um período lato de tempo, pois as mães ainda se encontram clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto.

Quanto à gravidade da depressão pós-parto, os dados recolhidos no presente estudo empírico indicam que, 3 meses depois do parto, cerca de metade das mães que desenvolvem depressão pós-parto apresenta sintomatologia de gravidade moderada — depressão *minor* em 46% do casos —, embora mais de metade das mães apresente sintomatologia de elevada gravidade — depressão *major* em 54% dos casos.

A maior parte dos estudos deu conta do carácter moderado da sintomatologia associada à depressão pós-parto (e.g., Pitt, 1963); no entanto, estudos mais recentes apresentam evidências que estão mais de acordo com os resultados que obtivemos no presente estudo, dado que assinalam que a depressão *major* é mais frequente do que a depressão *minor* e observam, sob certas circunstâncias, a severidade da sintomatologia depressiva pós-parto materna (e.g., Campbell et al., 1992).

Assim, as nossas observações são contrárias às verificações dos autores que caracterizam a depressão pós-parto como um distúrbio leve e alertam, tal como o fazem os estudos mais actuais, para o facto de que para certas mulheres a depressão ganha características de alguma severidade.

As circunstâncias que têm sido associadas à gravidade da depressão pós-parto são as adversidades sociais e relacionais como seja, a falta de apoio social e o facto da puérpera viver sozinha (Campbell et al., 1992; Leadbeaters & Linares, 1996; Millis & Kornbluth, 1992).

No entanto, na nossa amostra, os dois grupos definidos 3 meses depois do parto, consoante a gravidade da depressão da mãe (depressão *minor*/depressão *major*) não diferiram significativamente no que se refere ao sexo do bebé, ao estado matrimonial da mãe, ao nível de escolaridade da mãe, ao nível ocupacional da mãe, à classe social da família, à idade da mãe e ao tipo de cuidados prestados ao bebé, os dados sugerem que estes factores não interferem na gravidade da depressão pós parto no 3º mês do puerpério.

No que se refere à duração da depressão pós-parto, observámos que, 12 meses após o parto, metade das mães da nossa amostra ainda apresentava sintomatologia depressiva susceptível de ser considerada como distúrbio psicopatológico — na grande maioria dos casos depressão moderada, mas em alguns dos casos depressão grave — e a outra metade já não apresentava sintomatologia depressiva susceptível de ser considerada distúrbio psicopatológico.

A maior parte dos estudos observou que para a generalidade das mães a depressão pós-parto já não tem significado clínico ao ano de idade do bebé (e.g., Cohn et al., 1991; Cooper et al., 1988; Kumar & Robson, 1984). No entanto, em conformidade que o estudo inicial de Pitt (1968), investigações mais recentes constatam circunstâncias que se adequam mais aos resultados que obtivemos, pois assinalam que para certas mulheres a depressão pós-parto pode ter uma duração maior e características de alguma cronicidade (Campbell, et al., 1992; Cox et al., 1993; Teti, et al., 1990).

Saliente-se que as mães com depressão pós-parto da amostra que já não apresentam perturbação psicopatológica assinalável no 12º mês do puerpério não revelam, 12 meses depois do parto, a presença de um maior número de sintomas depressivos do que as mães sem perturbação psicológica assinalável no 3º e no 12º mês do puerpério. Entre os dois grupos também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao sexo do bebé, nível sócio-económico da família, idade da mãe, nível educacional, da mãe nível ocupacional da mãe, ajustamento conjugal da mãe 12 meses depois o parto e aos cuidados providenciados pelo pai ao bebé durante os primeiros 12 meses do puerpério.

Note-se ainda que os dois grupos que desenvolveram depressão pós-parto de diferente gravidade — avaliada em termos de duração — não diferiram significativamente no que se refere ao sexo do bebé, estado civil e nível ocupacional da mãe, nível sócio-económico da família, ajuda do pai nos cuidados ao bebé, idade da mãe e tipo de cuidados providenciados ao bebé. No entanto, no grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto no 3º mês do puerpério e se mantiveram por

mais tempo deprimidas — estando ainda clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério — observou-se um nível educacional significativamente inferior e uma relação conjugal com o marido significativamente pior do que no grupo das mães com depressão parto que já não se encontravam clinicamente deprimidas no 12° mês do puerpério.

Embora não haja diferenças estatisticamente significativas no que se refere à presença e gravidade da depressão pós-parto no 3° mês do puerpério em mães com nível educacional diferente, verifica-se um maior número de mães que ainda se encontram deprimidas e um maior número de mães mais gravemente deprimidas no 12° mês do puerpério junto daquelas que não possuem a escolaridade obrigatória. Deste modo, o nível educacional da mãe com depressão pós-parto parece ser um factor que interfere com a duração do distúrbio, pelo menos foi isso que verificámos na nossa amostra.

Os dados obtidos indicam ainda que as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e com mau relacionamento conjugal, mantêm-se por mais tempo deprimidas, apresentam-se com mais frequência deprimidas 12 meses depois do parto e mais gravemente deprimidas no 12° mês do puerpério do que as mães com depressão pós-parto no 3° mês do puerpério e com razoável ou bom relacionamento conjugal no 12° mês do pós-parto.

Os resultados obtidos indicam que os maridos das mulheres que desenvolvem depressão no 3° mês do pós-parto participam tanto nos cuidados a prestar ao bebé quanto os maridos das mulheres que não apresentam perturbação psiquiátrica assinalável no 3° mês do pós-parto.

Indicam também que não são significativamente diferente os cuidados prestados ao bebé pelos pais quando as mães estão grave ou moderadamente deprimidas no 3° mês do puerpério e que não são significativamente diferentes os cuidados prestados pelos pais aos bebés em dois grupos de mães com depressão pós-parto que se mantêm ou não deprimidas no 12 ° mês do puerpério.

Saliente-se ainda que assim como acontece noutros estudos (e.g., Cohn et al., 1991, 1992), os resultados do presente estudo dão conta de que certas mulheres embora não se encontrem clinicamente deprimidas desenvolvem elevada sintomatologia depressiva a um nível sub-clínico.

72. No capítulo II do enquadramento conceptual vimos que os factores interpessoais — tais como, a relação da mulher com o marido (e.g., Boyce et al., 1991; Cox et al., 1982; Gottlib et al., 1991; Graff, et al., 1991; Hapgood, et al., 1988; Kumar & Robson, 1984; Murray, 1992; Nillson & Almgreen, 1979; O'Hara, 1986; O'Hara et al., 1990, 1992; Paykel et al., 1980; Pitt, 1968; Robson, et al., 1989; Stein et al., 1989 a); Watson et al.,

1984), o suporte social e emocional dado pelos envolventes, e particularmente pelo marido (e.g., Campbell et al., 1992; Collins, et al., 1993; Cutrona, 1984; Cutrona, 1989; Cutrona & Troutman, 1986; Demyttenaere, et al., 1995; Gotlib et al., 1991; Leadbeater & Linares, 1990; O'Hara et al., 1983; Paykel et al., 1980), assim como a relação da mulher com o bebé (e.g., Campbell et al., 1992; Cutrona, 1984; Gaff, Dyck & Schallow, 1991; Hopkins, Campbell, & Marcus, 1987; O'Hara et al., 1984; O'Hara et al., 1991; Williams & Carmichel, 1985) — têm um papel preponderante na etiologia da depressão pós-parto. Se estas circunstâncias têm tanta importância no desencadear da depressão pós-parto, é lógico pensarmos que tenham alguma importância em termos da reconversão da mesma.

Nos estudos iniciais (e.g., Pitt, 1968) não foi possível distinguir as mulheres que recuperavam da depressão pós-parto das mulheres que permaneciam deprimidas até à idade de um ano do bebé e, em alguns estudos, verificou-se que a reconversão da depressão pós-parto se dava de um modo relativamente independente da intervenção de tipo suporte social (e.g., Fleming et al., 1992). Mais recentemente, outros estudos consideraram o contributo dos factores psicossociais neste fenómeno. Verificaram que a gravidade da depressão pós-parto não se associava à maior vulnerabilidade da mulher para a depressão — antecedentes familiares ou história psiquiátrica prévia — mas antes aos factores psicossociais relacionados com o bebé e o marido, designadamente falta de suporte social por parte do marido e relação menos positiva com o bebé (e.g., Campbell et al., 1992).

Sabemos muito pouco ainda acerca dos factores associados com o *timing* da recuperação da depressão pós-parto, e o pouco que sabemos indica-nos que eles devem ser procurados nas circunstâncias relacionais nas quais a depressão pós-parto se inscreve.

O estudo dos factores relacionados com a reconversão da depressão pós-parto foi um dos nossos principais interesses neste estudo: (a) porque os resultados evidenciaram que os efeitos adversos da depressão pós-parto na qualidade da interacção mãe-bebé e no desenvolvimento e bem-estar do bebé são maiores no caso da mãe se manter por mais tempo deprimida, (b) porque a identificação de tais factores permitiria o estabelecimento de áreas prioritárias em termos de intervenção.

Assim, é relevante a questão de saber quais as condições que favorecem à reconversão mais ou menos rápida de depressão pós-parto tanto mais que permanece algum desconhecimento relativamente a esta questão.

Em conformidade com a hipótese 27, averiguámos que a qualidade da conduta interactiva do bebé na idade de 3 meses é um preditor significativo para a grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses depois do parto e que

quanto melhor é a conduta interactiva do bebé 3 meses depois do parto, menor é a sintomatologia depressiva materna no 12º mês do puerpério. No entanto, quando se consideraram todas as variáveis recolhidas no 3º mês do pós-parto não é possível discriminar significativamente as puérperas que permanecem ou não clinicamente deprimidas tendo em conta apenas esta variável.

Contrariamente ao que formulámos na hipótese 28 os dados obtidos neste estudo não mostram que o nível de desenvolvimento do bebé na idade de 3 meses seja um preditor significativo da grandeza da sintomatologia materna 12 meses depois do parto, nem tão pouco que seja possível discriminar as mães que se mantêm ou não deprimidas durante o primeiro ano do puerpério tendo em conta apenas esta variável.

Em conformidade com a hipótese 29, verificámos que a presença de problemas de comportamento no bebé é um preditor significativo da grandeza da sintomatologia materna no 12º mês do puerpério; no entanto, não nos foi possível discriminar as mães que se mantêm deprimidas das que não se mantêm deprimidas, com base apenas na grandeza dos problemas que o bebé apresenta na idade de 3 meses.

No que se refere à hipótese 30, os dados obtidos neste estudo mostram que a grandeza dos cuidados que o pai presta ao bebé, quando é tomada isoladamente não é um preditor significativo da grandeza da sintomatologia materna, nem tão pouco se conseguiu com base nesta variável distinguir as mães com depressão pós-parto que permaneciam ou não deprimidas 12 meses após o parto. No entanto, quando se associou esta variável ao ajustamento conjugal, foi possível discriminar totalmente as mães com depressão pós-parto que estavam ou não deprimidas no 12º mês do puerpério.

A qualidade do relacionamento conjugal mostrou ser um preditor significativo da grandeza da sintomatologia depressiva materna no 12º mês do puerpério e permitiu discriminar totalmente e por si só as mães que 12 meses depois do parto se encontravam ou não deprimidas, em conformidade com a hipótese 31.

No grupo das mães que desenvolveram depressão pós-parto, o melhor modelo encontrado para prever a grandeza da sintomatologia depressiva materna 12 meses após o parto a partir dos resultados da avaliação realizada 3 meses após o parto é aquele que considera a qualidade dos cuidados prestados pela mãe ao bebé 3 meses após o parto.

Junto das mães com depressão pós-parto com base nos dados recolhidos no 3º mês do puerpério a qualidade dos cuidados prestados ao bebé e o nível educacional da mãe mostraram-se variáveis significativamente relacionadas com a presença de depressão clínica no 12º mês do pós-parto. Com base nestas variáveis foi

possível discriminar totalmente aquelas que se mantinham em relação aquelas que não se mantinham deprimidas durante todo o primeiro ano de vida do bebé.

Quando se consideram os indicadores recolhidos 3 meses após o parto e os indicadores que se referem ao marido/companheiro da mãe, averiguámos que a qualidade da relação da mulher com o pai do bebé é o melhor preditor para o facto de a mãe ainda estar ou não deprimidas 12 meses após o parto.

Quando tivemos em conta as variáveis relativas ao marido/companheiro da puérpera, verificámos que a qualidade do ajustamento conjugal era uma variável significativamente relacionada com a presença de depressão clínica no 12° mês do pós-parto junto do grupo de mães que desenvolveram depressão no 3° mês do puerpério, com base nesta variável, tomada isoladamente, foi igualmente possível discriminar totalmente as mães que se mantiveram deprimidas daquelas que não se mantiveram deprimidas durante o primeiro ano de vida do bebé.

Quando se consideraram todas as variáveis em estudo, averiguámos que a qualidade do ajustamento conjugal e a grandeza dos cuidados prestados pelo pai ao bebé permitiam discriminar as mães da amostra que desenvolviam depressão pós-parto e se encontravam ou não deprimidas no 12° mês do puerpério. Quando estas variáveis foram consideradas as restantes não mostraram ter qualquer contribuição para a distinção dos grupos em causa.

Quando se consideraram todas as variáveis em estudo, mas apenas na avaliação realizada aquando do início do episódio de depressão pós-parto, averiguámos que a qualidade dos cuidados prestados ao bebé pela mãe 3 meses depois do parto se relacionava com a presença de depressão clínica 12 meses depois do parto. Considerando esta variável isoladamente foi possível discriminar significativamente as puérperas que se mantinham deprimidas durante todo o primeiro ano de vida do bebé..

Assim se conclui que na nossa amostra um número considerável de mulheres com depressão pós-parto exibiu sintomatologia de elevada gravidade e um número considerável de mulheres se manteve clinicamente deprimida até 12 meses depois do parto.

Mostrou-se que 3 meses após o parto, e portanto no início do distúrbio psicopatológico da mulher, é possível distinguir com relativa eficácia as mulheres que têm um risco acrescido de continuarem deprimidas a um nível clínico durante todo o primeiro ano de vida da criança, essas são aquelas que providenciam cuidados menos adequados ao bebé. Consequentemente, podemos concluir que as mães com depressão pós-parto que providenciam cuidados menos adequados ao bebé 3 meses

após o parto estão mais em risco de desenvolver uma depressão que se mantêm até aos 12 meses do pós-parto.

Mostrou-se igualmente que a melhor forma de distinguir as mães que estão clinicamente deprimidas 12 meses depois do parto é considerar-se a qualidade do seu relacionamento conjugal e a grandeza dos cuidados que o pai presta ao bebé.

Na nossa amostra as mulheres com depressão pós-parto que referiram desajustamento na relação conjugal, que não receberam a ajuda do marido/companheiro nos cuidados a providenciar ao bebé e que providenciaram uma interacção pouco adequada e cuidados menos favoráveis ao bebé na idade de 3 meses estão ainda deprimidas 12 meses depois do parto, enquanto que as mulheres com depressão pós-parto que referiram uma relação ajustada com o marido/companheiro, que recebem a ajuda deste nos cuidados que presta a bebé e que são capazes de cuidados e interacções mais adequadas com o bebé 3 meses depois do parto não se encontram deprimidas no 12º mês do puerpério.

Assim se conclui também que as variáveis interpessoais — nomeadamente, o ajustamento matrimonial, a contribuição do pai para os cuidados prestados ao bebé, assim como a adequação da interacção e dos cuidados prestados ao bebé 3 meses depois do parto são os mais importantes factores relacionados com a duração e a reconversão da depressão pós-parto materna.

O que parece predispor a mulher a manter-se por mais tempo deprimida não é tanto o facto de se apresentar mais gravemente deprimida 3 meses após o parto, de pertencer a um determinado nível social, o sexo do bebé, ou a conduta que este apresenta na interacção com a mãe, mas sim o facto de a mulher ter relações pouco ajustadas com o marido, o facto de ser pouco ajudada pelo marido/companheiro e o facto de prestar cuidados menos adequados ao bebé — ou seja, o facto de a mulher poder ou não beneficiar de interacções adequadas com as pessoas da sua família, o marido e o bebé.

Assim, se conclui igualmente que para certas mulheres a depressão pós-parto pode ser uma condição relativamente ligeira mas para outras mulheres — quando as relações no contexto familiar, nomeadamente com o marido e o bebé não são favoráveis — a depressão pós-parto parece ser uma condição psicopatológica bastante séria.

A relevância desta questão prende-se particularmente com a circunstância que os efeitos adversos da depressão pós-parto sobre diferentes aspectos do desenvolvimento do bebé na idade 12 meses estão agravados porque a mãe se mantêm deprimida até a essa idade e não são exclusivamente dependentes da

depressão que acontece nos primeiros meses do puerpério, como mostrámos anteriormente.

CAPÍTULO II

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E OUTRAS CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

Pretende-se neste último capítulo tecer algumas considerações conclusivas, alertar para assuntos relevantes a considerar em investigações futuras, assim como retirar algumas implicações clínicas decorrentes dos resultados obtidos na investigação feita a propósito dos temas da depressão pós-parto materna, da interacção mãe-bebé e do desenvolvimento infantil.

II. IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E OUTRAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto é uma circunstância de alto-riso para o desenvolvimento e bem-estar da mãe e do bebé. No presente estudo encontrámos inúmeras evidências empíricas que nos permitem afirmá-lo, bem como elementos que nos permitem compreender que assim seja.

Muito embora existam geralmente as condições suficientes para que uma boa relação se estabeleça entre a mãe e o bebé, a depressão pós-parto mostrou ser uma condição suficientemente importante para quebrar com os mecanismos que geralmente garantem e propiciam aos encontros felizes entre a mãe e o bebé.

Na opinião de Lebovici (1983) duas situações podem ocorrer na interacção mãe-bebé: a) o comportamento da mãe reporta-se ao comportamento do bebé e ela parece responder às necessidades e vontades deste e vice-versa; b) o comportamento da mãe não parece ter em conta os sinais do bebé e vice-versa o bebé ignora as mensagens que lhe são enviadas pela mãe.

Esta segunda circunstância tem efeitos muito adversos quer no bebé, quer na própria mãe e, através do bebé tem efeitos sobre a mãe e, através da mãe tem igualmente influência sobre o bebé — em tal consiste a interacção.

A interacção mãe-bebé pressupõe a disposição para o outro. Demasiado centrada sobre si própria a mãe não estará suficientemente disponível para o bebé e a falta de disponibilidade da mãe leva o bebé a estar pouco disponível primeiro para a mãe e, depois, para o mundo físico e social em geral. O bebé vai desenvolver um padrão de relacionamento pouco adequado, tal como se verifica não só na interacção com a mãe, mas também na interacção com as outras pessoas e os objectos em geral.

A forma como o bebé aprendeu a estar com a mãe, determina o modo como se percebe a si, aos outros e ao mundo em sua volta. O seu comportamento vai ser em grande parte determinado pelas previsões que ele foi capaz de estabelecer nos seus encontros com a mãe. O mal-estar que ele sente nos contactos com a mãe, vai tomar forma em dificuldades que sinalizam esse mesmo mal-estar, exteriorização de um

sofrimento que ainda não se exprime em palavras, mas através do corpo. A falta de resposta por parte da mãe e a falta de acontecimentos interessantes que ela não está capaz de lhe proporcionar vai traduzir-se na pouca apetência que ele tem pelo mundo exterior, com inevitáveis efeitos ao nível do seu desenvolvimento, designadamente no seu desenvolvimento psico-motor.

Solitários e solidários na sua apatia e no seu mal-estar, na engrenagem de um círculo vicioso que nenhum deles está capaz de quebrar, a díade mãe deprimida-bebé oferece no entanto possibilidades para quem quiser olhar, ver e compreender — empatizar — com o seu drama. O psicoterapeuta pode oferecer-se para quebrar o círculo, modelo interactivo para a mãe e para o bebé, para um e para o outro, poderá ser o estímulo que falta, para que uma nova dinâmica mais positiva se estabeleça na díade. Através dele, a atenção do bebé poderá se redirigida para a mãe, assim como a atenção da mãe poderá ser redirigida para o bebé, e a pouco e pouco, cada um dos parceiros estará mais apto a ver e a responder ao outro.

Muito embora em termos gerais, pelo recurso ao trabalho clínico, já se soubéssemos das implicações para a interacção mãe-bebé e para o bem-estar e desenvolvimento da mãe e do bebé, da depressão pós-parto da mãe, o trabalho experimental permitiu:

1. verificar o fracasso interactivo nas díades de mães com depressão pós-parto que a micro-análise elaborada, através da operacionalização dos comportamentos permitiu clarificar;

2. verificar, através do acompanhamento longitudinal, do desenrolar desse mesmo fracasso interactivo, nomeadamente o entravar da formação de uma relação mãe-bebé satisfatória e o aparecimento de sintomatologia no bebé;

3. enquadrar a depressão pós-parto no contexto em que ela se verifica, ou seja no contexto das relações da puérpera com o marido/companheiro e o bebé.

O interesse deste estudo justifica-se portanto a diversos níveis.

Primeiro, a nível explicativo, porque permitiu a caracterização de padrões interactivos desajustados e mostrou como tais padrões explicam um desenvolvimento menos adaptado, menos aquisições motoras e mentais por parte do bebé, e uma conduta menos adequada por parte do bebé das mães que desenvolvem depressão pós-parto.

Segundo, a nível preventivo, porque fornece indicações claras de padrões interactivos precoces que são responsáveis por desenvolvimentos menos adequados,

pondo à disposição dados para o diagnóstico precoce das situações mãe-bebé que conduzirão a mal-estar futuros.

Terceiro, a nível terapêutico porque fornece dados para a intervenção a encetar nos padrões interactivos desajustados, no sentido de os tornar mais equilibrados. Aspectos da conduta interactiva da mãe e do bebé que estão particularmente alterados em função da depressão materna e das circunstâncias com ela relacionadas, ditam necessidades em termos da intervenção na díade.

Lateralmente o estudo refere-se ainda a outras circunstâncias clínicas:

1. permitiu identificar os bebés que estão, em função das suas características individuais, mais em risco de ser alvo dos efeitos adversos da depressão pós-parto, como seja os bebés de sexo feminino e com níveis menos elevados de desenvolvimento;

2. permitiu averiguar que é através de interacções negativas e de cuidados pouco adequados que a influência adversa da depressão materna ocorre sobre o desenvolvimento do bebé;

3. mostrou que em certas circunstâncias as mães com depressão pós-parto estão mais capazes de uma acção adequada com o bebé, nomeadamente na presença de relações mais ajustadas com o marido/pai do bebé, alertando para outras circunstâncias que podem proteger a criança das influências adversas da depressão materna;

4 salientou, para além da interacção mãe-bebé, outras áreas de intervenção, como seja a melhoria da relação da mãe com os outros elementos da família, particularmente o marido/companheiro;

5. Evidenciou aspectos a alterar em termos destas mesmas relações no sentido da reconversão mais rápida da depressão materna e do minimizar dos efeitos adversos sobre o bebé (as acções de intervenção junto das puérperas com depressão pós-parto deverão providenciar o apoio domiciliário nos cuidados ao bebé e o envolvimento de toda a família, particularmente do companheiro/marido)

6. permitiu identificar fácil e claramente as mães que têm mais probabilidades de se manter por mais tempo deprimidas após o parto e de, por conseguinte, afectarem mais gravemente o desenvolvimento do bebé (a partir das indicações empíricas obtidas, torna-se relativamente fácil e com relativa economia de recursos eleger uma população de mães com depressão pós-parto de alto-risco, onde a intervenção prioritária se justifica)

BIBLIOGRAFIA

Abrahms, S.M., Field, T., Scafidi, F., & Prodomidis, M. (1994). Maternal depression effects on infants' Brazelton Scale performance. Infant Mental Health Journal.

Acebo, C., & Thoman, E.B. (1992). Crying as social behavior. *Infant Mental Health Journal, 13* (1), 67-81.

Adamson, L., Als, H., Tronick, E., & Brazelton, T.B. (1977). The development of social reciprocity between a sighted infant and her blind parent. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 16,* 194-207.

Adamson, L.B., & Bakeman, R. (1985). Affect and attention: Infants observed with mothers and peers. *Child Development, 56,* 582-593.

Aderidge, YA, Gureje, O., & Omigbodun, O. (1993). Postnatal emotional disorders in Nigerian women: A study of antecedents and associations. *British Journal of Psychiatry,* 163, 645-650.

Affonso, D., Lovett, S., Paul, S., Arizmendi, T., Newman, L. & Johnson, B. (1991). Predictions of depression symptoms during pregnancy and post-partum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology,* 12 (4), 255-271.

Agrawal, P., Bhatia, M.S., & Malik, S.C. (1990). Postpartum psychosis: a study of indoor cases in a general hospital psychiatric clinic. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 81,* 571-575.

Ainsworth, M. (1969/1976). Relações objectais, dependência e vinculação: uma análise teórica das relações da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.), *As ligações infantis* (pp. 155-225). Lisboa: Livraria Bertrand.

Ainsworth, M.D.S. (1979/1983). L'attachment mère-enfant. *Enfance, 1-2,* 7-18.

Ainsworth, M.S. (1985). Patterns of infant-mother attachment: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61,* 771-791.

Ainsworth, M.S. (1993). Attachment as related to mother-infant interaction. *Advances in Infancy Research, 8,* 1-50.

Ainsworth, M.D.S., Bell, S., & Stayton, D. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merril-Palmer Quartely of Behavior and Development, 18,* 123-143.

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of strange situation.* New York: Erlbaum.

Ajuriaguerra, J. (1988-1989). Vers une neuropsychologie de developpement. *Bulletin de Psychologie, 42* (15-16), 659-690.

Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1992). *Manual de psicopatologia infantil.* Porto Alegre: Masson.

Albright, A. (1993). Postpartum Depression: An overview. *Journal of Counselling & Development, 71,* 316-319.

Alder, E.M., & Bancroft, J. (1988). The relation between breast feeding persistence, sexuality and mood in postpartum women. *Psychological Medicine, 18,* 389-396.

Alder, E.M., Cook, A., Davison, D., West, C., & Bancroft, J. (1986). Hormones, mood and sexuality in lactating women. *British Journal of Psychiatry, 148,* 74-79.

Alder, E.M., & Cox, J.L. (1983). Breast feeding and post-natal depression. *Journal of Psychosomatic Research, 27* (2), 139-144.

Alfasi, G. (1985). Mother-infant feeding interactions in preterm and full-term infants. *Infant Behaviour and Development, 8* (2), 167-180.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Third edition (DSM-III).* Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fourth edition (DSM-IV).* Washington, DC: Author.

Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal, 13* (2), 167-182.

Anderson, B.J., Vietze, P., & Dobeck, P.R. (1978). Interpersonal distance and vocal behavior in the mother-infant dyad. *Infant Behavior and Development,* 1, 381-391.

Angelo, E.J., Krock, E.P., O'Neill, L, & Boyle, M.P. (1983). Les caracteristiques du développement et du tempérament des nourrissons à risque d'évolution psychopathologique grave. *Actas do 2ème Congrès Mondiale de Psychiatrie du Nourrisson: Le bébé dans un monde en changement,* Cannes (France).

Anthony, E. J. (1969). A clinical evaluation of children with psychotic parents. *American Journal of Psychiatry,* 2.

Anthony, E. J. (1983). An overview of the effects of maternal depression on the infant. In H. C. Morrison (Ed.), *Children of depressed parent: Risk, identification an intervention.* London: Grune & Stratton.

Anthony, E.J. & Kaupernick, C. (1974). The child and his family: Children at psychiatric risk. New York: John Wiley.

Appleby, L. (1990). The aetiology of postpartum psychosis: Why are there no answers? *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 8* (2), 109-118.

Appleby, L. (1996). Suicidal Behaviour in childbearing women. *International Review of Psychiatry, 8* (1), 107-116.

Appleby, L., Gregoire, A., Platz, C., Prince, M., & Kumar, R. (1994). Screening women for high risk of depression. *Journal of Psychosomatic Research, 38,* 539-545.

Apt, C.V., & Hurlbert, D.F. (1992). Motherhood and female sexuality: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy, 18* (2), 104-114.

Areias, M.E. (1994). *Maternidade e depressão no casal.* Dissertação apresentada a provas de Doutoramento no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: ICBAS.

Areias, M.E., Augusto, A., Figueiredo, B., Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1992). Depressão do pós-parto: Revisão sobre epidemiologia, etiologia e extensão das suas consequências. *Arquivos de Medicina, 6,* 104-108.

Areias, M.E., Augusto, A., Figueiredo, B., Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1992). Psicopatologia do puerpério: Efeitos do nascimento de um filho na morbilidade psiquiátrica. *Arquivos de Medicina, 6,* 228-230.

Areias, M.E., Augusto, A., Figueiredo, B., Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1993). Psicopatologia do puerpério: Tipo de Perturbações emocionais associadas com o nascimento de um filho. *Arquivos de Medicina, 7,* 49-50.

Areias, M.E., Augusto, A., Areias, M.E., Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1993). Psicopatologia do puerpério: A especificidade das perturbações emocionais associadas com o nascimento de um filho. *Arquivos de Medicina, 7,* 103-105.

Areias, M.E.G, Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry, 169,* 36-41.

Arend, R., Gove, F.L., & Sroufe, L.A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in pre-schoolers. *Child Development, 50,* 950-959.

Areskog, B, Uddenberg, N., & Kjessler, B. (1984). Postnatal emotional balance in women with and without ante natal fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Research, 28* (3), 213-220.

Atkinson, A.K., & Rickel, A.U. (1984). Postpartum depression in primiparious parents. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 115-119.

Augusto, A., Areias, M.E., Figueiredo, B., Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1988). Clínica do síndrome do blues pós-parto. *Jornal do Médico, 2279,* 208-211.

Augusto, A., Areias, M.E., Figueiredo, B., Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1990). Perturbações psicológicas da maternidade: Problemas metodológicos de investigação. *Revista da Ordem dos Médicos, Jan.,* 24-26.

Augusto, A., Areias, M.E., Figueiredo, B.; Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1991). A avaliação da depressão em medicina familiar: Utilização da Versão Portuguesa da Escala de Edimburgo (EPDS). *Jornal do Médico, 2430,* 494-497.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine, 26,* 135-141.

Bakeman R., & Brown, J. V. (1977). Behavioral dialogues: An approach to the assessment of mother-infant interaction. *Child Development,* 48, 195-203.

Bakeman, R., & Gottman, J. (1986). *Observación de la interación: Introductión a la análisis sequencial.* Madrid: Ediciones Morata.

Bakeman, R., & Gottman, J. (1989). Applying observational methods: a systematic view. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd edition). New York: John Wiley & Sons.

Baker, N.D., & Nelson, K.E. (1984). Recasting and related conversational techniques triggering syntax advances by young children. *First Language*, 5, 3-22.

Balaban, M.T. (1995). Affective influences on startle in five-month-old infants: Reactions to facial expressions of emotion. *Child development, 66*, 28-36.

Ballard, C.G., Davis, R., Cullen, P.C., Mohan, R.N., & Dean, C. (1994). Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry, 164* (6), 782-788.

Ballard, C.G., Mohan, R.N.C. & Davis, R. (1993). Seasonal variation in the prevalence of postnatal depression. *European Journal of Psychiatry*, 7 (2), 73-76.

Ballinger, B. (1982). Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of Psychosomatic Research, 26*, 629-634.

Ballinger, C.B. (1987). Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of Psychosomatic Research, 26*, 629-634.

Ballinger, C.B., Buckley, D.E., Naylor, G.F. & Stansfield, D.A. (1979). Emotional disturbance following childbirth: clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP. *Psychology Medical*, 9, 293-300.

Ballou, J.W. (1978). The psychology of pregnancy: Reconciliation and resolution. Lexington: Heath.

Balogh, L.P. & Porter, R.H. (1986). Olfactory preferences from mere exposure in human neonates. *Infant Behavior and Development, 9*, 395-401.

Ban, P., & Lewis, M. (1971). Mothers and fathers, girls and boys: Attachment behavior in the one-year-old. *Paper presented at the meeting of the Eastern Psychological Association*, New York.

Barrera, M.E., & Wella, D.M. (1987). Disabled and non disabled infant's interactions with their mothers. The American Journal of Occupational Therapy, 41(3), 168-172.

Barden, R.C., Ford, M.E., Jensen, A.G., & Rogers-Salyer, M. (1989). Effects of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother-infant interactions. *Child Development, 60*, 819-824.

Barglow, P., Vaughn, G., & Molitor, N. (1987). Effects of maternal absence due to employment on the quality of infant-mother attachment in low-risk sample. *Child Development, 58*, 203-206.

Barnad, K.E. & Kelly, J.F. (1990). Assessment of parent-child interaction. In S.M. Meisels & J.P. Shonkoff, *Handbook of early childhood intervention* (pp. 278-302). Cambridge: Cambridge University Press.

Barnett, B. & Parker, G. (1986). Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparious mothers. *Psychological Medicine, 16;* 177-185.

Barratt, M.S. & Roach, M.A. (1995), Early interactive processes: Parenting adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development, 18,* 97-109.

Barrera, M.E., & Mauer, D. (1981). Recognition of mother's photographed face by the three-month-old. *Child Development,* 52, 714-718.

Bayley, N. (1969). *Bayley scales of infant development. Manual.* New York: The Psychological Corporation.

Bayley, N., & Schaeffer, E.S. (1964). Correlation's of maternal and child behavior with the development of mental abilities: Data from the Berkeley Growth Study. Monographs of the Society for Research in Child Development, 29, 93-111.

Beardslee, W.R., Bemporad, J., Keller, M.B., & Klerman, G.L. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry, 140,* 825-832.

Bearn, J.A., Fairhall, K., Robinson, I.C., Lightman, S.L., Checley (1990). Changes in porposed new neuroendocrine marker of oestrogen receptor function in postpartum women. *Psychological Medicine, 20* (4), 779-783.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects.* New York; Harper & Row.

Beck, C.T. (1992). The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research, 41* (3), 166-170.

Beck, C.T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research, 44,* 298-304.

Beckwith, L. (1984). Parent interaction with their preterm infants and later mental development. *Early Child Development and Care, 16,* 27-40.

Beckwith, L., & Coen, S.E. (1987). Social interaction with the parent during infancy and later intellectual competence in children born preterm. *Early Child Development and Care, 27,* 239-254.

Beckwith, L. & Cohen, S.E. (1989). Maternal responsiveness with preterm ifants and later competency. In M.H. Bornstein (Ed.). Maternal responsiveness: Characteristics and consequences. *New Directions for Child Development,* 43 (pp. 75-87). San Francisco: Jossey-Bass.

Bell, A.J., Land, N.M., Milne, S. & Hassanyeh, F. (1994). Long-term outcome of post-partum psychiatric illness requiring admission. *Journal of Affective Disorders,* 31, 67-70.

Bell, R. (1968). A reinterpretation of the direction of the effects in the studies of socialisation. *Psychological Review,* 75, 81-95.

Belle, D. (1982). Lives in stress: Women and Depression. Beverly Hills, CA: Sage.

Bellew, M., & Hill, A.B. (1991). Schematic processing and the prediction of depression following childbirth. *Personality & Individual Differences, 12* (9), 943-949.

Belsky, J., Fish, M., & Isabella, R.A. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: Family antecedents and attachment consequences. *Developmental Psychology, 27*(3), 421-431.

Belsky, J., Gilstrap, B., & Rovine, M. (1984). The Pensylvania infant and family project: I. stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three and nine months. *Child Development, 59*, 157-167.

Belsky, J., & Rouvine, M.J. (1988). Non-maternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Child Development, 59*, 157-167.

Befera, M.S., & Barlkley, R.A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys: Mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 26* (3), 439-452.

Benasich, A.A., Brooks-Gunn, J., & Clewell, B.C. (1992). How do the mothers benefit from early intervention programs? Journal of Applied Developmental Psychology, 13 (3), 311-362.

Bendersky, M., & Lewis, M. (1986). The impact of birth order in mother-infant interaction in preterm and sick infants. *Journal of Developmental Behavior Paediatrics, 7* (4), 241-246.

Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal American Psychoanalytic Association, 7*, 389-417.

Bennett, D.E., & Slade, P. (1991). Infants born at risk: Consequences for maternal post-partum adjustment. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 159-172.

Berger, J., & Cunningham, C.C. (1983). Development of early vocal behaviors and interactions in Down's Syndrome and non handicapped infant-mother pairs. *Developmental Psychology, 19* (3), 322-331.

Berko, G.J. (1973). Code-switching in children's language. In T.E. Moore (Ed.), *Cognitive development and the acquisition of language*. New York: Academic Press.

Berlin, L.J., Cassidy, J., & Belsky, J. (1995). Loneliness in young children and infant-mother attachment: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quartely, 41* (1), 91- 102.

Bernal, J. (1972). Crying during the first 10 days of life and maternal responses. *Developmental Medicine & Child Neurology (?), 14*, 362.

Bernsted, L. (1986). Enquête sur la nécessité de services psychiatriques auprès des patientes d'un service d'obstétrique de Copenhague. In G. Garrone, A. Jablensky & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 10-22). Lyon: SIMEP.

Bernstein, V. & Hans, S. (1994). Predicting the developmental outcome of two-year-old children born exposed to methadone: Impact of social-environmental risk factors. *Journal of Clinical Child Psychology,* 23 (4), 349-359.

Best, N.R., Wiley, M., Stump, K., Elliot, J.M., Cowen, P.J. (1988). Binding of tritiated yohimbine to platelets in women with maternity blues. *Psychological Medicine, 18,* 837-842.

Bettens, C.G., Favez, N., Corboz-Warnery, A.C., & Fivaz-Depeursinge, E. (1992). Les débuts de la communication à trois. Intéractions visuelles triadiques entre père, mère et bébé. *Enfance, 46* (4), 323-348.

Bettes, B.A. (1988). Maternal depression and motherese: Temporal and intonational features. *Child Development, 59,* 1089-1096.

Betz, N.E. (1987). Use of discriminant analysis in counselling psychology research. *Journal of Counselling Psychology,* 34 (4), 393-404.

Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child, 14,* 113-121.

Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S., & Valenstein, A.F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child, 16,* 9-27.

Billings, A.G., & Moss, R.H. (1983). Comparisons of children of depressed and non depressed parents: A social-environmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology, 11* (4), 463-486.

Birns, B., & ben-Ner, N. (1988). Psychoanalysis constructs motherhood. In B. Birns & D.F. Hay (Eds.), *The different faces of motherhood* (pp. 47-72). New York: Plenum Press.

Birns, B., & Hay, D.F. (1988). *The different faces of motherhood* . New York: Plenum Press.

Blehar, M.C., Lieberman, A.F., & Ainsworth, M.D.S. (1977). Early face-to-face interaction and its relation to later attachment. *Child Development,* 48, 182-194.

Bloom, K., & Esposito, A. (1975). Social conditioning and its proper control procedures. *Journal of Experimental Child Psychology,* 19, 209-222.

Bloom, K., Russell, A., & Wassenberg, K. (1987). Turn taking affects the quality of infant vocalizations. *Journal of Child Language,* 14, 211-227.

Boerse, J., Peltola, C., & Crassini, B. (1983). Infant's reactions to perceptual paradox during mother-infant interaction. *Developmental Psychology,* 19 (3), 310-316.

Borgeat, F., David, H., Saucier, J.F., & Dumont, M. (1994). Perceptual defence and vulnerability to postpartum depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 90, 455-458.

Bornstein, M.H., Maital, S.L.,Tal, J., & Baras, R. (1995). Mother-infant activity and interaction in Israel and United States: A comparative study. *International Journal of Behavioral Development, 18*(1), 63-82.

Bornstein, M.H., Myake, K., Tamis-LeMonda, C.S. (1985-86). A cross-national study of mother and infant activities and interactions: some preliminary comparisons between Japan and the United States. *Research and Clinical Centre for Child Development*, 9, 1-12.

Bornstein, M.H., & Sigman, M.D. (1985). Le développement de l'intelligence chez les enfants: Nouvelles recherches sur la "continuité". *L'Année Psychologique, 85*, 383-394.

Bornstein, M.H., TamisLeMonda, C.S., Pecheux, M.G., & Rahn, C.W. (1991). Mother and infant activity and interaction in France and in the United States: A comparative study. *International Journal of Behavioral Development, 14*(1) 21-43.

Bornstein, M.H., & Tamis-LeMonda, C.S. (1994). Antecedents of Information-processing skills in infants: Habituation, novelty responsiveness and cross-modal transfer. *Infant Behavior Development, 17*, 371-380.

Boukydis, C.F.Z., & Burgess, R.L. (1982). Adult psychological responses to infant cries: Effect of temperament of infant, parental status, and gender. *Child Development, 53*, 1291-1298.

Bower, T. (1983). *Uma introdução ao desenvolvimento da primeira infância*. Lisboa: Moraes Editores.

Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Genève: OMS.

Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love*. London: Pelican Books.

Bowlby, J. (1958/1976). A natureza da ligação da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.), *As ligações infantís* (pp. 105-153). Lisboa: Livraria Bertrand.

Bowlby, J. (1969/1978). *Attachement et perte: 1. L'attachment*. Paris: PUF.

Bowlby, J. (1973/1978). *Attachement et perte: 2. La séparation: angoisse et colère*. Paris: PUF.

Bowlby, J., Ainsworth, M., Boston, M., & Rosenbluth, D. (1956). The effects of mother-infant separation: a follow-up study. *British Journal of Medical Psychology*, 29, 211-247.

Boyce, P., Hickie, I. & Parker, G. (1991). Parents, partners or personality? Risk factors to postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 24, 245-255.

Boyce, P., Parker, G., Barnett, B., Cooney, M., & Smith, F. (1991). Personality as a vulnerability factor to depression. *British Journal Psychiatry, 159*, 106-114.

Bradley, B.S., Tashevska, M., & Selby, J.M. (1990). Women's first experiences of childbirth: Two hospital settings compared. *British Journal of Medical Psychology, 63* (3), 227-237.

Bradley, R.H., & Caldwell, B.M. (1984). The relation of infant home environment to achievement test performance in first grade: A follow-up study. *Child Development, 55*, 803-809.

Braungart-Rieker, J., Rende, R.D., Plomin, R., DeFries, J.C., & Fulker, D.W. (1995). Genetic mediation of longitudinal associations between family environment and childhood behavior problems. *Development and Psychopathology, 7*, 233-245.

Brazelton, T. B. (1963). The early mother-infant adjustment. *Pediatric, 32*, 931-937.

Brazelton, T.B. (1976). Neonatal behavior among urban Zambians and Americans. *Journal of the Academy of Child Psychiatry*, 15, 977-107.

Brazelton, T. B. (1979/1981). Comportement et compétence du nouveau-né. *Psychiatrie de l'Enfant, 24*, 2, 375-396.

Brazelton, T.B. (1982/1987). O bebé: Parceiro na interacção. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi, & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brazelton, T., & Als, H. (1981). Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant, 24* (2), 397-418.

Brazelton, B., & Cramer, B. (1989/1993). *A relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.

Brazelton, T., Kolowski, B., & Main, M. (1974). The origins of reciprocity: the early infant-mother interaction. In M. Lewis & L. Rosenblun (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver*. New York: John Wiley.

Brazelton, T., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Wise, S. (1975). Early mother-infant reciprocity. In Parent-Infant Interaction (pp. 137-148). Ciba Foundation Symposium, 33 (new series).

Breen, D. (1975). *The birth of a first child*. London: Tavistock.

Bridges, L.J., Palmer, S.A., Morales, M., Hurtado, M., & Tsai, D. (1993). Agreement between affectively based observational and parent-report measures of temperament at infant age 6 months. *Infant Behavior and Development, 16*, 501-506.

Bridge, L.R., Little, B.C., Hayworth, J., Dewhurst, J., & Priest, R.G. (1985). Psychometric ante-natal predictions of postnatal depressed mood. *Journal of Psychosomatic Research, 29* (3), 325-331.

Brinich, P.H. (1982). The emergence of mother-child communication. *Psychoanalyse Study of the Child*, 37, 3-13.

Brockington, I. F. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford Medical Publications.

Brockington, I.F., & Cox-Roper, (1988). Puerperal Psychoses. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness: Causes and consequences* (pp.1-16). London: Wright.

Brockington, I.F., Kelly, A., Hall, P. & Deaking, W. (1988). Pre-menstrual relapse of puerperal psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 14, 287-292.

Brockington, I.F., Oates, M., & Rose, G. (1990). Prepartum psychosis. *Journal of Affective Disorders, 19*, 31-35.

Brockington, I.F., Schofield, E.M., Donnelly, P., & Hinde, C. (1978). A clinical study of post-partum psychosis. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 59-68). Oxford: Oxford University Press.

Brockington, I.F., Margison, F.R., Schofield, E.M., & Knight, R.J.E. (1988). The clinical picture of the depressed form of puerperal psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 15, 29-37.

Brockington, I.F., Winokur, G., & Dean, C. (1982). Puerperal Psychoses. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp.37-69). London: Academic Press.

Brody, G.H., & Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 54* (2), 237-240.

Bromet, E.J., & Cornely, P.J. (1984). Correlates of depression in mothers of young children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23* (3), 335-342.

Brooks-Gunn, J., & Furstenberg, F.F. (1986). The children of adolescent mothers: Physical, academic and psychological outcomes. *Developmental Review, 6*, 224-251.

Broussard, E.R., & Hartner, M.S. (1970). Maternal perception of the neonate as related to development. *Child Psychiatrie Development, 1*, 16-25.

Brown, G., & Bifulco, A. (1990). Motherhood, employment and the development of depression: A replication of a finding? *British Journal of Psychiatry, 156*, 169-179.

Brown, G. W., Craig, T. & Harris, T. (1985). Depression: disease or distress? Some epidemiological considerations. *British Journal of Psychiatry, 147*, 612-622.

Brown, G., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.

Brown, J.V., & Bakeman, R. (1980). Relationships of human mothers with their infants during the first year of life: Effect of the prematurity. In R.W. Bell & W.P. Smotherman (Eds.). *Maternal influences and early behavior* (pp. 353-375). Lancaster: MTP.

Brown, N.J., Bakeman, R., Snyder, P.A., Fredrickson, W.T., Morgan, S.T., & Helper, R. (1975). Interactions of black inner-city mothers with their newborn infants. *Child Development, 46*, 677-686.

Brown, W.A. (1979). *Psychological care during pregnancy and the postpartum period*. New York: raven Press.

Burge, D., & Hammen, C. (1991). Maternal communication: Predictors of Outcome at follow-up in a sample of children at high and low risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (2), 174-180.

Bursztejn, C., & Sitbon, H. (1991). Troubles psychiatriques des parents et santé mentale de l'enfant. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale,* Psychiatrie, (37204G10). Paris: Editions Technique.

Cairns, G., & Butterfield, E. (1975). Assessing infants auditory functioning. In B. Friedlander et al. (Eds.), *Exceptional infant.* New York: Brunner/ Mazel.

Caldwell, B.M., & Bradley, R.H. (1984). *Home observation for measurement of the environment. Administration manual (revised edition).* Little Rock: University of Arkansas at Little Rock.

Campbell, S.B., & Cohn, J. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (4), 473-477.

Campbell, S.B., Cohn, J., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Developmental Psychopathology, 4,* 29-47.

Campbell, S.B., Cohn, J.F., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology, 31,* 349-357.

Campbell, P.H., Leib, S.A., Vollman, J., & Gibson, M. (1989). Interaction pattern and development outcome of infants with severe asphyxia: A longitudinal study of the first year of life. *Topics in Early Childhood Special Education,* 9 (1). 48-71.

Campos. J.J., Barrett, K., Lamb, M.E., Goldsmith, H., & Stenberg, C.R. (1983). Socioemotional development. In M.M. Haith & J.J. Camps (Eds.), *Handbook of child psychology: Infancy and development psychobiology* (Vol. 2., pp. 783-915). New York: Wiley.

Candilis, D. (1985). L'introduction des échanges ludiques au sein des contacts entre la mère et l'enfant de 0 à 6 mois. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* 33 (2-3), 73-78.

Caplan, G. (1960). Patterns of parental response to the crisis of premature birth. *Psychiatry,* 23, 365-374.

Caplan, G. (1964). *Principals of preventive psychiatry.* New York: Basic Books Inc. Publishers.

Caplan, H.L., Cogill, S.R., Alexandra, H., Robson, K.M., Katz, R., & Kumar, R. (1989). Maternal depression and the emocional development of the child. *British Journal of Psychiatry, 154,* 818-822.

Carek, D.J., & Capelli, A.J. (1981). Mother's reactions to their newborns infants. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* 20, 16-31.

Carmen, R. Del, Pedersen, F.A., Huffman, L.C., & Bryan, Y.E. (1993). Dyadic distress management predicts subsequent security of attachment. *Infant Behavior and Development, 16,* 131-147.

Carpenter, G. (1975). Mother's face and the newborn. In R. Lewis (Ed.). *Child alive*. London: Temple Smith.

Caron, A.J., Caron, R.F., McLean, D.J. (1988). Infant discrimination of naturalistic emotional expressions: The role of face and voice. *Child Development, 59*, 604-616.

Carothers, A.D., & Murray, L. (1990). Estimating Psychiatric morbidity by logistic regression: Application to postnatal depression in community sample. *Psychological Medicine, 20*, 695-702.

Carro, M.G., Grant, K.E., Gotlib, I.H., & Compas, B.E. (1993). Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology, 5*, 567-579.

Caruso, D.A. (1990). Infant day care and the concept of developmental risk. *Infant Mental Health Journal, 11*(4), 358-364.

Caudill, W.A., & Schooler, C. (1973). Child behavior and child rearing in Japan and the United States. *Journal of Nervous and Mental Disease, 157*, 323-338.

Cazas, O., Dhote, A., Bouttier, D., & Ginestet, D. (1990). L'hospitalization de la mère et de son nourrisson dans un service de psychiatrie adulte. *Psychiatrie de l'Enfant, 33* (2), 635-673.

Cicchetti, D. (1987). Developmental psychopathology in infancy: Illustration from the study of maltreated youngsters. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 55*, 837-845.

Clarke-Stewart, K. (1978). And daddy makes three: the father impact on the mother and young child. *Child Development, 49*, 466-478.

Clarke-Stewart, K..A. & Hevey, C.M. (1981). Longitudinal relations in repeated observations of mother-child interaction from 1 to $2^{1/2}$ years. *Developmental Psychology*, 17, 127-145.

Coble, P.A., Reynolds, C.F., Kupper, D.J., & Houck, P.R. (1994). Childbearing in women with and without a history of affective disorder: I. Psychiatric symptomatology. *Compreensive Psychiatry, 35*, 205-214.

Cogill, S.R., Caplan, H.L., Alexandra, H., Robson, K.M., & Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal, 292*, 1165-1167.

Cohen, E.S., & Beckwith, L. (1976). Maternal language in infancy. *Developmental Psychology, 13*, 371-372.

Cohen, L., & Campos, J. (1974). Father, mother, and stranger as elicitors of attachment behaviors in infancy. *Developmental Psychology, 10*, 146-154.

Cohler, B.J., Weiss, J.L., & Grunebaum, H.V. (1970). Child care attitudes and emotional disturbance among mother of young children. *Genetic Psychology Monographs, 82*, 3-47.

Cohn, J.F., Campbell, S.B., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology, 26,* 15-23.

Cohn, J.F., Campbell, S.B., & Ross, S. (1991). Infant response in the still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and secure attachment at 12 months. *Development and Psychopathology, 3,* 367-376.

Cohn, J.F., Matias, R., Tronick, E.Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interaction of depressed mothers and their infants. In E.Z. Tronick & T. Field (Eds.), Maternal depression and infant disturbance, *New Direction for Child Development, 34,* 31-45.

Cohn, J.F., & Tronick, E.Z. (1983). Three-month-old-infants reaction to stimuled maternal depression. *Child Development, 54,* 185-193.

Colleta, N.D. (1983). At risk for depression: a study of young mothers. *The Journal of Genetic Psychology, 142,* 301-310.

Collis, G.M., & Briant, C.A. (1981). Interaction between blind parents and their children. Child Care, *Health and Development, 7,* 41-50.

Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M & Scrimshaw, S.C.M. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 1243-1258.

Colman, L.L., & Colman, A.D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Condon, W. (1977). A primary phase in the organisation of infant responding behavior. In H. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction* (pp. 153-176). London: Academic Press.

Condon, W., & Sander, L. (1974). Neonate movement as synchronised with adult speech in the first month after birth. *Science,* 50, 528-554.

Cook, W., Kenny, D.A., Goldstein, M.J. (1991). Parental affective style risk and the family system: A social relations model analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (4), 492-501.

Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry, 152,* 799-806.

Cooper, P.J., & Murray, L (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the speficity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry, 166,* 191-195.

Cooper, P.J., Murray, L., & Stein, A. (1991). Postnatal depression. In A. Seva (Ed.), *European handbook of psychiatry* (pp. 1255-1262). Zaragosa: Anthropos.

Cooper, P.J., Murray, L., & Stein, A. (1993). Psychosocial factors associated with early termination of breast-feeding. *Journal of Psychosomatic Research, 37* (2), 171-176.

Cooper, P.J., & Stein, A. (1989). Life events and postnatal depression: The Oxford study. In J.L. Cox, E.S. Paykel & M.L. Page (Ed.), *Childbirth as a life event* (pp. 38-45). Oxford: Duphar Medical Relation.

Cooper, R.,& Aslin, R. (1990). Preference for infant-directed speech in the first month after birth. *Child Development,* 61, 1584-1595.

Corboz-Warnery, A., Fivaz-Depeursinge, E., Bettens, C.G., & Favez, N. (1992). Systematic analysis of father-mother-baby interactions: The Lausanne triadic play. *Infant Mental Health Journal, 14* (4), 298-316.

Cordeiro, J.D. (1987). *A saúde mental e a vida.* Lisboa: Edições Salamandra.

Cox, A.D. (1988). Maternal depression and impact on children's development. *Archives of Disease in Childhood, 63,* 90-95.

Cox, A.D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28* (6), 917-928.

Cox, J.L. (1978). Some socio-cultural determinants of psychiatric morbidity associated with childbearing. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 91-98). Oxford: Oxford University Press.

Cox, J.L. (1979). Psychiatric morbidity and pregnancy: a controlled study of 263 semi-rural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry, 134,* 401-405.

Cox, J.L. (1983). Postnatal depression: A comparison of African and Scottish women. *Social Psychiatry,* 18, 25-28.

Cox, J.H. (1996). Perinatal mental disorder — a cultural approach. *International Review of Psychiatry,* 8 (1), 9-18.

Cox, J.L., Connor, Y., & Kendell, R.E. (1982). Prospective study of psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry, 150,* 111-117.

Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depressions Scale. *British Journal of Psychiatry, 50,* 782-786.

Cox, J.L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration, and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163,* 27-31.

Cramer, B. (1982/1987). A psiquiatria do bebê: uma introdução. In B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebê* (pp. 24-74). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cramer, B. (1993). Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health Journal, 14* (4), 283-297

Cramer, B., & Stern, D. (1988). Evaluation of change in mother-infant brief psychotherapy: a single case study. *Infant Mental Health Journal, 9,* 20.

Crawford, J.W. (1982). Mother-infant interaction in premature and full-term infants. *Child Development, 53,* 957-962.

Crittenden, P.M. & Ainsworth, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). New York: Cambridge University Press.

Crnic, K.A., Ragozin, A.S., Greenberg, M.T., Robinson, N.M., & Basham, R.B. (1983). Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Development, 54,* 1199-1210.

Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of psychological testing.* New York: Harper Collins.

Crockenberg, S., & Litman, C. (1991). Effects of maternal emplyment on maternal and two-year-old child behavior. *Child Development, 62,* 930-953.

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

Crockenberg, S.B., & Smith, P. (1982). Antecedents of mother-infant interaction and infants irritability in the first three months of life. *Infant Behavior and Development, 5,* 105-119.

Crook, C.K. (1978). Taste perception in the newborn infant. *Infant Behavior and Development,* 1, 52-69.

Crook, T., Raskin, A., & Eliot, J. (1981). Parent-child relationship and adult depression. *Child Development, 52,* 950-957.

Cummings, E.M. & Cicchetti, D. (1990). Towards a transactional model of relations between attachment and depression. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the pre-school years: theory, research, and intervention* (pp. 339-372). Chicago: The University of Chicago Press.

Cummings, E.M. & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35* (1), 73-112.

Cutrona, C.E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 161-172.

Cutrona, C.E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 378-390.

Cutrona, C.E. (1989). Ratings of social support by adolescents and adults informants: Degree of correspondence and prediction of depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 57* (4), 723-730.

Cutrona, C.E. (1990). Ratings of social support by adolescents and adult informants: Degree of correspondence and prediction of depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 57* (4), 723-730.

Cutrona, C.E., & Troutman, B.R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development, 57*, 1507-1518.

Cytryn, L., McNew, D.H., & Lamour, M. (1983). La dépression chez l'enfant: Études des nourrissons à haut risque. *Actas do 2ème Congrès Mondiale de Psychiatrie du Nourrisson: Le bébé dans un monde en changement*, Cannes (France).

Cytryn, L., McNew, D.H., Barko, J.J. Lamour, M. & Hamovit, J. (1982). Offspring of patients with affective disorders: II. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*(4), 389-391.

Cytryn, L., McNew, D.H., Zahn-Waxler, C. Radke-Yarrow, M., Gaensbauer, T.J., Harmon, R.J., & Lamour, M. (1984). A developmental view of affective disturbances in the children of affectively ill parents. *American Journal of Psychiatry, 141*, 219-222.

Dalton, K. (1971). Prospective study into puerperal depression. *British Journal of Psychiatry, 118*, 689-692.

Dalton, K. (1980). *Depression after childbirth.* Oxford: Oxford University Press.

Dalton, K. (1982). Depression after childbirth. *British Medical Journal*, 284, 1332.

Dannemiller, J., & Stephens, B. (1988). A critical test of infant pattern preference models. *Child Development*, 59, 210-216.

Darke, P., & Goldberg, S. (1994). Father-infant interaction and parent stress with healthy and medically compromised infants. *Infant Behavior and Development, 17*, 3-14.

Darwin, C.R. (1872). *The expression of emotions in man and animals.* London: John Murray.

Davenport, Y.B., Zahn-Waxler, C., Adland, M.L., & Mayfield, A. (1984). Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry, 141*, 230-235.

David, H., Borgeat, F., & Saucier, J.F. (1990). The relation between tachystoscopic pictures and neurotic postpartum depression: The building of an instrument. *Pre-and-Peri-Natal Psychology Journal, 4* (3), 219-227

David, M., Castex, E., Léger, E.-M., & Merlet, A.-M. (1981). Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique. *Psychiatrie de l'Enfant, 24* (1), 151-181.

Davindson, J., & Robertson, E. (1985). A follow-up study of postpartum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71*, 451-457.

David, M., & Emory, E. (1995). Sex differences in neonatal stress reactivity. *Child Development, 66*, 14-27.

Dawson, G., Hessl, D. & Frey, K. (1994). Social influences of early developing and behavioral systems related to risk for affective disorder: Neural plasticity, sensitive periods and psychopathology. *Development and Psychopathology, 6* (4), 759-779.

Dawson, G., Klinger, L.G., Panagiotides, H., Hill, D., & Spieker, S. (1992). Frontal lobe activity and affective behavior of infants of mothers with depressive symptoms. *Child Development, 63,* 725-737.

Dawson, P.M., Robinson, J.L., Butterfield, P.M., VanDoorninck, W.J., et al (1991). Supporting new parents through home visits: Effects on mother-infant interaction. *Topics in Early Childhood Special Education, 10*(4) 29-44.

Dean, C., & Kendell, R.E. (1981). The symptomatology of puerperal illness. *British Journal of Psychiatry, 139,* 128-133.

Dean, C., Williams, R.J., & Brockington, I.F. (1989). Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychological Medicine, 19,* 637-647.

DeCasper, A., & Fifer, W. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mother's voices. *Science,* 208, 1174-1176.

DeCasper, A.J., Lecanuet, J.P., Busnel, M-C., Granier-Deferre, C., & Maugeais, R. (1994). Fetal reactions to recurrent maternal speech. *Infant Behavior and Development, 17,* 159-164.

De Château, P. (1995). Perinatal emotional adjustments and infant behavior. *Infant Mental Health Journal, 16* (1). 41-45.

Del Carmen, R., Pedersen, F.A., Huffman, L.C., & Bryan, Y.E. (1993). Dyadic distress management predicts subsequent security of attachment. *Infant Behavior and Development,* 16, 131-147.

Demyttenaere, K., Lenaerts, H., Nijs, R., & Van Assche, F.A. (1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91,* 95-102.

Demottoni, T., Rizzian, C., & Arbieri, M.S. (1987). Il comportamento delle madri nei primi tre giorni dopo il parto: Observation nel corso del rooming-in. *Eta evolutiva, 27,* 14-23.

Deutsh, H. (1974). *The psychology of women.* New YorK Grune & Stratton.

DeVries, F.G., Wellemans-Camus, M., & Candeur-Meyrant, S. (1983). Influence du climat institutionnel entourant la naissance sur les comportements et les interactions précoces entre la mère et son bébé. *Enfance,* 1 (2), 85-98.

Divitto, B., & Goldberg, S. (1979). The development of early parent-infant interaction as a function of newborn medical status. In T. Field, A. Sostek, S. Goldberg, & H.H. Susman (Eds.), *Infant born at risk.* New York: Spectrum.

Dixon, S., Yogman, M., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., & Brazelton, T. (1981). Early infant social interaction with parents and strangers. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* 20, 32-52.

Dood, B.D. (1979). Lip reading in infants: attention to speech presented in-and out-of synchrony. *Cognitive Psychology,* 11, 763-771.

D'Orban, P.T. (1979). Women who kill their children. *British Journal of Psychiatry, 134,* 560-572.

Dowlatshahi, D., & Paykel, E.S. (1990). Life events and social stress in puerperal psychoses: absence of effect. *Psychological Medicine, 20,* 655-662.

Down, J.M., & Tronick, E.Z. (1986). Temporal co-ordination of arm movements in early infancy: do infants move in synchrony with adult speech. *Child Development,* 57, 762-776.

Downey, G. & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 108,* 50-76.

Drake, M.L., Verhulsbt, D. & Fawcett, J. (1988). Physical and psychological symptoms experienced by Canadian women and their husbands during pregnancy and the postpartum. *Journal of Advanced Nursing, 13,* 436-440.

Drivas, A., Roe, K., & Roe, A. (1983). Infant's vocal interaction with mother and stranger in two cultures. *Psychological Reports,* 53, 1243-1248.

Duchesne, N., & Roy, J. (1991). Enfants de mère psychotique: Risques développementaux et intéractions précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance, 39* (7), 291-299.

Dumas, J.E., & Serketich, W.J. (1994). Maternal depressive symptomatology and child maladjustment: A comparison of three process models. *Behavior Therapy, 25,* 161-181.

Dunn, J., & Kendrick, C. (1982). *Siblings: Love, envy and understanding.* Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Dupont, A. (1986). Prévention et aménagement des effects indésirables de la psychopathologie des parents sur la vie de famille et le développement de l'enfant. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 10-22). Lyon: SIMEP.

Easterbrooks, M.A. (1989). Quality of attachment to mother and to father: Effects of perinatal risk status. *Child Development,* 60, 825-830.

Eastwood, P., Horrocks, E., & Jones, K., (1995). Promoting peer group support with postnatally depressed women. *Health visitor, 68*(4), 148-150.

Eaton, W.O., Chipperfield, J.G., & Singbeil, C.E. (1989). Birth order and activity level in children. *Developmental Psychology, 25* (4), 668-672.

Ebtinger, R., & Marcelli, D. (1983). Dépression maternelle, privation phonématique et retard du langage. *Actas do 2ème Congrès Mondiale de Psychiatrie du Nourrisson: Le bébé dans un monde en changement,* Cannes (France).

Edwards, D.R.L., Porter, S.M., & Stein, G.S. (1994). A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. *Journal of Psychosomatic Research, 38* (2), 111-117.

Egeland, B., & Hiester M. (1995). The long-term consequences of infant day-care and mother-infant attachment. *Child Development, 66,* 474-485.

Ehlert, U., Patalla, U., Kirschbaum, C., Piedmont, E. et al (1990). Postpartum blues: Salivary cortisol and psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research, 34*(3), 319-325.

Eibl-Eibesfeldt, I. (1977). *Amor e Ódio.* Lisboa: Livraria Bertrand.

Elliot, S.A., Rugg, A.J., Watson, J.P., & Brough, D.I. (1983). Mood changes during pregnancy and after the birth of a child. *British Journal of Child Psychology, 22,* 295-308.

Emde, R.N., Kligman, D.H., Reich, J.H., & Wade, T.D. (1978). Emotional expressions in infancy. In M. Lewis & L.A. Rosenblum, *The development of affect.* New York: Plenum Press.

Erickson, E.H. (1950/1976). *Infância e sociedade.* Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Everitt, B. & Hay, D. (1992). *Talking about statistics: A psychologist's guide to design & analysis.* New York: John Wiley & Sons Inc.

Fawcett, J. & York, R. (1986). Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the postpartum. *Nursing Research, 35,* 144-148.

Fantz, R. (1963). Pattern in newborn infants. *Science,* 140, 296-297.

Feiring, C., Fox, N.A., Jaskir, J., & Lewis, M. (1987). The relation between social support, infant risk status and mother-infant interaction. *Developmental Psychology,* 23 (3), 400-405.

Feldstein, S., Jaffe, J., Beebe, B., Crown, C., Jasnow, M., Fox, H., & Gordon, S. (1993). Coordinated interpersonal timing in adult-infant vocal interactions: A cross-site replication. *Infant Behavior and Development, 16,* 455-470.

Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology,* 26 (1), 40-50.

Fernald, A. (1985). Four-month-old infants prefer to listen to "motherese". *Infant Behavior and Development,* 8, 181-195.

Fernald, A., & Simon, T. (1984). Expanded intonation contours in mother speech to newborns. *Developmental Psychology,* 20 (1), 104-113.

Field, T. (1977). Effects of early separation, interactive deficits, and experimental manipulations on infant-mother face-to-face interaction. *Child Development, 48,* 763-771.

Field, T. (1978). Interaction behaviors of primary versus secondary caretakers fathers. *Developmental Psychology,* 14, 183-184.

Field, T. (1979a). Infant Behaviors directed towards peers and adults in the presence and absence of the mother. *Infant Behavior and Development,* 2, 47-54.

Field, T. (1979). Visual and cardiac responses to animate and inanimate face by young preterm infants. *Child Development, 50,* 188-194.

Field, T. (1980). Interaction of preterm and term infants with their lower- and middle-class teenage and adult mothers. In T. Field, S. Goldberg, D. Stern, & A.M. Sostek (Eds.), *High-risk infants and children: Adult and peer interactions* (pp. 113-132). New York: Academic Press.

Field, T. (1983). Les bébés des mères déprimées au postpartum. *Actas do 2ème Congrès Mondiale de Psychiatrie du Nourrisson: Le bébé dans un monde en changement,* Cannes (France).

Field, T. (1984). Early interaction between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 7,* 517-522.

Field, T. (1986). Models for reactive and chronic depression in infancy. In E.Z. Tronick & T. Field (Eds.), Maternal depression and infant disturbance, *New Direction for Child Development, 34,* 47-60.

Field, T. (1990). *Infancy.* Cambridge: Harvard University Press.

Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development,* 18, 1-13.

Field, T., Fox, N.A., Pickens, J., & Nawrocki, T. (1995). Relative right frontal EEG activation in 3-to 6-month-old infants of "depressed" mothers. *Developmental Psychology, 31* (3), 358-363.

Field, T., Grizzle, N, Scafidi, A, Richardson, S., Kuhn, C., & Scanberg, S. (1996). Massage therapy alters sleep patterns, interaction behaviors and weight gain in infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development, 19,* 107-112.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology,* 26, 7-14.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D. Sandberg, S., Zimmerman, E.A., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mother show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development, 59,* 1569-1579.

Field, T., Healy, B., & LeBlanc, W.G. (1989). Sharing and synchrony of behavior states and heart rate in nondepressed versus depressed mother-infant interactions. *Infant Behavior and Development, 12,* 357-376.

Field, T., Morrow, C., & Adlestein, D. (1993). Depressed mother's perceptions of infant behavior. *Infant Behavior and Development, 16,* 99-108.

Field, T., Morrow, C., Healy, B., Foster, T., Adlestein, D.& Goldstein, S. (1991). Mothers with zero Beck depression scores at more "depressed" with their infants. *Development and Psychopathology, 3,* 253- 262.

Field, T., & Pawlby, S. (1980). Early interaction of British and American working and middle class mother-infant dyads. *Child Development, 51,* 437-446.

Field, T., Pickens, J., Fox, N.A., Nawrocki, T. & Gonzalez, J. (1995). Vagal tone in infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 7*, 227-231.

Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology, 21* (6), 1152-1156.

Field, T., Sandberg, D., Quetel, T.A., Garcia, R. & Rosario, M. (1985). Effects of ultrasound feedback in pregnancy anxiety, fetal activity and neonatal outcome. *Obstetrics & Gynaecology*, 66, 525-528.

Field, T., Vega-Lahr, N., (1984). Early interaction between infants with craniofacial anomalies and their mothers. *Infant Behavior & Development, 7* (4), 527-530.

Field, T., Vega-Lahr, N., Scafidi, F., & Goldstein, S. (1986). Effects of maternal unavailability on mother-infant interactions. *Infant Behavior and Development*, 9, 473-478.

Field, T., & Widmayer, S. (1984). Motherhood. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 681-701).

Field, T., Woodson, R., Greenberg, R., & Cohen, D. (1982). Discrimination and imitation of facial expression in neonates. *Science*, 218, 179-181.

Figueiredo, B. (1992). *Contextos de interacção e desenvolvimento: A interacção mãe-bebé*. Dissertação apresentada para provas de Aptidão Científica e Capacidade Pedagógica, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto.

Figueiredo, B. (1994). Saúde da mãe e do bebé durante o puerpério. In T.M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp. 73-108). Braga: Apport.

Figueiredo, B. (1996). A interacção mãe-bebé. *Psicologia: Teoria, investigação e prática, 1* (1), 117-132.

Figueiredo, B., Augusto, A., Areias, M.E., Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1991) Depressão pós-parto e desenvolvimento infantil. *O Médico, 124* (2015), 203-209.

Figueiredo, B., Augusto, A., Areias, M.E., Calheiros, J.M., & Figueiredo, E. (1992). Depressão pós-parto e interacção precoce. *Jornal de Psicologia, 10*(1), 13-20.

Fish, B. (1986). Le concept de haut risque, apliqué aux enfants de mères psychotiques. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 34-49). Lyon: SIMEP.

Fish, B., & Alpert, M. (1962). Abnormal states of consciousness and muscle tone in infants born to schizophrenic mothers. *American Journal of Psychiatry, 119*, 439-445.

Fish, M., & Stifter, C.A. (1993). Mother parity as a main and moderating influence on early mother-infant interaction. *Journal of Applied Developmental Psychology, 14*(4), 557-572.

Fish, M., Stifter, C.A., & Belsky, J. (1993). Early patterns of mother-infant dyadic interaction: Infant, mother, and family demographic antecedents. *Infant Behavior and Development, 16*(1), 1-18.

Fisher, M. (1987). Mother-child interaction in pre-verbal children with Down Syndrome. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 52*, 179-190.

Fisher, M., Gottesman, I.I., Bertelsen, A. (1986). Étude sur les enfants nés de deux malades, du point-de-vue notamment des relations entre psychose réactionnelle et schizophrénie: Résultats préliminaires. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 61-65). Lyon: SIMEP.

Fivaz, E., Cornut-Zimmer, B., & Martin, D. (1986). Formes particulières d'exploration et d'intervention thérapeutiques:Maintien et face-a-face entre père et nourrisson dans une famille décompensés au post-partum. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp.135-140). Lyon: SIMEP.

Flanagan, P. J., Coppa, D. F., Riggs, S. G., Alario, A. J. (1994). Communication behaviors of infants of teen mothers: An exploratory study. *Journal of Adolescent Health, 15*(2), 169-175.

Fleming, A.S., & Corter, C. (1988). Factors influencing maternal responsiveness in humans: Usefulness of an animal model. *Psychoendocrinology*, 13, 189-212.

Fleming, A.S., Flett, G.L., Ruble, D.N., & Schaul, D.L. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes and mother-infant interactions. *Developmental Psychology, 24* (1), 71-81.

Fleming, A.S., Klein, E., & Corter, C. (1992). The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 33* (4), 685-698.

Fleming, A.S., Ruble, D.N., Flett, G.L., & Wagner, V.V. (1990). Adjustment in first-time mothers: Changes in mood and mood content during the early postpartum months. *Developmental Psychology, 26* (1), 137-143.

Fleming, A.S., Steiner, M., & Anderson, V. (1987). Hormonal and attitudinal correlates of maternal behavior during the early postpartum period in first-time mothers. *Journal of Reprodutive and Infant Psychology, 5* (4), 193-205.

Fogel, A. (1980). Peer-versus mother-directed behavior in one-to three-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 2, 215-226.

Fogel, A., Toda, S., Kawai, M. (1988). Mother-infant face-to-face interaction in Japan and the United States: A laboratory comparison using 3-month old infants. *Developmental Psychology, 24* (3), 398-406.

Fradique, F. (1992). Programa desenvolvimentista preventivo da depressão pós-parto. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Lisboa:FPCE.

Fraiberg, S. (1977). *Insights from the blind.* New York: Basic Book.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975/1983). Fântomes dans la chambre d'enfants. Une approche psychanalitique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant,* 26(1), 57-98.

Franck, E., Kupfer, D.J., Jacob, M., Blumenthal, S.J., & Jarreeett, D,B. (1987). Pregnancy-related affective episodes among women with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry, 144* (3), 288-293.

Frankel, K.A., & Harmond, R.J. (1996). Depressed mothers: They don't always look as bad as they feel. *Jornal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35* (3), 289-298.

Free, K., Alechina, I., & Zahn-Waxler, C. (1996). Affective language between depressed mothers and their children: The potential impact of Psychotherapy. *Jornal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35* (6), 783-789.

Freeman, F.S. (1980). *Teoria e prática dos testes psicológicos.* Lisboa; Fundação Calouste Gulbenkian.

Freier, K. (1994). In utero drug exposure and maternal-infant interaction: The complexities of the dyad and their environment. Special Issue: Prenatal drug exposure and child outcome. *Infant Mental Health Journal, 15*(2),176-188.

Freud, S. (1905/1962). *Trois essais sur la théorie de la séxualité.* Paris: Gallimard.

Friedenberg, L. (1995). *Psychological testing: design, analysis, and use.* Boston: Allyn and Bacon.

Frodi,, A.M., & Lamb, M.E. (1978). Sex differences in responsiveness to infants: a developmental study of psychophysiological and behavioral responses. *Child Development, 49,* 1182-1188.

Frodi,, A.M., & Thompson, R. (1985). Infant's affective responses in strange situation: Effects of prematurity and of quality of attachment. *Child Development, 56,* 1182-1188.

Frommer, E.A., & O'Shea, G. (1973). Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants. *British Journal of Psychiatry, 123,* 149-156.

Fry, P.S. (1985). Relations between teenagers' age, knowledge, expectations and maternal behaviour. *British Journal of Developmental Psychology, 3* (1), 47-55.

Gaensbauer, T.J., Harmon, R., Cytrin, L., & McNew, D.H. (1984). Social and affective development in infants with a maniac-depressive parent. *American Journal of Psychiatry, 141,* 223-229.

Gamer, E., Gallant, D., & Grunebaum, H.V. (1976). Children of psychotic mothers: An evaluation of 1-year-olds on a test of object permanence. *Archives of General Psychiatry, 33,* 311-317.

Gamer, E., Gallant, D., & Grunebaum, H.V. (1977). Children of psychotic mothers: Performances of 3 year old children on test of attention. *Archives of General Psychiatry, 34,* 592-597.

Garel, M., Lelong, N., & Kaminski, M. (1988). Follow-up study of psychological consequences of caesarean childbirth. *Early Human Development, 16* (2-3), 271-282.

Garner, P.W., & Landry, S.H. (1994). Effects of maternal attention-directing strategies on preterm infant's affective expressions during joint toy play. *Infant Behavior and Development,* 17, 15-22.

Garrone, G. (1986). Les jeunes parents psychotiques et leurs enfants. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 3-9). Lyon: SIMEP.

Gelder, M. (1978). Hormones and postpartum depression. In M.J. Sandler (Ed.), *Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium* (pp. 80-90). Oxford: Oxford University Press.

Gelfand, D.M., & Teti, D.M. (1990). Effects of maternal depression on children. *Clinical Psychological Review, 10,* 329-353.

Genaro, S. (1988). Postnatal anxiety and depression in mothers of term and preterm infants. *Nursing Research, 37,* 82-85.

George, A., & Sandler, M. (1988). Endocrine and biochemical studies in puerperal mental disorders. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness: Causes and consequences* (pp 78-112). London: Wright.

Gessell, A., Ilg, F., & Ames, L. (1943). *Infant & child in the culture.* New York: Harper & Row.

Ghodsian, M., Zajicek, E., & Wolkind, S. (1984). A longitudinal study of maternal depression and child behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25,* 91-109.

Gitlin, M.J., & Pasnau, R.O. (1989). Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge. *American Journal of Psychiatry, 146,* 1413-1422.

Glover, V. (1992). Do biochemical factors play a part in postnatal depression? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 16* (5), 605-615.

Glover, V., Liddle, P., Taylor, A., Adams, D. & Sandler, M. (1994). Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first postpartum week: Association with later depression. *British Journal of Psychiatry, 164,* 517-521.

Golinkoff, R.M., & Ames, G.J. (1979). A comparison of father's and mother's speech with young children. *Child Development, 50,* 28-32.

Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E., & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development, 64*, 516-531.

Goodman, S.H., & Brumley, H.E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology, 26* (1), 31-39.

Goodman, S.H., & Emory, E.K. (1992). Perinatal complications in births to low socio-economic status schizophrenic and depressed women. *Journal of Abnormal Psychology, 101* (2), 225-229.

Goldberg, S., Lojkasek, M., Gartner, G., & Corter, C. (1989). Maternal responsiveness and social development in preterm infants. In M.H. Bornstein (Ed.). Maternal responsiveness: Characteristics and consequences. *New Directions for Child Development*, 43 (pp. 89-103). San Francisco: Jossey-Bass.

Goldberg, S., MacKay-Soroka, S., & Rochester, M. (1994). Affect, attachment, and maternal responsiveness. *Infant Behavior and Development*, 17, 335-339.

Gordon, B.N. (1983). Maternal perception of child temperament and observed mother child interaction. *Child Psychiatrie and Human Development*, 13, 153-167.

Gordon, R.E. & Gordon, K.K. (1960). Factors in postpartum adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 359-360.

Gotlib, I.H. & Avison, W.R. (1993). Children at risk for psychopathology. In C.G. Costello, *Basic Issues in Psychopathology* (pp. 271-319). New York: Guilford.

Gotlib, I.H., Wiffen, V.E., Mount, J.H., Milne, K.M., & Cordy, N.I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 57* (2), 269-274.

Gotlib, I.H., Wiffen, V.E., Wallace, P.M., & Mount, J.H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (2), 122-132.

Gottesman, M.M. (1992). Maternal adaptation during pregnancy among adult early, middle, and late childbeares: Similarities and differences. *Maternal Child Nursing Journal, 20* (2), 93-110.

Gottlieb, G. (1971). Ontogenis of sensory function in birds and mammals. In E. Tobach, L. Aronson, & E. Shaw (Eds.), *The biopsychology of development*. Academic Press: New York.

Gottlieb, S.E., & Barrett (1986). Effects of unanticipated caesarean section on mothers, infants, and their interaction in the first month of life. *Journal of Developmental Paediatrics*, 3 (3), 180-185.

Gottwald, S. R.; Thurman, S.K. (1994). The effects of prenatal cocaine exposure on mother-infant interaction and infant arousal in the newborn period. *Topics in Early Childhood Special Education, 14*(2), 217-231.

Graff, L.A., Dyck, D.G., & Schallow, J.R. (1991). Predicting postpartum depressive symptoms: A structural modelling analysis. *Perceptual & Motor Skills, 73,* 1137-1138.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification d'échantillon de la population. *Courier, 6,* 455.

Grant, V.J. (1994). Sex of infant differences in mother-infant interaction: A reinterpretation of past findings. *Developmental Review, 14*(1) 1-26.

Greene, S.M.,, Fox, N.A., & Lewis, M. (1983). The relationship between neonatal characteristics and three months mother-infant interaction in high risk infants. *Child Development, 54,* 1286-1296.

Greene, S.M., Nugent, J.K., Wieczorek-Deering, D.E., O'Mahony, P., & Graham, R. (1991). The patterning of depressive symptoms in a sample of first-time mothers. *Irish Journal of Psychology, 12* (2), 263-275.

Gross, D. (1989). Implication of maternal depression for the development of young children.. *Journal of Nursing Scholarshp, 21* (2), 103-107.

Grossman, F.K., Eichler, L.S., & Winickoff, S.A. (1980). *Pregnancy, birth, and parenthood.* San Francisco: Jossey-Bass.

Grossman, K.E., Grossman, K., Spangler, G., Suess, G., & Unzner, L. (1985). Maternal sensitivity and newborn's orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), Growing points in attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (1-2, Serial N° 209, pp. 233.256).

Gruen, D.S. (1990). Postpartum depression: A debilitating yet often unassessed disease. *Health and Social Work, 15* (4), 261-270.

Gruen, D.S. (1993). A group psychotherapy approach to postpartum depression. *International Journal of Group Psychotherapy, 43*(2), 191-202.

Guidano, V. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy.* New York: Guilford.

Guilford, J.P. & Fuchter, B. (1973). *Fundamental statistics in psychology and education.* New York: Mc Graw Hill.

Gunnar, M.R., Porter, F.L., Wolf, C.M., Rigatuso, J., & Larson, M.C. (1995). Neonatal stress reactivity: Predictions to later emotional temperament. *Child Development, 66,* 1-13.

Guscott, R.G., & Steiner, M. (1991). A multidisciplinary treatment approach to postpartum psychoses. *Canadian Journal of Psychiatry, 36* (8), 551-556.

Gustafon, G.E., & Harris, k.l. (1990). Women's responses to young infant's cries. *Developmental Psychology,* 26 (1), 144-152.

Haaf, R., & Bell, R. (1967). A facial dimension in visual discrimination by human infants. *Child Development,* 38, 893-899.

Halas, M.A. (1990). Motherhood and sex role development. Special Issue: Motherhood: A feminist perspective. *Women & Therapy, 10* (1-2), 227-243.

Hagekull, B., & Bohlin, G. (1986). Mother-infant interaction and perceived infant temperament. *International Journal of Behavioral Development*, 9(3), 297-313.

Halliday, M. (1979). One child's protolanguage. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech: The beginning of interpersonal communication* (pp.171-190). Cambridge: Cambridge University Press.

Hamilton, J.A. (1982). The identity of postpartum psychosis. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp.1-17). London: Academic Press.

Hamilton, J.A. (1989). Suggestion to improve the nomenclature of postpartum psychiatric disorders: A personal view. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 10 (supp. 2), 3-14.

Hamilton, J.A. (1989). Postpartum psychiatric syndromes. *Psychiatric Clinics of North America, 12* (1), 89-103.

Hammed, C., Burge, D., & Stansbury, K. (1990). Relationship of mother and child variables to child outcomes in a high risk sample: A causal modelling analysis. *Developmental Psychology, 26,* 24-30.

Handley, S.L., Dunn, T.L., Waldron, G., & Baker, J.M. (1980). Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *British Journal of Psychiatry, 136,* 498-508.

Hann, D.M. (1989). A systems conceptualisation of the quality of mother-infant interaction. Infant *Behavior and Development, 12*(3), 251-263.

Hannah, P., Adams, P., Lee, A., Glover, V., & Sandler, M. (1992). Links between early post-partum mood and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry, 160,* 777-780.

Hannah, P., Adams, P., Glover, V., & Sandler, M. (1992). Abnormal platelet 5-hydroxytryptamine uptake and imipramine binding in postnatal dysphoria. *Journal of Psychiatric Research, 26* (1), 69-75.

Hanzlik, J.R., & Stevenson, M.B. (1986). Interaction of mothers with their infants who are mentally retarded, retarded with cerebral plasy, or nonretarded. *American Journal of Mental Deficiency,* 90 (5), 513-520.

Hapgood, C.C., Elkind, G.S. & Wright, J.J. (1988). Maternity blues: phenomena and relatioship to later postpartum depression. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 22,* 299-306.

Harnish, J.D., Dodge, K.A., & Valente, E. (1995). Mother-child quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socio-economic status in the development of child behavior problems. *Child Development, 66,* 739-753.

Harris, B. (1993). A hormonal component to postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 163,* 403-405.

Harris, B., Huckle, P., Thomas, R., Johns, S., & Fung, H. (1989). The use of rating scales to identify post-natal depression. *British Journal of Psychiatry, 154,* 813-817.

Harris, B., Lovett, L., Smith, J., Read, G., Walker, R., & Newcombe (1996). Cardiff puerperal mood and hormone study: III. postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum and its hormonal correlates across the peripartum period. *British Journal of Psychiatry, 168,* 739-744.

Harrison, M.J. (1990). A comparison of parental interactions with term and preterm infants. A comparison of parental interactions with term and preterm infants. *Research in Nursing and Health, 13*(3),173-179.

Harvey, D. (1978). Maternal mental illness-the effect on baby. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 112-120). Oxford: Oxford University Press.

Harvey, I, & Mc Garth, G. (1988). Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry, 154,* 813-817.

Hay, D.F., & Vespo, H. (1988). Social learning perspectives on the development of the mother-child relationship. In B. Birns & D.F. Hay (Eds.), *The different faces of motherhood* (pp. 47-72). New York: Plenum Press.

Hay, D.F., Zahn-Waxler, C., Cummings, M.E., & Iannotti, R.J. (1992). Young children's views about conflict with peers: A comparison of the daughters and sons of depressed and well women. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33* (4), 669-683.

Hayworth, J., Little, B.C., Carter, S.M., Raptopoulos, P., Priest, R.G., & Sandler, M. (1980). A predictive study of post-partum depression: some predisposing characteristics. *British Journal of Medical Psychology, 53,* 161-167.

Heimann, M. (1989). Neonatal imitation, gaze aversion, and mother-infant interaction. *Infant Behavior and Development, 12*(4), 495-505.

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

Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., & Cameron, R.P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 445-453.

Hock, E., & DeMeis, D.K. (1990). Depression in mother of infants: The role of maternal employment. *Developmental Psychology, 26*(2), 285-291.

Hock, E., & Schirtzinger, M.B. (1992). Maternal separation anxiety: Its develcpmental course and relation to maternal mental health. *Child Development, 63,* 93-102.

Hoffer, M.A. (1975). Introduction. In *Parent-Infant Interaction* Ciba Foundation Symposium, 33 (new series).

Hoffman, Y., & Drotar, D. (1991). The impact of postpartum depressed mood on mother-infant interaction: Like mother like baby? *Infant Mental Health Journal, 12*(1), 65-80.

Holden, J.M., Sagovsky, R.S., & Cox, J.L. (1989). Counselling in general practice setting: A controlled study of health visitor intervention in the treatment of postpartum depression. *British Medical Journal, 298*, 223-226.

Holden, J. (1996). The role of health visitors in postnatal depression. *International Review of Psychiatry, 3*, 79-86.

Hopkins, J., Campbell, S.B., & Marcus, M. (1987). Role of infant related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology, 96*(3), 237-241.

Hopkins, J., Campbell, S.B., & Marcus, M. (1989). Postpartum depression and postpartum adjustment: Overlapping constructs? *Journal of Affective Disorders, 17*, 251-254.

Hopkins, J., Marcus, M. & Campbell, S.B. (1984). Postpartum depression: A critical review. *Psychological Bulletin, 95* (3), 489-515.

Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Del Valle, C., & Pickens, J. (1994). Infants of "depressed" mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mantal Health Journal, 15*, 348-357.

Huffman, L.C., Lamour, M., Byran, Y.E., & Pederson, F.A. (1990). Depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period: Is the Beck Depression Inventory applicable? *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 8* (2), 87-97.

Ignacio, L.L. (1986). Parenté, troubles mentaux et fonctionnement de la famille dans le tiers monde. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 23-33). Lyon: SIMEP.

Iles, S., Gath, D., & Kennerly, H. (1989). Maternity blues: II a comparison between postoperative and post-natal women. *British Journal of Psychiatry, 155*, 363-366.

Isabella, R.A. (1993). Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development, 64*, 605-621.

Isabella, R.A. (1994). Origins of maternal role satisfaction and its influences upon maternal interactive behavior and infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development, 17*, 381-387.

Isabella, R.A., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant mother attachment: A replication study. Child Development, 62, 373-384.

Isabella, R.A., & Belsky, J., & Von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology, 25* (1), 12-21.

Izard, C., Huebner, R., Risse, D., MigGinnes, G., & Dougherty, L. (1980). The young ability to produce discrete emotion expressions. *Developmental Psychology, 16*(2), 132-140.

Jarvis, P.A., Myers, B.J., Creasey, G.L. (1989). The effects of infant's illness on mother's interaction with prematures at 4 and 8 months. *Infant Behavior & Development, 12* (1), 25-35.

Jasnow, M., & Fedelstein, S. (1986). Adult-like temporal characteristics of mother-infant vocal interactions. *Child Development*, 57, 754-761.

Jinadu, M.K., & Daramola, S.M. (1990). Emotional changes in pregnancy and early puerperium among the yoruba women of Nigeria. *The International Journal of Social Psychiatry, 36* (2), 93-98.

Jones, O.H.M. (1977). Mother-child communication with pre-linguistic Down's syndrome and normal infants. In H.R. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction*. London: Academic Press.

Johnson, H.L., & Rosen, T.S. (1990). Mother-infant interaction in a multi-risk population. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*(2), 281-288.

Johnson, P., & Salisbury, D. (1975). Breathing and sucking during feeding in the newborn. In *Parent-infant interaction* (119-127). Ciba Foundation Symposium, 33 (new series).

Jordan, P. (1990). Laboring for relevance: The male experience of expectant and new parenthood. *Nursing Research, 39*, 11-16.

Josse, D., & Robin, M. (1983). A propos du contenu du langage maternel. *Psychiatrie de l'Enfant, 26*(1), 99-140.

Kadrmas, A., Winokur, G., & Crowe, R. (1980). Postpartum mania. *British Journal of Psychiatry, 135*, 551-554.

Kaeller, M., & Roe, K.V. (1990). Personality variables as assessed by the MMPI and their relationship to mother-infant interactional behaviors at age three months, *Psychological Reports*, 66, 899-904.

Kaitz, M., Meirov, H., Landsman, I., & Eidelman, A.L. (1993). Infant recognition by tactiles cues. *Infant Behavior and Development, 16*, 333-341.

Kaitz, M., Shiri, S., Danziger, S., Hershko, Z., & Eidelman, A.L. (1993). Fathers can also recognise their newborns by touch. *Infant Behaviour and Development*, 17, 205-207.

Khalid, R. (1989). Maternity blues and puerperal depression in Pakistani women. *Pakistan Journal of Psychological Research, 4* (3-4), 71-80.

Katona, C.L.E. (1982). Puerperal mental: Comparisons with non-puerperal controls. *British Journal of Psychiatry, 141*, 447-452.

Kaye, K. (1977). Toward the origin of dialogue. In H.R. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction*. London: Academic Press.

Keller, M.B. & Shapiro, R.W. (1981). Major depressive disorder: Initials results from a one-year prospective naturalistic follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 169*, 761-768.

Kemp, V. H., Sibley, D. E., Pond, E.F. (1990). A comparison of adolescent and adult mother on factors affecting maternal role attainment. *Maternal Child Nursing Journal, 19* (1), 63-75.

Kendell, R.E. (1978). Childbirth as an aetiological agent. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 69-79). Oxford: Oxford University Press.

Kendell, R.E., Chalmers, J.C., & Platz, C. (1987). of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry, 150,* 662-673.

Kendell, R.E., Mackenzie, W.E., West, C., McGuire, R.J., & Cox, J.L. (1984). Day-to-day mood changes after childbirth: Further data. *British Journal of Psychiatry, 145,* 620-625.

Kendell, R.E., Rennie, D., Clarke, J.A., & Dean, C. (1981). The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Medicine, 11,* 341-350.

Kendell, R.E., Wainwright, S., Hailey, A., Shannon, N. (1976). The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological Medicine, 6,* 297-302.

Kermeen, P. (1995). Improving postpartum marital relationships. *Psychological Reports, 76,* 831-834.

Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, M.A., & Shima, S. (1996). Psychosocial study of depression in early pregnancy. *British Journal of Psychiatry, 168,* 732-738.

Kitzinger, S. (1978). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade.* Lisboa: Editorial Presença.

Khalid, R. (1989). Maternity blues and puerperal depression in Pakistani women. *Pakistan Journal of Psychological Research, 4* (3-4), 71-80.

Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding.* Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

Klaus, M., Trause, M., & Kennell, J. (1975). Does human maternal behavior after delivery show a characteristic pattern? In *Parent-infant interaction* (pp.69-77), Ciba Foundation Symposium, 33 (new series).

Klompenhouwer, J.L., & Van Hulst, A.M. (1991). Classification of postpartum psychosis: A study of 250 mother and baby admissions in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84* (3), 255-261.

Kornhuber, J., & Weller, M. (1991). Postpartum psychosis and mastitis: A new indication for clozapine. *American Journal of Psychiatry, 148* (12), 1751-1752.

Kraus, M.A., & Redman, E.S. (1986). Postpartum depression: an interactional view. *Journal of Marital and Family Therapy, 12* (1), 63-74.

Kreisler, L., & Cramer, B. (1981). Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant, 24*(1).

Kroiss-Strasser, A. (1992). *Maladies du post-partum: Un suivi a long terme dans le contexte familial.* Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Genebra, Genebra.

Kubicek, L.F. (1980). Organisation in two mother-infant interactions involving a normal and his fraternal twin brother who was later diagnosed as autistic. In T. Field, S. Goldberg, D. Stern, & A.M. Sostek (Eds.), *High-risk infants and children: Adult and peer interactions.* New York: Academic Press.

Kumar, R. (1982). Neurotic disorders in childbearing women. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp.71-118). London: Academic Press.

Kumar, R. (1986). Dépression du post partum. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 49-54). Lyon: SIMEP.

Kumar, R., Meltzer, E.S., Hepplewhite, R., & Stevenson, A.D. (1986). Admitting mentally ill mothers with their babies into psychiatric hospitals. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists, 10,* 169-172.

Kumar, R., & Robson, K.M. (1978). Neurotic Disorders during pregnancy and the puerperium: preliminary report of a prospective study of 119 primagravidae. In M.J. Sandler (Ed.), *Mental in Pregnancy and the Puerperium* (pp. 40-51). Oxford: Oxford University Press.

Kumar, R., & Robson, K.M. (1984). A prospective study of neurotic disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry, 144,* 36-47.

Kumar, R., & Robson, K.M., & Smith, A.M.R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *Psychosomatic Research, 28* (1), 43-51.

Kurtz, L., & Deverensky, J. (1994). Adolescent motherhood: An application of the stress and coping model to child rearing attitudes and practices. *Canadian Journal of Community Mental Health, 13* (1), 5-24.

Kuzela, A.L., Stifter, C.A., & Worobey, J. (1990). Breastfeeding and mother-infant interactions. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 8*(3), 185-194.

Lalive, J., & Manzano, J. (1986). Rapport sur un groupe d´étude et de prise en soins de jeunes mères psychotiques et de leurs enfants. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 75-81). Lyon: SIMEP.

Lamb, M. (1977a). Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. *Child Development, 48,* 167-181.

Lamb, M. (1977b). The development of mother-infant attachment year attachment in the second year of life. *Developmental Psychology, 13,* 637-648.

Lamb, M.E., Frodi, A.N., Hwang, C.P., Frodi, M., & Steinberg, J. (1982). Mother-and father-infant interaction involving play and holding in traditional and non-traditional Swedish families. *Developmental Psychology, 18* (2), 215-221.

Lamour, M. & Barroco, M. (1990). Le nourrisson et sa mère psychotique: modes d'abord thérapeutiques des intéractions précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance, 38*, 385-391.

Lanczik, M., Fritze, J., & Beckmann, H. (1990). Puerperal and cycloid psychoses. *Psychopathology*, 23, 220-227.

Lanczik, M., Spingler, H., Heidrich, A., Becker, T., et al. (1992). Postpartum blues: Depressive disease or pseudoneurasthenic syndrome. *Journal of Affective Disorders, 25* (1), 47-52.

Landry, S., & Chapiesky, H. (1988). Visual attention during toy exploration in preterm infants: Effects of medical risk and maternal interactions. *Infant Behavior and Development*, 11 (2), 187-204.

Landry, S., & Chapiesky, H., & Smith, M. (1986). Effects of maternal attention-directing strategies on preterm's responses to toys. *Infant Behavior Development, 9*, 257-269.

Landy, S., Montgomery, J.S., Cleland, J.F., & Clark, C. (1983). Mother-infant interaction of teenage mothers and the effect of experience in the observational sessions on the development of their infants. *Early Child Development and Care, 10*, 165-186.

Langlois, J.H., & Sawin, D.B. (1981): Infant physical attractiveness as an elicitor of differential parenting behavior. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development. Boston.

Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (1994). Parental mental disorder and early child development. *European Child and Adolescent Psychiatry, 3* (3), 125-137.

Leadbeater, B.J., & Linares, O. (1992). Depressive symptoms in black and Puerto Rican adolescent mothers in the first 3 years postpartum. *Development and Psychopathology, 4*, 451-468.

Leadbeater, B.J., Bishop, S., & Raver, C.C. (1996). Quality of mother-toodler interactions, maternal depressive symptoms, and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32 (2), 280-288.

Lebovici, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Éditions du Centurion.

Lebovici, S. & Soulé, M. (1970). *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Paris: PUF.

Lee, S.R. (1982). Postpartum emotional disorders. *American Family Physician*, 26, 197-201.

Lee, C.M., & Gotlib, F.H. (1989). Maternal depression and child adjustment: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 98* (1), 78-85.

Lee, C.M., & Gotlib, F.H. (1991). Adjustment of children of depressed mothers: A 10-month follow-up. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 594-599.

Lerner, R.M., & Busch-Rossnagel, N.A. (1981). Individuals as producers of their development: Conceptual and empirical bases. In R.M. Lerner & N.A. Busch-Rossnagel (Eds.). Individual as producers of their development: A life-span perspective. New York: Academic Press.

Lester, B., Hoffman, J., & Brazelton, T. (1985). The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and preterm infants. *Child Development*, 56, 95-121.

Lewis, M. (1972). State as an infant-environment interaction: An analysis of mother-infant interaction as a function of sex. *Merril-Palmer Quartely*, 18, 95-121.

Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C. & Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six-year-olds from early social relations. *Child Development, 55*, 123-236.

Lewis, M., & Painter, S. (1974). AAn interactional approach to the mother-infant dyad. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The effects of the infant on its caregiver*. New York: Wiley.

Lezine, I. (1964). *Psychopédagogie du premier âge*. Paris: PUF.

Lloyd, C. (1980). Life events and depressive disorder reviewed: Events as predisposing factors. *Archives of General Psychiatry, 37*, 529-535.

Lloyd, C. (1980). Life events and depressive disorder reviewed: Events as precipitating factors. *Archives of General Psychiatry, 37*, 541-548.

Lindesay, J. (1989). Age, sex and suicides rates within birth cohorts in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 24* (5), 249-253.

Linn, P.L., & Horowitz, F.D. (1983). The relationship between infant individual differences and mother-infant interaction during the neonatal period. *Infant Behavior & Development*, 6 (4), 415-427.

Lipsitt, L. (1969). Learning capacities of the human infant. In R.J. Robinson (Ed.), *Brain and early behaviour*. Londres: Academic Press.

Little, B.C., Hayworth, J., Carter, S.M., Dewhurst, Sir J., Raptopoulos, P., Sandler, M., Priest, R.G. (1981). Personal and psychophysiological characteristics associated with puerperal mental state. *Journal of Psychosomatic Research, 25* (5), 385-393.

Livingood, A.B., Dean, P., & Smith, B.D. (1983). The depressed mother as a source of stimulation for her infant. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39* (3), 369-375.

Londerville, S., & Main, M. (1981). Security of attachment, compliance and maternal training methods in the second year of life. *Developmental Psychology, 17*, 289-299.

Lorenz, K. (1970). Studies in the human and animal behavior. Cambridge: Cambridge Harvard University Press.

Lovestone, S., & Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric: the impact on partners. *British Journal of Psychiatry*, 163, 210-216.

Lowenstein, M.K. & Field, T. (1992). Maternal depression effects on infants. *Análise Psicológica, 1* (10), 63-69.

Lucas, R. (1994). Puerperal psychosis: Vulnerability and aftermath.

Psychoanalytic Psychotherapy, 8(3), 257-272.

Ludemann, P.M., & Nelson, C.A. (1988). Categorical representation of facial expressions by seven-month-olds. *Developmental Psychology,* 24, 492-501.

Lutz, W.J., & Hock, E. (1995). Maternal separation anxiety: Relations to adult attachment representations in mother of infants. *The Journal of Genetic* Psychology, 156 (1), 51-72.

Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the pre-school classroom. *Child Development, 64*(2), 572-585.

Lyons-Ruth, K., Botein, S. & Grunebaum, H.V. (1984). Reaching the hard-to-reach: Serving isolated and depressed mothers with infant in the community. In B. Cohler & J. Musiks (Eds.), *Intervention with psychiatrically disabled parents and their young children.* San Francisco: Jossey-Bass.

Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., & Grunebaum, H.V. (1986). Environment, interaction, attachment and infant development. In E.Z. Tronick & T. Field (Eds.), Maternal depression and infants disturbance, *New Direction for Child Development, 34,* 61-82.

Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., Grunebaum, H.V., Botein, S., & Zoll, M.A. (1984). Maternal family history, maternal caretaking and infant attachment in multiproblem families. *Journal of Preventive Psychiatry,* 2 (3-4), 403-425.

Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., Grunebaum, H.V. & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development, 61,* 85-98.

MacFarlane, A. (1975). Olfaction in the development of social preferences in human neonates. In *Parent-infant interaction* (pp. 103-112), Ciba Foundation Symposium, 33 (new series).

MacFarlane, A. (1977/1979). *A psicologia do nascimento.* Lisboa: Moraes Editores.

Maccoby, E.E. & Martin, J.A. (1983). Socialisation in the context of the family: parent-child interaction. In P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology.* New York: John Wiley.

Maccoby, E.E., Snow, M.E., & Jacklin, C.N. (1984). Children's dispositions and mother-infant interaction at 12 and 18 months. *Developmental Psychology, 20,* 459-472.

Magnusson, D. (1978). *Individual Development from an interactional perspective: a longitudinal study.* Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In Bretherton & Waters (Eds.), Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50,* 66-104.

Main, M. & Solomon (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainswort Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (eds.), *Attachment in the pre-school years: Theory, research and intervention.* Chicago: Chicago University Press.

Mallett, P., Andrew, M., Hunter, C., Smith, J., Richards, C., Othman, S., Lazarus, J., Harris, B. (1995). Cognitive function, Thyroid status and postpartum depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91,* 243-246.

Marcé, L. V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchée et des nourices.* Paris: Baillière.

Marcus, J., Auerbach, J., Wilkinson, L., & Burack, C.M. (1981). Infants at risk of schizofrenia: The Jerusalem infant development study. *Archives of General Psychiatry, 38,* 703-713.

Markovits, P.M., Sankey, A.W., James, D.C., Mc Cabe, R. et al. (1990). Zinc taste test and postnatal depression. *British Journal of Psychiatry, 156,* 451-452.

Marks, M.N., Wieck, A., Checkley, S.A., & Kumar, R. (1991). Life stress and postpartum psychosis: A preliminary report. *British Journal of Psychiatry, 158* (suppl 10), 45-49.

Marks, M.N., Wieck, A., Checkley, S.A., & Kumar, R. (1992). Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *Journal of Affective Disorders, 24* (4), 253-263.

Martin, C.J., Brown, G.W., Goldberg, D.P., & Brockington, I.F. (1989). Psycho-social stress and puerperal depression. *Journal of Affective Disorders, 16,* 283-293.

Martin, G.B., & Clark, R.D. (1982). Distress crying in neonates: species and peer specificity. *Developmental Psychology, 18* (1), 3-9.

Marin, J.W., & Porter, R.H. (1989). Attractiveness of lacting females breast odors to neonates. *Child Development, 60,* 803-810.

Martin, M. (1985). Neuroticism as predition toward depression: A cognitive mechanism. *Personality and Individual Differences, 6,* 353-365.

Martins, C. (1996). Are the effects of maternal depression on infant-mother attachment mediated by early maternal interactive characteristics? A meta-amalytic approach. *Submitted in part of the requirements for the degree of MSc in research methods in psychology,* University of Reading.

Masataka, N. (1993). Relation between pitch contour of prelinguistic vocalisations and communicative functions in Japanese infants. *Infant Behavior and Development, 16,* 397-401.

Masataka, N., & Bloom, K. (1994). Acoustic properties that determine adult's preferences for 3-month-old infant vocalisations. *Infant Behavior and Development, 17,* 461-464.

Matas, L., Arend, R.A., Sroufe, L.A. (1978). Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later performance. *Child Development, 49,* 547-556.

Mauthner, N. (1993). Towards a feminist understanding of postnatal depression. *Feminism & Psychology,* 3 (3), 350-355.

May, A. (1995). Using exercise to tackle postnatal depression. *Health visitor, 68*(4), 146-147.

Mayes, L.C., Carter, A.S., Egger, H.L., & Pajer, K.A. (1991). Reflections on stillness: Mothers' reactions to the still-face situation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*(1) 22-28.

Mazet, Ph. (1993). Les interactions entre le bébé et ses partenaires: Quelques réfléxions sur leur évaluation. *Neuropsychiatrie de L'Enfance, 41* (3-4), 126-133.

McClarey, M., & Stokoe, B. (1995). A multi-disciplinary approach to postnatal depression. *Health visitor, 68*(4), 141-143.

McIntosh, J. (1992). The perception and use of child clinics in a sample of working class families. *Child Care Health and Development, 18* (3), 133-150.

McNeil, T.F. (1986). A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 1. Clinical characteristics of the current postpartum episodes. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 74,* 205-216.

McNeil, T.F. (1988). A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 4. Relationship to life situation and experience of pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 77, 645-653.

McNeil, T.F. (1988). A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 5. Relationship to psychological aspects of labor and delivery. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 78, 471-477.

McNeil, T.F., Kaij, L.J., Malmquist-Larsson, A. (1984). Women with non organic psychosis: Mental disturbance during pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 70,* 127-139.

McNeil, T.F., Kaij, L.J., Malmquist-Larsson, A., Naslund, B., Persson-Blennow, I., McNeil, N., & Blennow, G. (1983). Offspring of women with non-organic psychosis: Development of a longitudinal study of children at high risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 68,* 234-250.

McNeil, T.F., Naslund, B., Persson-Blennow, I., & Kaij, L.J. (1985). Offspring of women with non-organic psychosis: Mother-infant interaction at three-and-a-half and six months of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71*, 551-558.

McNew, D.H., Cytryn, L., Efron, A.M., Gershon, E.S., & Bunney, w.e. (1979). Offspring of patients with affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 148-151.

Mednick, S.A., Parnas, J. & Shulsinger, F. (1987). The Copenhagen high-risk project. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 485-495.

Melhuish, C., Gambles, C., & Kumar, R. (1988). Maternal mental illness and mother-infant relationship. In R. Kumar & I.F. Brockington (Eds.), *Motherhood and mental illness* (vol. 2) (pp. 191-211). London: Wright.

Melhuish, E.C. (1989). Maternal psychological state and infant development with mother under twenty: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 30* (6), 925-930.

Meltzer, E.S., & Kumar, R. (1985). Puerperal mental illness, clinical features and classification: A study of 142 mother and baby admissions. *British Journal of Psychiatry, 147*, 647-654.

Meltzoff, A., & Moore, M. (1977). Imitation of facial and manual gestures by neonates. *Science*, 198, 75-78.

Meltzoff, A., & Moore, M. (1994). Imitation, memory, and the representations of persons. *Infant Behavior and Development, 17*, 83-99.

Metz, A., Sichel, D.A. & Goft, D.C. (1988). Postpartum panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 49*, 278-279.

Milliones, J. (1978). Relationship between perceived child temperament and maternal behaviors. *Child Development, 49*, 1255-1257.

Millis, J.B., & Kornblith, P.R. (1992). Fragile beginnings: Identification and treatment of postpartum disorders. *Health & Social Work, 17* (3), 192-199.

Minde, K., Whitelaw, A., Brown, J., & Fitzharding, P. (1983). Effect of neonatal compiications in premature infants on early parent-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology, 25* (6), 763-777.

Missio, M., Bott, F., Costas, C., & Deulofeu, P. (1995). Articulation des compétences dans le système mère-nouveau-né. *Neuropsychiatrie de l'Enfance, 43* (1-2), 34-42.

Moleman, N., Van der Hart, O., Van der Kolk, B.A. (1992). The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease, 180* (4), 271-271.

Montagner, H., Schaal, B., Millot, J. Filiatre, J., Cismaresco, A., Rochefort, A., & Taillard, C. (1989). In J. Gomes-Pedro (Ed.), *New data on human mother-infant interaction systems.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Moss, H. & Robson, K. (1968). Maternal influences in early social and visual behavior. *Child Development, 39,* 401-408.

Moon, C., Cooper, R.P., Fifer, W.P. (1993). Two-day-olds prefer their native language. *Infant Behavior and Development, 16,* 495-500.

Morgan, J.L. (1994). Converging measures of speech segmentation in preverbal infants (1994). *Infant Behavior and Development, 17,* 389-403.

Mundy, P., Sigman, M., Kasaris, C. & Yrmiya, N. (1988). Non-verbal communication skills in Down syndrome children. *Child Development, 59,* 235-249.

Muir, O., & Field, T. (1979). Newborns infant orient to sounds. *Child Development, 50,* 431-436.

Murphy, K.R. & Davidshoffer, C.O. (1990). *Psychological testing: Principals and applications.* New York: Prentice-Hall.

Murray, J. (1989). Prevention and the identification of high risk groups. *International Review of Psychiatry,* 4, 281-286.

Murray, L. (1991). Intersubjectivity, object relations theory, and empirical evidence from mother infant interactions. *Infant Mental Health Journal, 12* (3), 219-232.

Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 33* (3), 543-561.

Murray, L., & Carothers, A.D. (1990). The validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *British Journal of Psychiatry, 157,* 288-290.

Murray, L., & Cooper, P.J. (1996). The impact of postpartum depression on child development. *International Review Psychiatry, 8,* 55-63.

Murray, L., Cooper, P., & Stein, A. (1991). Postnatal depression and infant development. *British Medical Journal, 302,* 978-979.

Murray, L., Cox, J.L., Chapman, G., & Jones, P. (1995). Childbirth: Life events or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry, 166,* 595-600.

Murray, L.,, C., Woolgar, M., & Hooper, R. (1993). Depressed mother's speech to their infant and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34* (7), 1083-1101.

Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F., & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interaction. *Developmental Medicine & Child Neurology, 38,* 109-119.

Murray, L., & Stein, A. (1989), The effects of postnatal depression on the infant. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 3*(4), 921-933.

Murray, L., & Stein, A. (1991). The effects of postnatal depression on mother-infant relations and infant development. In M. Woodhead, R. Carr, & P. Light (Eds), *The process of development* (pp. 144-165). London: The Open University.

Murray, L., & Trevarthen, C. (1985). Emotional regulation of interactions between two-months olds and their mothers. In T. Field & N. Fox (Eds.), *Social perceptions in infants*. Norwood, N.J.: Ablex.

Myers, B.J., Britt, G.C., Lodder, D.E., Kendall, K.A., et al. (1992). Effects of cocaine exposure on infant development: A review. *Journal of Child and Family Studies, 1*(4), 393-415.

Naslund, I., Persson-Blennow, Y., McNeil, T., & Kaij, L. (1985). Offspring of women with non organic psychosis: mother-infant interaction at three and six weeks of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71*, 441-450.

Naslund, I., Persson-Blennow, Y., McNeil, T., Kaij, L., & Malmquist-Larsson, A. (1984a). Offspring of women with non organic psychosis: Infant attachment to the mother at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 69*, 231-241.

Naslund, I., Persson-Blennow, Y., McNeil, T., Kaij, L., & Malmquist-Larsson, A. (1984b). Offspring of women with non organic psychosis: Fear of strangers during the first year of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 69*, 435-444.

Newson, J. (1974). Towards a theory of infant understanding. *Bulletin of the British Psychological Society*, 27, 251-257.

Nillsson, O., & Almgren, P. (1970). Para-natal emotional adjustment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 47* (Supp. *220*), 62-141.

Nimio, A., & Rinott, N. (1988). Father's involvement in the care of their infants and their attributions of cognitive competence to infants. *Child Development*, 59: &52-663.

Nixon, D. (1984). The aetiology and treatment of postpartum depressive disorders. *International Journal of Women Studies, 8*, 140-148.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression and psychosis: A review. *Psychological Bulletin, 101*, 259-282.

Norr, N.M. (1994). Children and well-being: A comparison of employed and non-employed women. *Work and Stress, 8* (1), 36-46.

Nott, P., Francklin, M., Armitage, C., & Gelder, M.G. (1976). Hormonal changes and mood in the puerperium. *British Journal of Psychiatry, 128*, 379-383.

Nott, P.N. (1987). Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *British Journal of Psychiatry, 151*, 523-527.

Nover, A., Shore, M.F., Timberlake, E.M., Greenspan, S.I. (1984). The relationship of maternal perception and maternal behavior: A study of normal mothers and their infants. *American Journal of Orthopsychiatry, 54* (2), 210-223.

Nwokah, E.E., Hui-Chin, O.D., Fogel, A. (1994). The development of laughter in mother-infant communication: Timing parameters and temporal sequences. *Infant Behavior and Development, 17*, 23-35.

Oakley, A. (1980). *Women confined: Towards a sociology of childbirth*. Oxford: Martin Robertson.

Oakley, A. (1992). Social support in pregnancy: Methodology and findings of a 1-year follow-up study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 10* (4), 219-231.

Oates, M. (1996). Psychiatric services for women following childbirth. *International Review of Psychiatry, 3*, 87-98.

O'Brien, M,, Johnson, J.M., Anderson-Goetz, D. (1989). Evaluating quality in mother-infant interaction: Situational effects. *Infant Behavior and Development, 12*(4), 451-464.

Ochotorena, P.D. (1990). Estudio observacional de la interaccion temprana madre-nino. *Evaluacion Psicologica, 6*(2), 211-231.

O'Connor, M.J., Sigman, M.D., & Kasari, C. (1992). Attachment behavior of infants exposed prenatally to alcohol: Mediating effects of infant affect and mother-infant interaction. *Development and Psychopathology, 4*(2), 243-256.

O'Connor, M.J., Sigman, M., & Kasari, C. (1993). Interactional model for the association among maternal alcohol use, mother-infant interaction, and infant cognitive development. *Infant Behavior and Development, 16*, 177-192.

O'Hara, M.W. (1980). *A prospective study of postpartum depression: A test of cognitive and behavioral theories.* Unpublished doctoral dissertation. University of Pittsburgh.

O'Hara, M.W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry, 43*, 569-573.

O'Hara, M.W., Hoffman, J.G., Philipps, L., Wright, E.J. (1992). Adjustment in childbearing women: The Postpartum Adjustment Questionnaire. *Psychological Assessment, 4* (2), 160-169.

O'Hara, M.W., Neunaber, D.J., & Zekoski, E.M. (1984). A prospective study of postpartum depression: prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.

O'Hara, M.W., Rehm, L.P., & Campbell, S.B. (1982). Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 63-73.

O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A., & Wright, E.J. (1991). Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry, 48* (9), 801-806.

O'Hara, M.W., & Zekoski, E.M. (1988). Postpartum depression: a comprehensive review. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp. 17-63). London: Academic Press.

O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Philipps, L.H., & Wright, E.J. (1990). A controlled prospective study of postpartum mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3-15.

Olioff, M., Aboud, F.E. (1991). Predicting postpartum dysphoria in primiparious mothers: Roles of perceived parenting self-efficacy and self-esteem. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 5* (1), 3-14.

OMS (1977). *Report to the president* by the President's Commission on Mental Health. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

OMS (1986). Évaluation et aide psychosociale pour les enfants exposé à des troubles mentaux et du comportment. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 171-183). Lyon: SIMEP.

O'Neil, T., Murphy, P., & Greene, V.T. (1990). Postnatal depression — aetological factors. *Irish Journal of Medical Science, 83,* 17-18.

Orlovskaya, D.D. (1986). Mères psychotiques, grossesse et développement du foetus. In G. Garrone, A. Jablensky, & S. Manzano (Orgs.), *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants* (pp. 50-56). Lyon: SIMEP.

Orvaschel, H., Walsh-Allis, G., & Ye, W. (988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 17-28.

Oster, H., & Ekman, P. (1978). Facial behavior in child development. In *Minnesota Symposium of Child Psychology,* 2, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Osofsky, H. (1982). Expectant and new fatherhood as a developmental crisis. *Bulletin of the Menninger Clinic, 46,* 209-230.

Osofsky, J.D. (1976). Neonatal characteristics and mother-infants interaction in two observational situations. *Child Development, 47,* 1138-1147.

Osofsky, J.D., & Eberhart-Wright, A. (1992). Risk and protective factors for parent and infants. In G. Suci & S. Robertson (Eds.), *Human Development: Future directions in infant development research* (pp 25-39). New YorK: Springer-Verlag.

Osofsky, J.D., Hann, D.M., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 106-119). New York: Guilford Press.

Paffenberger, R., Steinmetz, C.H., Pooler, B.G. (1961). The picture puzzle of the postpartum psychoses. *Journal Chronic Disease, 13,* 161-173.

Paffenberger, R.S. (1964). Epidemiological aspects of postpartum mental illness. *British Journal of Preventive Social Medicine,* 18, 189-195.

Paffenberger, R.S. (1982). Epidemiological aspects of mental illness associated with childbearing. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp. 21-36). London: Academic Press.

Painter, A. (1995). Health visitor identification of postnatal depression. *Health visitor,* 68(4) 133-140.

Panzarine, S. (1989). Interpersonal problem-solving and its relation to adolescent mothering behavior. *Journal of Adolescent Research, 4* (1), 63-74.

Papousek, M. (1989). Determinants of responsiveness to infant vocal expression of emotional state. *Infant Behavior and Development, 12,* 507-524.

Papousek, M., Papousek, H., & Symmes, D. (1991). The meanings of melodies in motherese in tone and stress languages. *Infant Behavior and Development,* 14, 415-440.

Parke, R.D., & O'Leary, S.E. (1976). Father-mother-infant interaction in the newborn period. In K. Riegel & J. McAdam (Eds.), *The developing individual in a changing world* (vol.II), Social and environmental issues. The Hague: Mouton.

Parks, J. (1951). Emotional reactions to pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 62,* 339.

Parnas, J., Shulsinger, F.. Shulsinger, H., Mednick, S.A., & Teasdale, T.W. (1982). Behavioural precursors of schizofrenia spectrum. A prospective study. *Archives of General Psychiatry, 39,* 658-664.

Pascalis, O., Schonen, S. de, Morton, J., Deruelle, C., & Fabre-Genet, M. (1995). Mother's face recognition by neonates: A replication and a extension. *Infant Behavior and Development, 18,* 79-85.

Pastor, D.L. (1981). The quality of mother-infant attachment and its relationship to toddlers initial sociability with peers. *Developmental Psychology,* 17, 326-335.

Pawlby, S. (1977). Imitative interaction. In H.R. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction.* London: Academic Press.

Paykel, E.S., Emms, E.M., Flechter, J., & Rassaby, E.J. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry, 136,* 339-346.

Paykel, E.S. (1991). Depression in women. *British Journal of Psychiatry,* 158 (supp. 10), 22-29.

Pedersen, F.A., Yarrow, L.J., Anderson, B., & Cain, R.L. (1978). Conceptualisation of father influences in the infancy period. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The social network of the developing infant.* New York: Plenum Press.

Pedro, J.C.G. (1982). *Influência no comportamento do recém-nascido do contacto precoce com a mãe: Contributo para a interpretação clínica da interacção.* Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Pelaez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A., & Clasky, S. (1994). Infants of depressed mothers show less "depressed" behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal,* 15, 358-367.

Pelechano, V., & Matud, M.P. (1990). Depression post-parto: datos sobre su existencia y codeterminantes en una investigacion con grupos citerio y la escala de Beck. *Analisis y Modification de Conducta, 16* (47), 3-54.

Persson-Blennow, I., Binett, B., & McNeil, T.F. (1989). Offspring of women with nonorganic psychosis: Mother-infant interaction and fear of strangers during the first year of life. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development,* 18-24.

Persson-Blennow, I., Naslund, B., McNeil, T.F., & Kaij, L. (1985). Offspring of women with non-organic psychosis: Mother-infant interaction at three and six weeks of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71,* 441-450.

Persson-Blennow, I., Naslund, B., McNeil, T.F., Kaij, L., & Malmquist-Larsson, A. (1984). Offspring of women with nonorganic psychosis: mother-infant interaction at three days of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 70,* 149-159.

Pfost, K.S., Lum, C.U., & Stevens, M.J. (1989). Feminity and work plans protect women against postpartum dysphoria. *Sex Roles, 21,* 423-431.

Pfost, K.S., Stevens, M.J., & Lum, C.U. (1990). The relation of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology,* 46, 588-592.

Pfost, K.S., Stevens, M.J., & Matejcak, J.R. (1990). A counselor's primer on postpartum depression. *Journal of counseling & Development, 69,* 148-151.

Philipps, L.H., & O'Hara, M.W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4 1/2-year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (2), 151-155.

Pianta, R.C., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (1989). Continuity and discontinuity in maternal sensitivity at 6, 24, and 42 months in a high-risk sample. *Child Development, 60,* 481-487.

Pickens, J., & Field, T. (1993). Attention-getting vs imitation effects on depressed mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal, 14* (3), 171-181.

Pitt, B. (1968). Atipycal depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry, 114,* 1325-1335.

Pitt, B. (1973). Maternity blues. *British Journal of Psychiatry,* 122, 431-433.

Pitt, B. (1978). Introduciton. In M. Sandler (Ed.), *Mental illness in pregnancy and the puerperium* (pp. 1-6). Oxford: Oxford University Press.

Pitt, B. (1982/1985). Depresión y nascimento. In E.S. Paykel (Coor.), *Psicopatología de los transtornos afectivos* (pp. 541-567). Madrid: Ediciones Pirâmide.

Pitts, F. (1995). Comrades in adversity: the group approach. *Health visitor, 68* (4), 144-145.

Playfair, H.R. & Growers, J.I. (1981). Depression following childbirth — a search for preditive signs. *Journal Real College of General Pratice, 31,* 201-08.

Platz, C & Kendell, R.E. (1988). A matched control follow-up and family study of puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry,* 153, 90-94.

Pop, V.J., de Rooy, H.A., Vader, H.L., Van der Heide, D., et al. (1991). Postpatum thyroid dysfunction and depression in an unselected population. *New England Journal of Medicine, 324* (25), 1815-1816.

Popper, K., & Eccles, J. (1977). *The self and its brain.* New York: Springer.

Prodromidis, M., Abrams, S., Field, T., Scafidi, & Rahdert, E. (1994). Psychosocial stressors among depressed adolescent mothers. *Adolescence, 29* (114), 331-344.

Protheroe, C. (1981). Psychiatric ilness associated with childbirth. *Practitioner, 225,* 1245-1251.

Puckering, C., Pickles,A., Skuses, D., Heptinstall, E., Dowdney, L., & Zur-Szpiro, S. (1995). Mother-child interaction and the cognitive and behavioural development of four-year children with poor growth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*(4), 573-595.

Pugh, T.J., Jerath, B.K., Schmidt, W.M., & Reed, R.B. (1963). Rates of mental disease related to childbearing. *New England Journal of Medicine, 268,* 1224.

Quadagno, D.M. Dixon, L.A., Denney N.W. & Buck, A. (1986). Postpartum moods in men and women. American *Journal of Obstetrics and Gynecology, 154,* 1018-1023.

Radke-Yarrow, M., Cummings, E.M., Kuczynski, L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachments in two and three-years-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development, 56,* 884-893.

Radke-Yarrow, M., McCan, K., DeMulder, E., Belmont, B., Martinez, P., & Richardson, D.T. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology, 7,* 247-265.

Radke-Yarrow, M., Ritchers, J. & Wilson, W.E. (1988). Child development in the network of relationships. In R.A. Hinde & J. Stevenson-Hide (Eds.), *Relationship within families: Mutual influences.* Oxford: Clarendon Press.

Radke-Yarrow, M., Zahn-Waxler, C., Richardson, D.T., Susman, A., & Martinez, P. (1994). Caring behavior in children of clinically depressed and well mothers. *Child Development, 65,* 1405-1414.

Ragozin, A.S., Basham, R.B., Crinic, K.A., Greenberg, M.T., & Robinson, N.M. (1982). Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology, 18* (4), 627-634.

Rahim, F.A., & Al-Sabiae, A. (1991). Puerperal psychosis in a teaching hospital in Saudi Arabia: Clinical profil and cross-cultural comparison. *Acta Psiquiatrica Scandinavica, 84* (6), 508-511.

Ramey, C.T., Basham, R.B., & Campbell, F.A. (1979). Predicting IQ from mother-infant interactions. *Child Development,* 50, 804-814.

Rebelsky, F., Hanks, C. (1971). Father's verbal interaction with infants in the first three months of life. *Child Development, 42,* 63-68.

Redding, R.E., Harmon, R.J., & Morgan, G.A. (1990). Relationships between maternal depression and infants' mastery behaviors. *Infant Behavior and Development, 13,* 391-395.

Reissland, N. (1988). Neonatal imitation in the first hour of life: Observations in rural nepal. *Developmental Psychology, 24* (4), 464-469.

Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Mangelsdorf, S. & Sroufe, L.A. (1989). Early childhood antecedents of agression and passiva-withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality, 57,* 257-281.

Rheingold, H.L. (1970/1982). A criança social e socializante. In O. Gouveia Pereira, J. Correia Jesuíno e L. Joyce-Moniz (Eds), *A criança e o mundo*. Lisboa: Moraes Editores.

Rheingold, H.L., & Ames, J.L. (1980). The significance of speech to newborns. *Developmental Psychology*, 16, 397-403.

Richman, N. (1978). Depression in mothers of young children. *Journal of the Royal Society of Medicine, 71*, 489-493.

Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P. (1982). *Pre-school to school: A behavioural study*. London: Academic Press.

Richters, J. & Pellegrini, D. (1989). Depressed mothers' judgments about their children: An examination of the depression-distortion hypothesis. *Child Development, 60*, 1068-1075.

Riesch, S.K. (1988). Occupational commitment and the quality of maternal infant interaction. *Research in Nursing and Health, 7* (4), 295-303.

Ringler, N.M., Kennell, J.H., Jarvella, R., Navojosky, B.H. & Klaus, M.H. (1975). Mother to child speech at two years: effects of early posnatal contact. *Journal of Pediatrics*, 86, 141-144.

Ritter, J.M., Casey, R.J., & Langlois, J.H. (1991). Adult´s responses to infants varying in appearence of age and attractiveness. *Child Development, 62*, 68-82.

Robin, M. (1986). Les comportements tactiles de la mère à la maternité. Effects du sexe de l'enfant, du rang de la naissance et de la prématurité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 34* (8-9), 421-430.

Robinson, G.E., Olmsted, M.P.,.Garner, D.M. (1989). Predictors of postpartum adjustment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80* (6), 561-565.

Robinson, S. & Yong, J. (1982). Screening for depression and anxiety in the post-natal period: acceptance or rejection of a subsequent treatment offer. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 16*, 47-51.

Robson, K., & Kumar, R. (1980). Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 136, 345-353.

Robson, K., & Moss, H. (1970). Patterns and determinants of maternal attachment, *Journal of Pediatrics*, 77, 976-85.

Rochefort, A., & Taillard, C. (1989). In J. Gomes-Pedro (Ed.), *New data on human mother-infant interaction systems*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rodholm, M. & Larsson, K. (1982). The behavior of human male adults and their first contact with newborn. *Infant Behavior & Development*, 5, 121-130.

Rosenberg, A.J., & Silver, E. (1965). The psychiatrist and therapeutic abortion. *California Medicine, 102*, 407-411.

Rosenstein, E., & Oster, H. (1988). Differential facial responses to four basic tastes in newborns. *Child Development, 59,* 1555-1568.

Rosenthal, M.K. (1983). State variations in the newborn and mother-infant interaction during breast feeding: some sex differences. *Developmental Psychology,* 19 (5), 740-745.

Rothbaum, F., Rosen, K.S., Pott, M., & Beatty, M. (1995). Early Parent-child relationships and later problem behavior: A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quartely,* 41 (2), 133-151.

Rotter, J.B. (1966). General expectancies and internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80,* 1-28.

Rubenstein, J.L. (1967). Maternal attentiveness and subsequent exploratory behavior. *Child Development, 38,* 1089-1100.

Russell, C.S. (1974). Parenthood: Problems and gratification. *Journal of Marriage and the Family,* 294-301.

Russell, M.J. (1976). Human olfactory communication. *Nature,* 260, 520-522.

Rutter, D.R., & Durkin, K. (1987). Turn-talking in mother-infant interaction: An examination of vocalization and gaze. *Development Psychology, 23* (1), 60-67.

Rutter, M. (1966). *Children of sick parents: An environmental and psychiatric study.* Oxford: Oxford University Press.

Rutter, M. (1981). Stress coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22* (4), 323-356.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance of psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry, 147,* 598-611.

Rutter, M. (1990a). Commentary: some focus and process considerations regarding effects of postnatal depression. *Developmental Psychology, 26,* 60-67.

Rutter, M. (1990b). Psychological resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Ciccheti, K. Nuechterlein, & S. Weintraub, *Risk and protective factors in the development of psychopathology.* Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medecine, 14,* 853-880.

Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W., & Berger, M. (1975). Attachment and adjustment in two geographical areas. III: Some factors accounting for area differences. *British Journal of Psychiatry, 126,* 520-533.

Sai, F., & Bushness (1988). Perception of faces in different poses by one-month-olds. *Journal of Developmental Psychology,* 6, 35-41.

Salk, L. (1962). Mother's heartbeat as an imprinting stimulus. *Developmental Psychology, 26* (1), 60-67.

Sameroff, A.J. (1989). The social context of development. In N. Eisenberg (Ed.), *Contemporany topics in developmental psychology*. New York: Wiley.

Sameroff, A.J. (1993). Models of development and developmental risk. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 3-13). New York: Guilford Press.

Sameroff, A.J., & Chandler, M.J. (1975). Reprodutive risk and the continuum of caretaking casuality. In F. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegels (Eds.), *Review of Child Development Research, 4*, Chicago University Press.

Sameroff, A.J., Seifer, R., & Zax, M. (1982). Early development of children at risk for emotional disorder. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 47* (7, Serial Nº 199).

Sander, L.W. (1969). The longitudinal course of early mother-child interaction. In E.B. Thoman, *Origins of the infant's social responsiveness*. New Jersey, Hillsdale: Lawwrence Erlbaum.

Sandick, R. (1992). Postpartum psychosis and the pineal gland. *International Journal of Neuroscience, 62* (1-2), 101-105.

Sandler, M.J. (1978). Some biological correlates of mental ilness in relation to childbirth. In M.J. Sandler (Ed.), *Mental Ilness in Pregnancy and the Puerperium* (pp. 9-24). Oxford: Oxford University Press.

Sarimski, K. (1983). Communication between mothers and their handicapped small children. *Fruhforderung Interdisziplinar*, 2 (4), 167-174.

Schaal, B. (1980). Les stimulations olfactives dans la relation entrre l'enfant et la mère. *Reproductive Nutritive Développement, 20*, 843-858.

Schachter, J., Elmer, E., Ragins, N., Wimberly, F., & Laching, T. (1977). Assessment of mother-infant interaction: schizofrenic and non-schizophrenic mothers. *Merrill-Palmer Quartely, 23* (3), 193-206.

Schaefer, E.S. (1989). Dimensions of mother-infant interaction: Measurement, stability, and predictive validity. *Infant Behavior and Development, 12*(4) 379-393.

Schaffer, R. (1979). *Saber ser mãe*. Lisboa: Moraes.

Schaffer, R. (1989). *Interacción y socialización*. Madrid: Visor.

Schaffer, R. (1991). Early social development. In M. Woodhead, R. Carr, & P. Light (Eds.), *Becoming a Person* (pp. 5-30). London: The Open University.

Schall, B. (1980). Les stimulations olfactives dans la relation entre l'enfant et la mère. *Reproductive Nutritive Développement*, 20, 843-858.

Scholmerich, A., Fracasso, M., Lamb, M.E., & Broberg, A.G. (1995). Interactional harmony at 7 and 10 months of age predicts security of attachment as measured by Q-sort ratings. *Social Development*, 41 (1), 62-74.

Schweigert, W.A. (1994). *Research methods & statistics for psychology*. Belmont: Brooks/Cole Publishing Company.

Schweitzer, R.D., Logan, G.P., & Strassberg, D. (1992). The relation between marital intimicy and postnatal depression. *Australian Journal of Marriage & Family, 13* (1), 19-23.

Scott, D.A. (1992). Early identification of maternal depression as a strategy in the prevention of child abuse. *Child Abuse & Neglect, 16* (3), 345-358.

Séguin, L., & Cossette, L. (1991). La dépression post-natale: les facteurs socio-environnementaux. *Santé Mentale au Québec*, 16(1), 139-148.

Seifer, R., Sameroff, A.J., Anagnostopolou, R., & Elias, P.K. (1992). Mother-infant interaction during the first year: Effects of situation, maternal illness, and demographic factors. *Infant Behavior & Development, 15*, 405-426.

Seifer, R., Sameroff, A.J., Barrett, L.C., & Krafchuck, E. (1994). Infant temperament measured by multiple observations and mother report. *Child Development, 65*, 1478-1490.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Sepkoski, C.M., Lester, B.M., Ostheimer, G.W., & Brazelton, T.B. (1992). The effects of maternal epidural anesthesia on neonatal behavior during the first month. *Developmental Medicine and Child Neurology, 34*(12),1072-1080.

Shapiro, S. & Nass, J. (1986). Postpartum psychosis in the male. *Psychopathology, 19*, 138-142.

Shappi, R. (1987). O modelo etológico da relação mãe-bebé. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi, & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebé* (pp. 93-131). Porto Alegre: Artes Médicas.

Sharp, D., Hay, D.F., Pawlby, S., Schmucker, G., Allen, H. & Kumar, R. (1995). The impact of postnatal depression on boys' intelectual development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (8), 1315-1136.

Shaw, D.S., Keenan, K., & Vondra, J.I. (1994). Development precursors of externalizing behavior problems: Ages 1 to 3. *Developmental Psychology, 30*, 355-364.

Shaw, D.S., Vondra, J., Hommerding, K.D., Keenan, K., & Dunn, M. (1994). Chronic family adversity and early child behavior problems: A longitudinal study of low income families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35* (6), 1109-1122.

Shaw, D.S., & Vondra, J.I. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23* (3), 335-357.

Sheppard, M. (1994). Postnatal depression, child care and social support: A review of findings and their implications for practice. *Social Work and Social Sciences Review, 5*(1), 24-46.

Shimizu, Y.M., & Kaplan, B.J. (1987). Postpartum depression in the United States and Japan. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 18, 15-30.

Shoeb, I.H. & Hassan, G.A. (1990). Postpartum psychosis in the Assir region of Saudi Arabia. *British Journal of Psychiatry, 157,* 427-430.

Slee, P.T. (1983). Mother-infant vocal interaction as function of emotional expression. *Early Child Development and Care,* 11 (1), 33-44.

Snow, C. (1972). Mother´s speech to children learning langguage, *Child Development, 43,* 549-565.

Soares, I. (1992). Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência: Estudo intergeracional mãe-filho (a). Dissertação apresentada a provas de Doutoramento na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto: FPCE-UP.

Soares, I., Santos, P.L., Martins, C., Jongenelen, I., Silva, A.P., Figueiredo, B., Mascarenhas, C., Almeida, C., Machado, G., Neves, L., Henriques, M.R., Serra, M., Silva, C., & Costa, O. (1995). Organização comportamental na situação estranha: avaliação da estabilidade através do método teste-reteste. In L.S. Almeida & I.S. Ribeiro (Orgs.), *Avaliação Piscológica: Formas e Contextos,* 3 (pp. 375-389). Braga: Apport.

Sobel, D.E. (1961). Children of schizophrenic patients: Preliminary observations on early development. *American Journal of Psychiatry, 118,* 512-517.

Sorce, J.F., & Emde, R.N. (1982). The meaning of infant emotional expressions: regularities in caregiving responses in normal and Down's syndrome infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 23,* 145.

Soulé, M (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi, & M. Soulé (Eds.), *A dinâmica do bebé* (pp. 132-170). Porto Alegre: Artes Médicas.

Spangenberg, J.J., & Pieters, H.C. (1991). Factors related to postpartum depression. *South African Journal of Psyhcology, 21* (3), 159-165.

Speltz, M., Goodell, E.W., Endriga, M.C., Clarren, S.K. (1994). Feeding interactions of infants with unrepaired cleft lip and/or palate. *Infant Behavior Development, 17,* 131-139.

Spieker, S.J., & Bensley, L. (1994). Role of living and grandmother social support in adolescent mothering and infant attachment. *Developmental Psychology, 30* (1), 102-111.

Spitzer, R.L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry,* 35, 773-782.

Stack, D.M., & Muir, D.W. (1990). Tactile stimulation as a component of social interchange: New interpretations for the still-face effect. *British Journal of Developmental Psychology,* 8(2), 131-145.

Steer, R.A., Scholl, T.O., & Beck, A.T. (1990). Revised Beck Inventory scores of inner-city adolescentes: Pre- and postpartum. *Psychological Reports, 66,* 315-320.

Stein, G. (1982). The maternity blues. In I.F. Brockington & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp.119-154). London: Academic Press.

Stein, A., Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., & Altham, P.E.M. (1989). Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. *British Medical Journal,* 298, 1073-1074.

Stein, A., Gath, D., Boucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P.J., (1991). The relationship between postnatal depression and mother-child interactions. *Bristish Journal of Psychiatry, 158,* 46-52.

Stein, G.S., Milton, F., Bebbington, P., Wood, K. & Coppen, A. (1976). Relationship between mood disturbance and free plasma tryptophan in postpartum women. *Bristish Medical Journal, 2,* 457.

Stein, G., & Van Den Akker, O (1992). The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. *Journal of Psychossomatic Research, 36(1),* 67-75.

Stein, A., Woolley, H., Cooper, S. D., & Fairburn, C. G. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and AlliedDisciplines, 35*(4) 733-748.

Steiner, M. (1979). Psychobiology of mental disorder associated with childbearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 60,* 449-464.

Steiner, S.H. & Gelfand, D.M. (1990). Effects of mothers' simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions. *Child Development, 66,* 1519-1528.

Stern, D. (1974). Mother and infant at play: the dyadic interaction involving facial, vocal an gaze behaviour. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The effects of the infant on its caregiver.* New York: Wiley.

Stern, D. (1971/1983). Micro-analyse de l'interaction mère-nourrisson, *Psychiatrie de l'Enfant,* 26(1), 217-235.

Stern, D. (1980). *Bebé-mãe: Primeira relação.* Lisboa: Moraes Editores.

Stern, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson.* Paris: PUF.

Stern, D., Beebe, B., Jaffe, J., & Bennet, S. (1977). The infant's stimulus world during social interaction: a study of caregivers behaviors with particular reference to repetition and timing. In H. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction* (pp. 177-202). London: Academic Press.

Sternglanz, S.H., & Nash, A. (1988). Ethological constributions to the study of human motherhood. In B. Birns & D.F. Hay (Eds.),*The different faces of motherhood* (pp. 15-46). New York: Plenum Press.

Stewart, D.E. (1988). Prophylactic lithium in postpartum affective psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176,* 552-579.

Stewart, D.E., Klompenhouwer, J.L., Kendall, R.E., & Van Hulst, A.M. (1991). Prophylactic lithium in puerperal psychosis: The experience of three centres. *British Journal of Psychiatry, 158*, 393-397.

Stifter, C.A., & Moyer, D. (1991). The regulation of positive affect: Gaze aversion activity during mother-infant interaction. *Infant Behavior and Development, 14*(1), 111-123.

Stoneman, Z., & Brody, G.H. (1981). Two's company, three makes a difference: An examination of mother's and father's speech to their young children. *Child Development, 52*, 705-707.

Strouse, T.B., Szuba, M.P., & Baxter, L.R. (1992). Response to sleep deprivation in three women with postpartum psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry, 53* (6), 204-206.

Stukey, M.F., Mc Ghee, P.E., Bell, N.J. (1982). Parent-child interaction: the influence of maternal employment. *Developmental Psychology, 18* (4), 635-644.

Susman, V.L., & Katz J.L. (1988). Weaning and depression: Another postpartum complication. *American Journal of Psychiatry, 145 (4)*, 495-498.

Svejda, M.J., Camps, J.J., & Emde, R.N. (1980). Mother-infant "bonding" failure to generalise. *Child Development, 51*, 775-779.

Symons, D.K., & McLeod, P.J. (1994). Maternal, infant, and occupational characteristics that predict postpartum employment patterns. *Infant Behavior and development, 17*, 71-82.

Symons, D.K., & Moran, G. (1994). Responsiveness and dependency are different aspects of social contingencies: An example from mother and infant smiles. *Infant Behavior and development, 17*, 209-214.

Szajnberg, N.M., Skrinjaric, V.V., & DeZan, D. (1994). Mothers' perceptions of infant affect in a Croatian sample: The IFEEL Pictures Assessment. *Infant Mental Health Journal, 15*(4), 328-335.

Tamis-LeMonda, C.S., Damast, M., & Bornstein, M.H. (1994). What do mothers know about the developmental nature of play? Infant Behavior and Development, 17, 341-345.

Tamminen, T. (1988). The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breast feeding. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 344 (supp.), 87-94.

Tamminen, T.M., & Salmelin, R.K. (1991). Psychosomatic interaction between mother and infant during breast feeding. *Psychotherapy and Psychosomatics, 56*(1-2), 78-84.

Tarullo, L.B., DeMulder, E., Ronsaville, D.S., Brown, E., & Radke-Yarrow, M. (1995). Maternal depression and maternal treatment of siblings as preditors of child psychopathology. *Developmental Psychology, 31* (3), 395-405.

Teichman, Y., Rabinovitz, D., & Rabinovitz, Y. (1992). Gender preferences of pregnant women and emotional reaction to information regarding fetal gender and postpartum: An examination of Freud's view about motivation for motherhood. *Sex Roles, 26* (5-6), 175-195.

Termine, N.T., & Izard, C.E. (1988). Infant's responses to their mother's expressions of koy and sadness. *Developmental Psychology,* 24 (2), 223-229.

Teti, D.M., Gelfand, D.M., Messinger, D.S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschooler and their mother. *Developmental Psychology,* 31 (3), 364-376.

Teti, D.M., Gelfand, D.M. (1991). Behavioral competence among mother of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development,* 62, 918-929.

Thoman, E. (1975). How rejecting baby may affect mother-infant synchrony. In Parent-Infant Interaction. Ciba Foundation Symposium, 33 (new series).

Thoman, E.B., & Olson, J.P. (1972). Neonate-mother interaction during breast-feeding. *Developmental Psychology, 6,* 110-118.

Thompson, R.J., Oelher, J.M., Catlett, A.T., & Johndrow, D.A. (1993). Maternal psychological adjustment to the birth of an infant weighing 1,500 grams or less. *Infant Behavior and Development, 16,* 471-485.

Tobin, S.M. (1957). Emotional depression during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology, 10,* 677-681.

Tod, E.D.M. (1964). Puerperal depression. A prospective epidemiologial study. *Lancet,* ii, 1264-1266.

Trad, P.V. (1987). Parental psychopathology as a risk for infant and childhood depression. In *Infant and childhood depression: Developmental factors.* New York: Wiley & Sons.

Trad, P.V. (1991). Adaptation to developmental transformations during the various phases of motherhood. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 19* (3), 403-421.

Trad, P.V. (1993). The role of mental representations in predicting mother-infant interaction. *Pre and Peri Natal Psychology Journal, 7*(4), 287-312.

Trehub, S.E., Unik, A.M., Trainor, L.J. (1993 a). Adults identify infant-direct music across cultures. *Infant Behavior and Development, 16,* 193-211.

Trehub, S.E., Unik, A.M., Trainor, L.J. (1993 b). Maternal singing in cross-cultural perspective. *Infant Behavior and Development, 16,* 285-295.

Trevarthen, C. (1977). Descriptive analyses of infant communicative Behaviour. In H. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction* (pp 227-270). London: Academic Press.

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before speech: the beginning of interpersonal communication* (pp. 321-347). Cambridge: Cambridge University Press.

Tronick, E., Cohn, J., & Shea, E. (1986). The transfer of affect between mothers and infants. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy*. Norwood, N.J.: Ablex.

Tronick, E., & Gianino, A.F., Jr. (1986). The transmisson of maternal disturbance to the infant. In E. Tronick & T. Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbance*. New York: Jossey-Bass.

Trout, M. (1991). Perinatal depression in four women reared by bordeline mothers. *Pre and Peri-Natal Psychology Journal, 5* (4), 297-395.

Troutman, B.R. & Cutrona, C.E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescents mothers. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 69-78.

Tulkin, S.R., & Kagan, J. (1974). Mother-child interaction in the first year of life. In L.J. Stone, H.T. Smith, L.B. Murphy (Eds.). *The competent infant* (pp. 949-954). London: Tavistock Publications

Uddenberg, N. (1974). Reprodutive adaptation in mother and daughter: A study of personality development and adaptation to motherhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 23 (suppl. *254*), 1-115.

Uddenberg, N., & Eglesson, L. (1978). Prognosis of pospartum disturbance. A prospective study of primiparous women and their 4-year-old children. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 58*, 201-212.

Unger, D., & Cooley, M. (1992). Partner and grandmother contact in black and white teen parent families. *Journal of Adolescent Health, 13*, 546-552.

Ussher, J.M. (1992). Research an theory related to female reproduction: Implications for clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology, 31* (2), 129-151.

Vandell, D.L., & Wilson, K.S. (1987). Infants interactions with mothers, siblings and peers: Contrast and relation between interaction systems. *Child Development*, 58, 176-186.

Van den 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. *Child Development, 65*(5), 1457-1477.

Van den Bloom, D.C., & Gravenhorst, J.B. (1995). Prenatal and perinatal correlates of neonatal irritability. *Infant Behavior and Development, 18*, 117-121.

Van den Bloom, D.C., & Hoeksma, J. B. (1994). The effect of infant irritability on mother-infant interaction: A growth curve analysis. *Developmental Psychology, 30*(4), 581-590.

Van Ijzendoorn, M.H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A Review of studies in non clinical populations. *Developmental Review, 12*, 76-99.

Van Ijzendoorn, M.H., Goldberg, S., Kroonenberg, P.M., & Frenkel, O.J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development, 63,* 840-858.

Van Ijzendoorn, M.H., Juffer, F., & Duyvesteyn, M.G.C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36* (2), 225-248.

Van Putten, R. & La Wall, J. (1981). Postpartum psychosis in an adoptive mother and in a father. *Psychosomatic, 22,* 1087-1089.

Van Wulfften Palthe, T., Hopkins, B., & Vos, J.E. (1990). Quantitative description of early mother-infant interaction using information theoretical statistics. *Behaviour, 112*(1-2),117-148.

Vincent, A., Douville, M., & Baruch, P. (1991). Serum sickness induced by fluoxetine. *American Journal of Psychiatry, 148* (11), 1602-1603.

Vizziello, G.F., Antonioli, M.E., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: The structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal, 14*(1), 4- 16.

Waat (1986). Interaction and development in the first year: The effects of prematurity. *Early Human Development, 13* (2), 211-223.

Walton, G.E., Bower, N.J.A., & Bower, T.G.R. (1992): Recognition of familiar faces by new-borns. *Infant Behaviour and Development, 15,* 265-269.

Walton, G.E., Bower, T.G.R. (1993). A modal representation of speech in infants. *Infant Behavior and Development, 16,* 233-243.

Wampold, B.E. & Freund, R. (1987). Use of multiple regression in counselling psychology research: A flexible data-analytic strategy. *Journal of Counselling Psychology, 34* (4), 372-382.

Wang, A.R., & Goldschmidt, V.V. (1994). Interviews of psychiatric impatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 90,* 459-465.

Warner, P., Bancroft, J., Dixson, A., & Hampson, M. (1991). The relationship between perimenstrual depressive mood and depressive illness. *Journal of Affective Disorders, 23* (1), 9-23.

Washington, J., Minde, K., & Goldberg, S. (1987). Temperament in preterm infants: Style and stability. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development,* 40-62.

Waters, E., Wippman, J., & Sroufe, L.A. (1979). Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies in construct validation. *Child Development, 50,* 821-829.

Watt, N.F., Anthony, E.J., Wynne, L.C., & Roff, J.E. (1984). *Children at risk of schizophrenia: A longitudinal perspective.* Cambridge: Cambridge University Press.

Watson, J. (1928). *Psychological care of infant child.* New York: Norton.

Watson, J.P., Elliot, S.A., Rugg, A.J., & Brough, D.I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry, 144,* 453-462.

Vaughn, B.E., Lefeves, G.B., Seifer, R., & Barglow, P. (1989). Attachment behavior, attachment security, and temperament during infancy. *Child Development, 60,* 728-737.

Webster, M. L.. Thompson, J.M.D., Mitchell, E.A., Werry, J.S. (1994). Postnatal depression in a community cohort. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 28*(1), 42-49.

Weissman, M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health, 77,* 445-451.

Weissman, M.M., Gammond, G.D., John, K., Merinkangas, K.R., Warner, V., Prusoff, B. & Sholomskas (1987). Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of General Psychiatry, 44,* 847-853.

Weissman, M.M., & Paykel, E.S. (1974). *The depressed woman.* Chicago and London: University of Chicago Press.

Weissman, M.M., Paykel, E.S., & Klerman, G.L. (1972). The depressed woman as a mother. *Social Psychiatry, 7,* 98-108.

Weissman, M.N., Paykel, E.S., & Prusoff, B. (1985). Social adjustment scale handbook: Rationale, reliability, validity, scoring and training guide.

Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Gammon, G.D., Merinkangas, K.R., Leckman, J.F., & Kid, K.K. (1984). Psychopathology in the children (6-18) of depressed and normal parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* 23, 78-84.

Werker, J.F., & McLeod, P.J. (1989). Development changes in attentional and affective responsiveness to "parentese". *Canadian Journal of Psychology, 43,* 230-246.

Werker, J.F., Pegg, J.E., & McLeod, P.J. (1994). A cross-language investigation of infant preference for infant-directed communication. *Infant Behavior and Development, 17,* 323-333.

Werner, E. (1988). Individual differences, universal needs: A thirty-year study of resilient high-risk infants. *Zero to Three,* 8, 1-5.

Werner, E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention.* Cambridge: Cambridge University Press.

Wertheimer, M. (1961). Psycho-motor development in the human infant. *Science,* 134, 1692.

Whiffen, V.E. (1988). Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. *Journal of Abnormal Psychology,* 97, 467-474.

Whiffen, V.E. (1990). Maternal depressed mood and perceptions of child temperament. *The Journal of Genetic Psychology, 15* (3), 329-339.

Whiffen, V.E. (1991). The comparison of postpartum with non-postpartum depression: A rose by any other name. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 16* (3), 160-165.

Whiffen, V.E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review,* 12 (5), 485-508.

Whiffen, V.E., & Gotlib, I.H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology, 98* (3), 1-6.

Whitton, A., Appleby, L., & Warner, R. (1996). Maternal thinking and the treatment of postnatal depression. *International Review of Psychiatry, 3,* 73-78.

Willie, D.E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development, 14*(2), 227-240.

Williams, H., & Carmichael, A. (1985). Depression in mothers in a multiethnic urban industrial municipality in Melbourne. Aetiological factors and effects on infants and pre-school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 26,* 277-288.

Windstrom, A-M., Wahlberg, V., Matthiesen, A.S., Eneroth, P., et al. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Human Development, 21*(3), 153-163.

Winnicott, D. (1957/1975). *L'enfant et le monde exterior.* Paris: Payot.

Wolkind, S., & Zajicek, E. (1981). *Pregnancy — a psychological and social study.* London: Academic Press.

Wolkind, S., Zajicek, E., Coleman, E., & Ghodsian, M. (1980). Continuities in maternal depression. *International Journal of Family Psychiatry, 1,* 167-182.

Wolf, P.H. (1963). Observation in early development of smiling. In B.M. Foss (Ed.). *Determinants of Infant Behaviour* (II). New York: Wiley.

Worobey, J., & Blajda, V.M. (1989). Temperament ratings at 2 weeks, 2 months, and 1 year: Differential stability if activity and emotionality. *Developmental Psychology,* 25 (2), 463-467.

Woods, N.S., Eyler, F.D., Behnke, M., & Conlon, M. (1993). Cocaine use during pregnancy: maternal depressive symptoms and infant neurobehavior over the first month. *Infant Behavior and Development, 16,* 93-98.

Wrate, R.M., Rooney, A.C., Thomas, P.F., & Cox, J.L. (1985). Postnatal depression and child development: A 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry, 146,* 622-627.

Yoder, P., & Farran, D.C. (1986). Mother infant engagements in dyad with handicapped and non handicapped infants: A pilot study. *Applied Research in Mental Retardation, 7* (1), 51-58.

Yalom, I., Lunde, D., Moss, R., & Hamburg, D. (1968). Postpartum blues syndrome. *Archives of General Psychiatry, 18,* 16-27.

York, R. (1990). Pattern of postpartum blues. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 8* (2), 67-73.

Yoshida, K., & Kumar, R. (1996). Breast feeding and psychotropic drugs. Oates, M. (1996).*International Review of Psychiatry, 3,* 117-124.

Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M., Iannotti, R.J., & Denham, S. (1984). Young children of depressed parents: A population at risk for affective problems. *New Directions for Child Development, 26,* 81-105.

Zahn-Waxler, C., Iannotti, R.J., Cummings, E.M., & Denham, S. (1990). Antecedents of problem behavior in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 2,* 271-291.

Zahn-Waxler, C. (1995). Introduction to special section: Parental depression and distress: Implications for development in infancy, childhood, and adolescence. *Developmental Psychology,* 31 (3), 347-348.

Zajicek, E., & De Salis, W. (1979). Depression in mothers of young children. *Child Abuse and Neglect, 146,* 622-627.

Zajicek, E., & Wolkind, S. (1978). Emotional difficulties in married women during and after the first pregnancy. *British Journal of Psychiatry, 51,* 305-314.

Zajonc, R.B. (1980). Feelinf and thinking: preferences need no inferences. *American Psychologist, 35,* 151-175.

Zarling, C.L., Hirsh, B.J., Landry, S. (1988). Maternal social networks and mother-infant interaction in full-term and very low birtheeight preterm infants. *Child Development, 59* (1), 178-185.

Zaslow, M.J., Pedersen, F.A., Cain, R.L., Suwalsky, J.T. & Kramer, E.L. (1985). Depressed mood in new fathers: Associations with parent-infant interaction. *Genetic Social & General Psychology Monographs, 111* (2), 133-150.

Zekoski, E.M., O'Hara, M.W., & Wills, K.E. (1987). The effects of maternal mood on mother-infant interaction. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15* (3), 361-378.

Zimmerman, M.A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Society for Research in Child Development,* 8 (4), 1-20.

Zeskind, P.S. (1983). Cross-cultural differences in maternal perceptions of cries of low and high-risk infants. *Child Development, 54,* 1119-1128.

Ziporyn, T. (1984). "Rip van Winkle periods" ends for puerperal psychiatric problems. *Journal of the American Medical Association,* 251, 2061-2063.

Zuckerman, B., Als, H., Bauchner, H., Parker, S., & Cabral, H. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy, and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Paediatrics,* 11, 190-194.

ANEXOS

ANEXO I

CARTA ENVIADA ÀS MÃES PARA SELECÇÃO DA AMOSTRA

ANEXO III

CRITÉRIOS DE AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS DE EMPARELHAMENTO

CRITÉRIOS DE AMOSTRAGEM *

01. Data de Nascimento da mãe > 18 e < 35
02. Mãe casada com o Pai do bebé ou coabitando com ele, há pelo menos 9 meses
03. Nível de escolaridade da Mãe, 4 anos ou mais
04. Mãe de Naturalidade Portuguesa
05. Raça Branca
06. Gestação Simples (não gemelar)
07. Gestação sem complicações médicas susceptíveis de afectar o bebé
08. Parto eutócico
09. Trabalho de Parto com duração não superior a 24 horas
10. Idade Gestacional do bebé > 37 e < 43 semanas
11. Índice de Apgar do bebé de 10 ao 5º minuto
12. Peso à Nascença entre o percentil 10 e 90 (em relação ao sexo do bebé)
13. Exame Pediátrico à nascença normal (sem perturbação detectável)
14. Período de Separação mãe-bebé à nascença igual ou inferior a 12 horas

CRITÉRIOS DE EMPARELHAMENTO *

1. Sexo do bebé:
a. M
b. F
2. Nível de Instrução da Mãe:
a. 15 ou mais anos
b. 10 anos ou mais anos
c. 6 anos ou mais anos
d. 4 anos ou mais anos
3. Estatuto Matrimonial:
a. casada
b. coabitando com o pai do bebé
4. Nível Ocupacional da Mãe:
a. Superior
b. Médio-superior
c. Médio
d. Médio-inferior
e. Inferior
f. Desempregada ou doméstica
5 Classe de Graffar da Família:
a. Classe I
b. Classe II
c. Classe III
d. Classe IV
e. Classe V
6 Data de Nascimento da Mãe:
a. 18-20 A
b. 21-25 A
c. 26-30 A
d. 31-35 A

** Os critérios referem-se à data de nascimento do bebé*

ANEXO V

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR)

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA *

Versão Traduzida e Adaptada para Investigação
Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

Este método baseia-se no estudo não apenas de uma característica social da família, mas de um conjunto de 5 critérios que são considerados na classificação da família, a saber: profissão, nível de escolaridade, fontes de rendimento familiar, conforto no alojamento e aspecto do bairro onde a família habita.

Em cada um dos critérios atribua de acordo com as circunstâncias que se verificam na família. A classificação social da família corresponde à soma das pontuações obtidas para cada um dos critérios.

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA
Nome ..... Total ..... Classe .....

Classe I	Famílias cuja soma de pontos totaliza entre 5 e 9, inclusive
Classe II	Famílias cuja soma de pontos totaliza entre 10 e 13, inclusive
Classe III	Famílias cuja soma de pontos totaliza entre 14 e 17, inclusive
Classe IV	Famílias cuja soma de pontos totaliza entre 18 e 21, inclusive
Classe V	Famílias cuja soma de pontos totaliza entre 22 e 25, inclusive

1. PROFISSÃO

(Refere-se à profissão de nível mais elevado exercida por qualquer um dos membros do casal)

(1) Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais, militares de altas patentes.

(2) Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, comerciantes por conta própria, peritos técnicos ou altamente qualificados.

(3) Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes, mestres de obras.

(4) Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros.

(5) Trabalhadores manuais ou operários não-especializados: jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

* Adaptado de: Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillon de la population. *Courier, 6*, 455.

Porto, de de 1989

Exma. Senhora,

A fim de podermos melhorar o apoio a prestar às jovens mães, temos vindo a desenvolver um vasto estudo junto das mães e bebés que habitam a cidade do Porto.

Nesse sentido, agradecíamos muito a sua imprescindível colaboração.

Caso tenha tido o seu primeiro filho, queira ter a gentileza de preencher e nos devolver, no prazo máximo de uma semana após recepção desta carta, os questionários contidos no envelope junto que não carece de selo. A inteira confidencialidade das informações prestadas será mantida.

Certos da sua colaboração, agradecemos antecipadamente.

Dra. Bárbara Figueiredo

(Psicóloga)

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO PARA SELECÇÃO DA AMOSTRA

Porto, de de 1989

Exma. Senhora,

Queira ter a gentileza de responder às perguntas do questionário abaixo, que se referem a si e ao bebé que teve recentemente.

Nas questões nºs 9, 10, 11 e 12 deverá fazer um círculo em volta das letras (a ou b), *consoante as afirmações que se lhe seguem se assemelham mais ou não ao seu caso pessoal.*

Para responder às questões que lhe são feitas poderá socorrer-se, caso o necessite, do Boletim de Saúde Infantil do seu filho.

1. Nome da Mãe .....
2. Morada.....
3. Telefone .....

Mãe

4. Data de Nascimento ..... 5. Natural de .....
6. Estado Civil ..... 6. Habilitações .....
7. Profissão .....
9. Paridade
a. Primípara (i.e., primeiro filho)
b. Multípara (i.e., segundo, ou terceiro, ou ..... filho)
10. Tipo de Gestação
a. Gestação Simples
b. Gestação Gemelar (i.e., gémeos)
11. Tipo de Gravidez
a. Gravidez de Risco (i.e., a gravidez decorreu com complicações médicas, por exemplo, diabetes, hipertensão, infecção, etc.)
b. Gravidez Normal (i.e., a gravidez decorreu sem complicações médicas)
12. Tipo de Parto
a. Parto Eutócico
b. Parto Distócico (por exemplo, cesariana, forceps, ventosa, etc.)

Bebé

13. Nome do Bebé ..... 14. Sexo do Bebé ....
15. Data de Nascimento .....
16. Idade Gestacional : o bebé nasceu com ..... semanas
17. Peso: o bebé nasceu com ..... kg de peso

2. NÍVEL DE INSTRUÇÃO

(Refere-se ao nível de escolaridade mais elevado, obtido por qualquer um dos membros do casal)

(1) Ensino Universitário ou equivalente (15 ou mais anos de estudo). Exemplos: licenciados, mestres ou doutorados; títulos universitários ou de escolas de ensino superior; juízes, magistrados, economistas, notários, agentes do Ministério Público, militares da Academia Militar.

(2) Ensino Médio ou Técnico Superior (10 ou mais anos de estudo). Exemplos: técnicos com cursos técnico-profissionais.

(3) Ensino Médio ou Técnico Inferior (6 anos ou mais anos de estudo).

(4) Ensino Primário completo (4 anos ou mais anos de estudo).

(5) Ensino Básico Incompleto ou Nulo. Exemplos: 1 ou 2 anos de escola primária, saber ler e escrever, analfabeto.

3. FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR

(Refere-se à principal fonte de rendimento da família)

(1) Fortuna herdada ou adquirida. Exemplos: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou de grandes estabelecimentos comerciais.

(2) Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados. Exemplos: encarregados e gerentes ou cargos de rendimentos iguais aos encarregados e gerentes, representantes de firmas comerciais, profissionais liberais.

(3) Rendimentos correspondentes a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário. Exemplos: empregados do Estado, do Governo Civil ou de Câmaras Municipais, oficiais de primeira, subgerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, caixeiros viajantes.

(4) Rendimentos oriundos de salários (i.e., remuneração por semana, por dia, por hora ou à tarefa). Exemplos: operários, mulheres a dias, empregados de balcão ou de escritório.

(5) O indivíduo ou a família é sustentado pela beneficiência pública ou privada (não se incluem as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho). Exemplos: pessoas que não auferem quaiquer rendimentos.

4. CONFORTO DO ALOJAMENTO

(Refere-se a uma impressão de conjunto)

(1) Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo o máximo de conforto.

(2) Categoria intermédia, entre 1 e 3: casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria anterior, são espaçosos e confortáveis.

(3) Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho.

(4) Categoria intermédia, entre 3 e 5.

(5) Alojamentos impróprios a uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, sem ventilação e iluminação apropriadas, ou ainda nos quais moram demasiadas pessoas em promiscuidade.

5. ASPECTO DO BAIRRO

(1) Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.

(2) Bairro residencial bom, de ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas.

(3) Ruas comerciais, ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.

(4) Bairro operário, populoso, mal arejado, ou bairro em que o valor do terreno está diminuído em consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estação de caminho-de- -ferro ou outros.

(5) Bairros de lata, "ilhas".

ANEXO VI

ESCALAS PARA A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ DE BAYLEY (BSID)

ESCALAS DO DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ DE BAYLEY *1

ESCALA MOTORA

Versão Traduzida para Investigação
Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

Ano Mês Dia	Índices de Desenvolvimento *2
Data Teste ___ ___ ___ Data Nasc. ___ ___ ___ Idade ___ ___ ___	Escala Mental ____ (IDM) Escala Motora ____ (IDP)

NOTAS:

***2** O resultado padronizado para a Escala Mental é designado IDM (Índice de Desenvolvimento Mental) e para a Escala Motora é designado IDP (Índice de Desenvolvimento Psicomotor). Veja o Manual.

DIRECÇÃO .....
LOCAL DE NASCIMENTO .....
PESO A NASCENÇA ..... ORDEM DE NASCIMENTO .....
DIFICULDADES PRÉ E PERI-NATAIS.....
ESTADO DE SAÚDE DA CRIANÇA .....
NOME DOS PAIS .....
PAI: EDUCAÇÃO ..... OCUPAÇÃO .....
MÃE: EDUCAÇÃO ..... OCUPAÇÃO .....

	COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR			
	Pai	Mãe	Irmãos 1 2 3 4 5 6 7	Outras crianças 1 2 3
Anote, se presentes no agregado				
Idade aproximada				
Sexo (M-masculino F-feminino)				
Comentários				

Nota.-Caso ambas as escalas, a ESCALA MENTAL e a ESCALA MOTORA, sejam administradas, a informação abaixo só necessita ser anotada na folha de notação da ESCALA MENTAL.

Nome ..... Idade ..... Sexo.....

***1** Bayley, N. (1969). *Bayley Scales of Infant Development. Manual.* New York: The Psychological Corporation.

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
1	0.1	A	Levanta a cabeça quando apoiada no ombro		
2	0.1	A	Ajustamento postural quando apoiado		
3	0.1	B	Movimentos laterais da cabeça		
4	0.4 *(.1-3)*	B	Movimentos de rastejar		
5	0.8 *(.3-3)*	C	@ Retém o anel vermelho		
6	0.8 *(.3-2)*	C	* Movimenta os braços na brincadeira		
7	0.8 *(.3-2)*	C	* Movimenta as pernas na brincadeira		
8	0.8 *(.3-3)*	A	Segura a cabeça em posição vertical		
9	0.6 *(.7-4)*	A	Segura firmemente a cabeça		
10	1.7 *(.7-4)*	C	Segura a cabeça em suspensão dorsal		
11	1.8 *(.7-5)*	C'	Volta-se da posição lateral para a posição dorsal		
12	2.1 *(.7-5)*	B	Levanta-se a si próprio sobre os braços (posição ventral)		
13	2.3 *(.1-5)*	D	Senta-se com apoio		
14	2.5 *(.1-5)*	A	Mantém a cabeça segura: movimento		
15	2.7 *(.7-6)*		* Mãos predominantemente abertas		
16	3.7 *(.2-7)*	E	@ Cubo: preensão cúbito-palmar		
17	3.8 *(.2-6)*	D	Senta-se com ligeiro apoio		
18	4.2 *(.2-6)*	A	Mantém a cabeça segura: balanço		
19	4.4 *(.2-7)*	C'	* Volta-se da posição dorsal para a posição lateral		
20	4.8 *(.3-8)*	F	Faz esforços para estar sentado		
21	4.9 *(.4-8)*	E	@ Cubo: oposição parcial do polegar (radial-palmar)		
22	5.3 *(.4-8)*	F	Faz força para se pôr em posição sentado		
23	5.3 *(.4-8)*	D	Senta-se sozinho, momentaneamente		
24	5.4 *(.4-8)*	G	* Alcance unilateral		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
25	5.6 *(.4-8)*	H	@ Tentativas para agarrar a pastilha		
26	5.7 *(.4-8)*	G	Rotação do punho		
27	6.0 *(.5-8)*	D	Senta-se sozinho, 30 segundos ou mais		
28	6.4 *(.4-10)*	C'	* Volta-se da posição dorsal para a posição ventral		
29	6.6 *(.5-9)*	D	Senta-se sozinho, firmemente		
30	6.8 *(.5-9)*	H	@ Agarra a pastilha, preensão palmar		
31	6.9 *(.5-10)*	D	Senta-se sozinho, boa coordenação		
32	6.9 *(.5-9)*	E	@ Cubo: oposição completa do polegar (radial-digital)		
33	7.1 *(.5-11)*	B	Progressão pré-marcha (anote o modo)		
34	7.4 *(.5-11)*	I	Primeiros movimentos para andar		
35	7.4 *(.6-10)*	H	@ Pastilha: preensão digital parcial (pinça inferior)		
36	8.1 *(.5-12)*	F	Faz força para se pôr em posição de pé		
37	8.3 *(.6-11)*	J	Alcança sozinho a posição sentada		
38	8.6 *(.6-12)*	J	Levanta-se agarrado à mobília		
39	8.6 *(.6-12)*	G	@ Associa colheres ou cubos: linha média		
40	8.8 *(.6-12)*	I	Movimentos de marcha		
41	8.9 *(7-12)*	H	Pastilha: preensão fina (pinça nítida)		
42	9.6 *(.7-12)*	I	Anda com ajuda		
43	9.6 *(.7-14)*	I	Senta-se		
44	9.7 *(.7-15)*	G	@ Bate palmas: traz as mãos à linha média		
45	11.0 *(.9-16)*	I	Fica em pé: sozinho		
46	11.7 *(.9-17)*	I	Anda: sozinho		
47	12.6 *(.9-18)*	K	Levanta-se: I		
48	13.3 *(.9-18)*		@ Atira a bola		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
49	14.1 *(.10-20)*	L	Anda de lado		
50	14.5 *(.11-20)*	L	Anda para trás		
51	15.9 *(.12-21)*	M	Equilibra-se no pé direito com ajuda		
52	16.1 *(.12-23)*	M	Equilibra-se no pé esquerdo com ajuda		
53	16.1 *(.12-23)*	N	Sobe escadas com ajuda		
54	16.4 *(.13-23)*	N	Desce escadas com ajuda		
55	17.8 *(.13-26)*	O	Tenta equilibrar-se na prancha		
56	20.6 *(.15-29)*	O	Anda com um pé na prancha		
57	21.9 *(.11-30+)*	K	Levanta-se: II		
58	22.7 *(.15-30+)*	M	Equilibra-se no pé esquerdo sozinho		
59	23.4 *(.15-30+)*	P	Salta com os dois pés		
60	23.5 *(.16-30+)*	M	Equilibra-se no pé direito sozinho		
61	23.9 *(.18-30+)*	Q	Anda sobre uma linha, direcção geral		
62	24.5 *(.17-30+)*	O	Prancha: equilibra-se com os dois pés		
63	24.8 *(.19-30+)*	R	Salta do último degrau		
64	25.1 *(.18-30+)*	N	Sobe as escadas sozinho: dois pés em cada degrau		
65	25.7 *(.16-30+)*	Q	Anda em bicos de pés, alguns passos		
66	25.8 *(.19-30+)*	N	Desce as escadas sozinho: dois pés em cada degrau		
67	27.6 *(.19-30+)*	O	Prancha: ensaia passos		
68	27.8 *(.20-30+)*	Q	Anda para trás: 10 passos		
69	28.1 *(.21-30+)*	R	Salta do segundo degrau		
70	29.1 *(.22-30+)*	R	Salta em comprimento: 10 a 35 cm (anote o comprimento)		
71	30+ *(.22-30+)*	C	Levanta-se: III		
72	30+ *(.23-30+)*	N	Sobe as escadas: alternando o pé da frente		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
73	30+ *(.20-30+)*	Q	Anda em bicos de pés: 3.3 m.		
74	30+ *(.24-30+)*	O	Prancha: alterna passos		
75	30+ *(.23-30+)*	Q	Anda com os pés sobre a linha: 3.3 m.		
76	30+ *(.25-30+)*	R	Salta em comprimento: 35 a 60 m.		
77	30+ *(.24-30+)*	P	Salta por cima da corda com 5 cm de altura		
78	30+ *(.28-30+)*	R	Salta em comprimento: 60 a 85 cm.		
79	30+ *(.30+)*		Faz dois ou mais saltos seguidos sobre um pé		
80	30+ *(.30+)*	N	Desce as escadas: alternando o pé da frente		
81	30+ *(.28-30+)*	P	Salta por cima da corda com 20 cm.		

LOCAL DE TESTE .....
EXAMINADO POR .....
Nome ..... Idade ..... Sexo.....

ESCALAS DO DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ DE BAYLEY *1

ESCALA MENTAL

Versão Traduzida para Investigação
Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

Ano Mês Dia	Índices de Desenvolvimento *2
Data Teste ___ ___ ___ Data Nasc. ___ ___ ___ Idade ___ ___ ___	Escala Mental ____ (IDM) Escala Motora ____ (IDP)

NOTAS:

***2** O resultado padronizado para a Escala Mental é designado IDM (Índice de Desenvolvimento Mental) e para a Escala Motora é designado IDP (Índice de Desenvolvimento Psicomotor). Veja o Manual.

DIRECÇÃO .....
LOCAL DE NASCIMENTO .....
PESO A NASCENÇA ..... ORDEM DE NASCIMENTO .....
DIFICULDADES PRÉ E PERI-NATAIS.....
ESTADO DE SAÚDE DA CRIANÇA .....
NOME DOS PAIS .....
PAI: EDUCAÇÃO ..... OCUPAÇÃO .....
MÃE: EDUCAÇÃO ..... OCUPAÇÃO .....

	COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR			
	Pai	Mãe	Irmãos 1 2 3 4 5 6 7	Outras crianças 1 2 3
Anote, se presentes no agregado				
Idade aproximada				
Sexo (M-masculino F-feminino)				
Comentários				

Nota.-Caso ambas as escalas, a ESCALA MENTAL e a ESCALA MOTORA, sejam administradas, a informação abaixo só necessita ser anotada na folha de notação da ESCALA MENTAL.

Nome ..... Idade ..... Sexo.....

*1 Bayley, N. (1969). *Bayley Scales of Infant Development. Manual.* New York: The Psychological Corporation.

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
1	0.1	A	Responde ao som da campainha		
2	0.1	B	Sossega quando tomado nos braços		
3	0.1 (.1-3)		Responde ao som da guizo		
4	0.1 (.1-4)		Responde ao som agudo: *clique* do interruptor da luz		
5	0.1 (.1-1)	D	Olha anel vermelho, momentaneamente		
6	0.2 (.1-1)	E	Olha pessoa, momentaneamente		
7	0.4 (.1-2)	D	Olha anel vermelho, prolongadamente		
8	0.5 (.1-2)	D	Coordenação horizontal dos olhos: anel vermelho		
9	0.7 (.3-3)	F	Coordenação horizontal dos olhos: luz		
10	0.7 (.3-2)	E	Os olhos seguem pessoa em mo-vimento		
11	0.7 (.3-2)	E	Responde à voz		
12	0.8 (.3-3)	F	Coordenação vertical dos olhos: luz		
13	0.9 (.5-3)	G	*Vocaliza uma ou duas vezes		
14	1.0 (.5-3)	D	Coordenação vertical dos olhos: anel vermelho		
15	1.2 (.5-3)	F	Coordenação circular dos olhos: luz		
16	1.2 (.5-3)	D	Coordenação circular dos olhos: anel vermelho		
17	1.3 (.5-3)	G'	*Exploração livre do ambiente		
18	1.5 (.5-4)	E	Sorriso social: E. fala e sorri		
19	1.6 (.7-4)	D	Vira os olhos para o anel vermelho		
20	1.6 (.5-4)	F	Vira os olhos para a luz		
21	1.6 (.5-5)	G	*Vocaliza pelo menos 4 vezes		
22	1.7 (.1-4)	B	Excitação antecipatória		
23	1.7 (.5-5)		Reage ao papel na cara		
24	1.9 (.1-4)		Pestaneja à sombra da mão		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
25	2.0	E (.1-5)	Reconhecimento visual da mãe		
26	2.1	E (.7-6)	Sorriso social: E. sorri em silêncio		
27	2.1	E (.1-6)	Vocaliza: E. sorri e conversa		
28	2.2	AC (.7-5)	Procura som com os olhos (Especificar)	__Campainha __Guizo	
29	2.3	(.7-5)	Os olhos seguem o lápis		
30	2.3	G (.1-5)	*Vocaliza 2 sons diferentes		
31	2.4	E (.1-5)	Reage ao desaparecimento do rosto		
32	2.5	H (.1-5)	Olha cubo		
33	2.6	D' (.1-5)	Manipula anel vermelho		
34	2.6	AC (.1-5)	Passa os olhos de um objecto para outro		
35	2.6	B (.1-6)	Adaptação antecipatória para ser levantado		
36	2.8	C (.2-5)	Brincadeira simples com a guizo		
37	3.1	D' (.1-5)	Estende a mão para o anel suspenso		
38	3.1	(.2-5)	Segue com os olhos a bola, atra-vés da mesa		
39	3.2	G' (.1-6)	*Tacteia as mãos, brincando		
40	3.2	D' (.1-5)	A cabeça segue o anel suspenso		
41	3.1	I (.1-6)	A cabeça segue a colher		
42	3.3	G' (.2-6)	*Reconhece uma situação estranha		
43	3.3	G2 (.2-6)	*Manipula os bordos da mesa, levemente		
44	3.8	D' (.2-6)	Leva anel à boca		
45	3.8	G' (.2-6)	*Examina as suas mãos		
46	3.8	D' (.2-6)	Agarra anel suspenso (Anotar mão preferida)	_Direita; _Esquerda; _Nenhuma.	
47	3.8	A (.2-6)	Vira cabeça ao som da campainha		
48	3.9	C (.2-6)	Vira cabeça ao som da guizo		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
49	4.1 (2-6)	H	Tenta alcançar cubo		
50	4.3 (.2-7)	G2	*Manipula bordos da mesa, activamente		
51	4.4 (.2-6)	H	Procura alcançar cubo: coordenação olho-mão		
52	4.4 (.2-7)	J	Olha pastilha		
53	4.4 (.2-7)	K	Aproxima-se da imagem ao espelho		
54	4.6 (.3-7)	H	Agarra cubo (Anotar mão preferida)	_Direita; _Esquerda; _Nenhuma.	
55	4.6 (.3-8)	G3	*Vocaliza atitudes (Descrever)	_Prazer; _Satisfacção _Desagrado; _Impaciência.	
56	4.7 (.3-7)	H	Retém 2 cubos		
57	4.8 (.3-7)		Jogo de exploração da folha		
58	4.8 (.3-8)	E'	*Discrimina estranhos		
59	4.9 (.4-8)	C	Recupera guizo no berço		
60	5.0 (.3-8)	H	Tenta alcançar de forma persistente		
61	5.1 (.3-8)	E'	Gosta de brincadeiras divertidas		
62	5.2 (.4-8)	I	Vira cabeça após queda da colher		
63	5.2 (.4-8)	L	Levanta chávena invertida		
64	5.4 (.4-8)	H	Tenta alcançar 2º cubo		
65	5.4 (.3-12)	K	Sorri à imagem no espelho		
66	5.4 (.4-8)	G2	*Batimentos por brincadeira		
67	5.4 (.4-8)	D2	Inspecção minuciosa do anel		
68	5.4 (.4-8)	D2	Jogo de exploração do fio		
69	5.5 (.4-8)	G2	*Transfere objecto de mão para mão		
70	5.7 (.4-8)	H	Pega no cubo, de imediato e com facilidade		
71	5.7 (.4-8)	D2	Puxa o fio: agarra o anel		
72	5.8 (.4-8)	G2	*Interessa-se por produzir sons		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
73	5.8	L (.4-11)	Pega na chávena pela asa		
74	5.8	M (.4-10)	Presta atenção ao acto de rabiscar		
75	6.0	I (.5-10)	Procura colher caída		
76	6.2	K (.4-12)	Resposta ao espelho: jogo		
77	6.3	H (.4-10)	Conserva 2 ou 3 cubos que lhe são oferecidos		
78	6.5	A' (.5-10)	Manipula campainha: interessa-se pelo pormenor		
79	7.0	G3 (.5-12)	*Vocaliza 4 sílabas diferentes		
80	7.1	D2 (.5-10)	Puxa fio adequadamente: segura anel		
81	7.6	E' (.5-12)	Coopera nos jogos	Anote competência no item 44 da Escala Motora	
82	7.6	H (.5-14)	Esforça-se por segurar 3 cubos		
83	7.8	A' (.5-13)	Toca campainha prepositadamente		
84	7.9	N (.5-14)	*Presta selectivamente atenção a palavras familiares		
85	7.9	G3 (.5-14)	*Diz "da-da" ou equivalente		
86	8.1	H' (.6-12)	Destapa brinquedo		
87	8.9	O (.6-12)	Toca com os dedos nos buracos do tabuleiro		
88	9.0	L (.6-14)	Levanta chávena: pega cubo		
89	9.1	N (.6-14)	Responde a solicitação verbal		
90	9.4	L (.6-13)	Põe cubo dentro da chávena, sob ordem (Anotar número)	itens 90, 100, 114 _Nº cubos	
91	9.5	P (.8-14)	Olha para conteúdo da caixa		
92	9.7	L (.8-15)	Remexe com a colher por imitação		
93	10.0	Q (.7-16)	Olha gravuras no livro		
94	10.1	Q (.7-17)	Inibe-se sob ordem		
95	10.4	M (.7-15)	Tenta imitar rabisco		
96	10.5	H1 (.8-17)	Desembrulha cubo		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
97	10.8 (.8-17)	E'	*Repete acção que suscitou riso		
98	11.2 (.8-15)	M	Agarra lápis, adequadamente		
99	11.3 (.8-15)		Empurra carrinho		
100	11.8 (.9-18)	L	Põe 3 ou mais cubos na chávena		
101	12.0 (.9-18)	G3	Palra expressivamente		
102	12.0 (.9-17)	P	Abre caixa azul		
103	12.0 (.8-18)	Q	Vira páginas do livro		
104	12.2 (.8-19)		Bate no boneco que chia por imitação		
105	12.4 (.7-18)	D2	Balouça anel pelo fio		
106	12.5 (.9-18)	N	*Imita palavras (Anotar palavras usadas)		
107	12.9 (10-17)	P	Põe contas dentro da caixa (6 a 8)		
108	13.0 (10-17)	O	Coloca 1 prego, repetidamente		
109	13.4 (10-19)	G	Retira pastilha da garrafa		
110	13.6 (10-20)	R	Tabuleiro azul: coloca 1 peça redonda (Especificar)		Itens 110 121 129 142 155 159,160 _Tempo _N° redondos; _N°quadrados;
111	13.8 (10-19)	H'	Constrói torre de 2 cubos		Itens 111 119 143 161 _N° cubos
112	14.0 (10-21)	M	Rabisca, espontaneamente		
113	14.2 (10-23)	G3	Diz 2 palavras (Anotar palavras)		Ouvidas: Referidas:
114	14.3 (11-20)	L	Põe 9 cubos na chávena		
115	14.6 (10-20)	P	Fecha caixa redonda		
116	14.6 (11-19)		*Utiliza gestos para fazer conhecer a sua vontade		
117	15.3 (11-23)	M	Mostra sapatos, peça de roupa ou brinquedo próprio		
118	16.4 (13-20)	O	Os pregos são colocados em 70 segundos (Anotar tempo)		Itens 118 123 134156 Tentativas 1 2 3 Tempo __ __ __
119	16.7 (13-21)	H'	Constrói torre de 3 cubos		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
120	16.8 (12-26)	S	Tabuleiro rosa: coloca peça redonda (Especificar)	Itens 120 137 151 _ Coloca redondo _ Coloca todas as peças _ Coloca todas as peças (tabuleiro invertido)	
121	17.0 (12-26)	R	Tabuleiro azul: coloca 2 peças redondas		
122	17.0 (12-24)		Alcança brinquedo com vareta		
123	17.6 (14-22)	O	Pregos colocados em 42 segundos		
124	17.8 (13-27)	T	Nomeia 1 objecto (Anotar objecto nomeado)	Itens 124, 138, 146 _ Bola _ Tesoura _ Lápis _ Relógio _ Chávena	
125	17.8 (13-26)	M	Imita risco de lápis		
126	17.8 (14-26)	U	Segue instrucções: boneca (Anotar as partes sucedidas)	_ Cadeira _ Chávena _ Lenço	
127	18.8 (14-27)	G3	*Utiliza palavras para dar a conhecer a sua vontade		
128	19.1 (15-26)	U	Aponta partes: boneca (Anotar partes reconhecidas)	_ Cabelo _ Olho _ Boca _ Pés _ Ouvido _ Nariz _ Mãos	
129	19.3 (14-30+)	R	Tabuleiro azul: coloca 2 peças redondas e 2 peças quadradas		
130	19.3 (14-27)	V	Nomeia 1 imagem (Anotar na lista)	Itens 130,132,139,141,149 Nomear(N)/Apontar(A) Cão ___ Sapato ___ Chávena ___ Casa ___ Relógio ___ Bandeira ___ Estrela ___ Folha ___ Carteira ___ Livro ___ Nº nomeadas ___ Nº apontadas ___	
131	19.7 (14-30+)		Encontra 2 objectos (Anotar tentativa sucedida)	Tentativa 1 2 3 Bola _ _ _ Coelho _ _ _	
132	19.9 (16-28)	V	Aponta imagens (Anotar na lista do item 130)		
133	19.9 (15-27)	W	Boneca partida: tentativa de conserto		
134	20.0 (16-29)	O	Pregos colocados em 30 segundos		
135	20.5 (14-30+)	M	Diferencia rabisco de traço		
136	20.6 (16-30)	G3	Frases de 2 palavras		
137	21.2 (16-30+)	S	Tableiro rosa: completa		
138	21.4 (16-30)	T	Nomeia 2 objectos		
139	21.6 (17-30+)	V	Aponta 5 imagens (Anotar na lista do item 130)		
140	21.9 (15-30)	W	Boneca partida: conserta aproximadamente		
141	22.1 (17-30+)	V	Nomeia 3 imagens (Anotar na lista do item 130)		

Marque P (passou) ou F (falhou). Na coluna "Outro" marque O (omitido), R (recusado) ou RPT (reportado pela mãe)

Item nº	Colocação *1	Situação	Título do item	Resultado P F Outro	Notas
142	22.4	R (16-30+)	Tabuleiro azul: coloca 6 peças		
143	23.0	H' (17-30+)	Constrói torre de 6 cubos		
144	23.4	X (16-30+)	Discrimina 2: chávena, prato, caixa (Anotar qual)	Itens 144 152 _ Chávena _ Caixa _ Prato _ Todos	
145	23.8	Y (17-30+)	Nomeia relógio: 4a. imagem (Anotar em que imagem nomeia)	Itens 145 150 _ 5a. gravura _ 3a gravura _ 4a gravura _ 2a gravura	
146	24.0	T (17-30+)	Nomeia 3 objectos		
147	24.4	M (19-30+)	Imita traços: horizontal e vertical		
148	24.7	V (19-30+)	Aponta 7 gravuras (Anotar na lista do item 130)		
149	25.0	V (19-30+)	Nomeia 5 gravuras (Anotar na lista do item 130)		
150	25.2	Y (18-30+)	Nomeia relógio, na 2a. gravura		
151	25.4	S (18-30+)	Tabuleiro rosa: invertido		
152	25.6	X (18-30+)	Discrimina 3: chávena, prato, caixa		
153	26.1	W (16-30+)	Boneca partida: conserta correctamente		
154	26.1	H' (19-30+)	Constrói comboio com cubos		
155	26.0	R (19-30+)	Tabuleiro azul: completa em 150 segundos		
156	26.6	O (19-30+)	Pregos colocados em 22 segundos		
157	27.9	M (22-30+)	Dobra o papel		
158	28.2	Z (22-30+)	Compreende 2 preposições		
159	30.0	R (22-30+)	Tabuleiro azul: completa em 90 segundos		
160	30+	R (22-30+)	Tabuleiro azul: completa em 60 segundos		
161	30+	H' (22-30+)	Constrói torre de 8 cubos		
162	30+	H' (21-30+)	Conceito de unidade		
163	30+	Z (23-30+)	Compreende 3 preposições		

LOCAL DE TESTE .....
EXAMINADO POR .....

Nome ..... Idade ..... Sexo .....

ESCALAS DO DESENVOLVIMENTO DO BEBÉ DE BAYLEY *1

REGISTO DO COMPORTAMENTO DO BEBÉ

Versão Traduzida para Investigação
Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

Ano Mês Dia	Índices de Desenvolvimento *2
Data Teste ___ ___ ___	
Data Nasc. ___ ___ ___	Escala Mental ___ (IDM)
Idade ___ ___ ___	Escala Motora ___ (IDP)

INSTRUÇÕES: Preencha esta escala imediatamente após a administração das Escala Mental e Motora. Em cada sub-escala, faça um círculo em volta do item que melhor descreve o comportamento da criança. Os comentários adicionais e os comportamentos tipo devem ser anotados na margem reservada para esse efeito, do lado direito, onde encontrará igualmente listas de comportamentos específicos que deverão ser anotados, caso sejam observados pelo examinador. No final do formulário encontrará um lugar apropriado ao registo de qualquer comportamento desviante e à avaliação global da criança. (Veja o Manual para instrucções mais detalhadas.)

	IDENTIFIQUE COMPORTAMENTOS RELEVANTES ESCREVA NOTAS DESCRITIVAS E ESCLARECEDORAS
ORIENTAÇÃO SOCIAL **1. Resposta às pessoas** (circunde um) Classificação **1** O comportamento para com as pessoas não é diferente do comportamento para com os objectos **2** Entre 1 e 3 **3** Responde brevemente à aproximação social, mas não atende às pessoas quando não é abordado directamente **4** Entre 3 e 5 **5** Responde à aproximação social e às pessoas presentes, mas em menos de metade do tempo total da avaliação **6** Entre 5 e 7 **7** Responde à aproximação social e mantém-se interessado nas pessoas presentes **8** Entre 7 e 9 **9** O comportamento parece ser continuamente afectado pela necessidade de tomar conhecimento das pessoas presentes	

*1 Bayley, N. (1969). *Bayley Scales of Infant Development. Manual.* New York: The Psychological Corporation.

*2 Refere-se aos valores estandardizados da Escala Mental e da Escala Motora, designados, respectivamente, IDM (Índice da Escala Motora) e IDP (Índice da EscalaPsicomotora).

	IDENTIFIQUE COMPORTAMENTOS RELEVANTES ESCREVA NOTAS DESCRITIVAS E ESCLARECEDORAS
ORIENTAÇÃO SOCIAL **2. Resposta ao examinador** (circunde um) Classificação **1** Evitamento ou afastamento **2** Hesitação **3** Aceitação **4** Aceitação calorosa **5** Convite (inicia, pede)	___Frio ___Carrancudo ___Olhar cauteloso ___Animado ___Sorridente ___Ri-se ___Inquieta-se ___Vocaliza ___Esconde-se e espreita
ORIENTAÇÃO SOCIAL **3. Resposta à mãe** (circunde um) Classificação **1** Evitamento ou afastamento **2** Hesitação **3** Aceitação **4** Aceitação calorosa **5** Convite (inicia, pede)	**Examinador (E) e/ou Mãe (M)** (circunde) Chama por E / M Volta-se para E / M Vira costas a E / M Aproxima-se de E / M Outros (Especificar):
COLABORAÇÃO **4. Cooperação com o examinador, na base das reacções interpessoais** (circunde um) Classificação **1** Resiste a todas as sugestões e pedidos **2** Não colabora **3** Recusa ou resiste numa ou duas provas específicas, ou recusa colaborar durante uma parte da sessão (por exemplo, no início ou já perto do fim), ou recu- sa responder a itens mais difíceis em que pode falhar **4** Entre 3 e 5 **5** Dá resposta ou aceita o material do teste; nem co-laborante nem resistente em relação ao examinador **6** Entre 5 e 7 **7** Parece tirar prazer da troca com o entrevistador durante a situação de teste **8** Entre 7 e 9 **9** Entra rapidamente e com entusiasmo nos jogos ou tarefas propostas	___Recusa os materias do teste ___Vira costas ___Diz "Não" ___Afasta os brinquedos ___Usa os brinquedos à sua maneira ___Diz "Não", mas executa a tarefa ___Conforma-se com palavra mágica, tipo "Vamos lá" ___Continua jogos já iniciados (e.g.,, atirar a bola) ___Inicia jogos que envolvem o examinador ___Outros (Especificar):
RECEIO **5. Reacção à novidade ou ao desconhecido; por exemplo pessoas desconhecidas, mudanças no ambiente, materiais do teste que não conhece** (circunde um) Classificação **1**Aceita a situação por inteiro sem evidenciar receio, precaução ou inibição da acção **2** Entre 1 e 3 **3** Leve vigilância e contenção do comportamento, durante os primeiros minutos **4** Entre 3 e 5 **5** O comportamento é afectado pela novidade e des-conhecido, mas apenas de forma moderada e durante aproximadamente a primeira terça parte do período de teste **6** Entre 5 e 7 **7** Exibe evidências de que está incomodado, pela situação ou pessoas desconhecidas, a maior parte do tempo de teste **8** Entre 7 e 9 **9** Forte indicação de medo do estranho, ao ponto de não ser possível cativá-lo para o jogo ou para a resposta ao teste	___Desinibido ___Indiferente ___Domina a situação (passa por cima) ___Calmo ___Cauteloso ___Atenção vigilante ___Expressão apreensiva ___Actividade reduzida ___Ausência de vocalizações ___Voltado para a mãe ___Agarra-se à mãe ___Afasta-se do examinador ___Grita ___Protestos verbais ___Outros (Especificar): Depois do período inicial do teste, a criança envolve-se num jogo fácil ? ___ Sim ___ Não (Se "Não", descreva os sinais de persistência de receio) ___Inibição continuada ___Jogo cauteloso ___Actividade sobreexcitada ___Outros (Especificar):

	IDENTIFIQUE COMPORTAMENTOS RELEVANTES ESCREVA NOTAS DESCRITIVAS E ESCLARECEDORAS
TENSÃO **6. Estado tensional do corpo** (circunde um) Classificação **1** Inerte, pode estar flácido a maior parte do tempo **2** Entre 1 e 3 **3** O corpo tem tónus muscular e está geralmente relaxado **4** Tem sobressaltos **5** Geralmente relaxado, o corpo fica por vezes ten-so, mas volta facilmente ao estado flexível e relaxado **6** Entre 5 e 7 **7** O corpo está tenso em mais de metade do tempo do teste; pode estar hirto ou rígido em uma ou mais áreas; sobressalta, estremece ou treme facilmente **8** Entre 7 e 9 **9** O corpo está predominantemente retesado/tenso	
TONALIDADE EMOCIONAL GERAL **7. Grau de contentamento** (circunde um) Classificação **1** A criança parece infeliz durante todo o período de teste **2** Entre 1 e 3 **3** Às vezes bastante infeliz, mas pode responder com alegria **4** Entre 3 e 5 **5** Moderadamente feliz ou contente, pode tornar-se indisposto, mas recupera com razoável facilidade **6** Entre 5 e 7 **7** Geralmente está num feliz estado de bem-estar **8** Entre 7 e 9 **9** Irradia felicidade; nada o indispõe; animado	___Gritos ___Inquietação ___Prostração apática ___Protestos ___Carrancudo ___Expressões de infelicidade ___Não-expressividade ___Sorrisos ___Balbucios, arrulhos, entoações de contentamento ___Guinchos ___Expressões de animação ___Outros(Especificar): Descreva qualquer incidente/condição perturbadores
ORIENTAÇÃO PARA OS OBJECTOS **8. Resposta aos objectos; brinquedos ou materiais de teste** (circunde um) Classificação **1** Não olha para os objectos, ou de alguma forma indica desinteresse. **2** Entre 1 e 3 **3** Quando o material lhe é dado, olha-o e pega nele por breves momentos, mas não o explora **4** Entre 3 e 5 **5** Brinca com o material quando lhe é dado: depois de reacção breve afasta-o ou perde o interesse nele **6** Entre 5 e 7 **7** Mantém o interesse pelo material do teste, por cada novo, à medida que lhe é apresentado **8** Entre 7 e 9 **9** É relutante em largar o material	___Toca ___Manipula ___Examina ___Leva à boca ___Atira ___Bate ___Relaciona dois objectos ___Procura por ___Pede por ___Grita por ___Agarra-se a ___Oferece às pessoas ___Outros (Especificar):
ORIENTAÇÃO PARA OS OBJECTOS **9. Jogo imaginativo com os materiais: por exemplo, organiza-os em novas relações, emprega-os na sequência de um jogo** (circunde um) **1** Sim **2** Não	
ORIENTAÇÃO PARA OS OBJECTOS **10. Ligação persistente a qualquer brinquedo específico ou a algum objecto próprio?** (circunde um) **1** Sim **2** Não	

	IDENTIFIQUE COMPORTAMENTOS RELEVANTES ESCREVA NOTAS DESCRITIVAS E ESCLARECEDORAS
<u>ORIENTAÇÃO PARA OS FINS</u> **11. Persistência no esforço dirigido a um objectivo**(circunde um) Classificação **1** Não há evidência de qualquer esforço dirigido **2** Entre 1 e 3 **3** Faz algumas tentativas dirigidas a um fim, mas distrai-se com facilidade ou não mostra interesse em completar (i.é., atingir um objecto, resolver um problema) **4** Entre 3 e 5 **5** Faz esforços com razoável persistência com vista a um objectivo, ou repete tentativas para atingir um fim (por exemplo, para conseguir um objecto do seu interesse) **6** Entre 5 e 7 **7** Esforços persistentes para atingir um objectivo ou resolver um problema **8** Entre 7 e 9 **9** É compulsivamente absorvido por uma tarefa até a ter resolvida	___Procura reter os materiais de teste ___Fica zangado quando falha ___Exprime satisfação com o sucesso ___Repete acções em que teve sucesso ___Fala acerca da tarefa ___Pede ajuda ___Choraminga quando encontra dificuldades ___Grita ___Outros (Especificar): Descreva qualquer comportamento dirigido a um objectivo que seja típico, dê a qualidade das acções:
<u>DURAÇÃO DA ATENÇÃO</u> **12. Manutenção da atenção sobre algum objecto, pessoa ou actividade, para além da finalização de um objectivo** (circunde um) Classificação **1** Períodos de atenção breve **2** Entre 1 e 3 **3** Presta atenção a um brinquedo, tarefa ou pessoa, mas é facilmente distraído **4** Entre 3 e 5 **5** Atenção moderada a cada novo brinquedo, pessoa ou situação; rapidamento disponível para outro **6** Entre 5 e 6 **7** Mantém-se interessado pelas pessoas, tarefas ou coisas, por períodos de tempo bastante longos **8** Entre 7 e 9 **9** Mantém-se continuadamente absorvido, por longos períodos de tempo, num brinquedo, actividade ou pessoa	
<u>PERSISTÊNCIA</u> **13. Constância na adequação das respostas aos pedidos do teste** (circunde um) Classificação **1** Cansa-se com facilidade, regressa rapidamente a níveis inferiores de funcionamento **2** Entre 1 e 3 **3** A instabilidade aumenta com relativa rapidez e a situação de teste é terminada **4** Entre 3 e 5 **5** Tolerância adequada na maior parte do teste, só se instabiliza perto do fim **6** Entre 5 e 7 **7** Aguenta-se bem durante todo o período de teste **8** Entre 7 e 9 **9** Continua a responder adequadamente e com interesse, mesmo em provas prolongadas de elevada dificuldade	

	IDENTIFIQUE COMPORTAMENTOS RELEVANTES ESCREVA NOTAS DESCRITIVAS E ESCLARECEDORAS
ACTIVIDADE **14. Quantidade de movimentos do corpo (motricidade grossa)** (circunde um) Classificação **1** Mantém-se sossegado num mesmo lugar, sem praticamente realizar movimentos **2** Entre 1 e 3 **3** Usualmente sossegado e inactivo, mas responde adequadamente em situações que exijam alguma actividade **4** Entre 3 e 5 **5** Actividade moderada, entra nos jogos com liberdade de acção **6** Entre 5 e 7 **7** Está em actividade na maior parte do período de observação **8** Entre 7 e 9 **9** Hiperactivo, não consegue estar quieto para a realização de provas sedentárias	___Movimentos da face e da cabeça ___Movimentos das mãos ___Abana os braços ___Enrosca-se ___Rebola ___Dá pontapés ___Torce-se ___Rasteja ___Corre ___Trepa ___Pulos ___Saltos ___Outros (Especificar): Anotar qualquer peculiariedade na actividades motora:
REACTIVIDADE **15. Facilidade com que a criança é em geral estimulada para reagir; a sua SENSIBILIDADE e EXCITABILIDADE; a reactividade pode ter uma tonalidade positiva ou negativa** (circunde um) Classificação **1** Não reactivo; parece prestar pouca atenção ao que se passa à sua volta; responde apenas a estímulos fortes ou repetidos **2** Entre 1 e 3 **3** Alguma tendência para não ser reactivo aos estímulos habituais do teste, etc. **4** Entre 3 e 5 **5** Moderadamente atento e responsivo na reacção aos estímulos do teste, etc. **6** Entre 5 e 7 **7** Toma rapidamente conhecimento das mudanças nos materiais ou situações do teste **8** Entre 7 e 9 **9** Muito reactivo; qualquer pequena coisa parece excitá-lo.	___Tranquilo ___Sobressaltado ___Assustado ___Agitado ___Choros ___Olhar atento ___Vocalizações ___Guinchos ___Outros (Especificar): Responde a: ___Estímulos visuais ___Sons ___Temperaturas ___Tocares ___Compressão ___Cheiros ___Ser contrariado ___Ser transportado ___Outros (Especificar):

ÁREAS SENSORIAIS DE INTERESSE (circunde um para cada item) Nota..— Classifique de 1 (Nenhum) até 9 (Excessivo)	Nenhum Excessivo
16. Ver-olhar	1 2 3 4 5 6 7 8 9
17. Ouvir sons	1 2 3 4 5 6 7 8 9
18. Produzir sons	1 2 3 4 5 6 7 8 9
19. Bater com brinquedos ou com as mãos na mesa, atirar brinquedos, etc.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
20. Manipular (explorar com as mãos)	1 2 3 4 5 6 7 8 9
21. Movimentos do corpo	1 2 3 4 5 6 7 8 9
22. Levar à boca ou chupar língua ou dedos	1 2 3 4 5 6 7 8 9
23. Chupeta	1 2 3 4 5 6 7 8 9
24. Brinquedos	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	IDENTIFIQUE COMPORTAMENTOS RELEVANTES ESCREVA NOTAS DESCRITIVAS E ESCLARECEDORAS
ENERGIA E COOPERAÇÃO PARA A IDADE (circunde um para cada item) Nota..-As pontuações nestes itens devem ser estimadas tendo conta a idade da criança	
25. Nível de energia (entre baixo e alto) Baixo Alto 1 2 3 4 5	
26. Coordenação dos movimentos grossos para a idade (entre funcionamento suave e coordenação pobre) Funcionamento suave Coordenação pobre 1 2 3 4 5	
27. Coordenação dos movimentos finos (mãos) para a idade (entre funcionamento suave e coordenação pobre) Funcionamento suave Coordenação pobre 1 2 3 4 5	
AVALIAÇÃO DO TESTE **28. Avaliação da adequação do teste como um indicador das características da criança (mínimo/óptimo)** (circunde um) Classificação **1** Mínimo **2** Razoavelmente adequado **3** Médio **4** Muito bom **5** Excelente	Se classificou 1 ou 2 identifique as razões que o levaram a considerar que o teste não nos dá uma indicação precisa das capacidades da criança (por exemplo, sono, fome, sáude, estado de humor, comportamento da mãe, interferências exteriores):
COMPORTAMENTO POUCO COMUM OU DESVIANTE **29. Foi observado, ou acidentalmente referido (i.e., pela mãe), algum comportamento pouco comum ou desviante, que não tenha ainda sido registado** (circunde um) **1** Sim **2** Não	Se "Sim" descreva: (Anote o tipo de comportamento pouco usual ou desviante, tal como mutismo, tremores, choro provocado, *"head rolling"*, auto-agressão, terrores nocturnos, tiques, autismo.)
AVALIAÇÃO GERAL DA CRIANÇA **30.** (circunde um) **1** Normal **2** Excepcional	Se "excepcional", especifique:

Escreva um breve comentário da avaliação da criança, referindo (a) a qualidade das realizações da criança neste momento; (b) caso seja relevante faça um prognóstico do desenvolvimento posterior, apontando as razões:

ANEXO VI

INVENTÁRIO HOME PARA CRIANÇAS DOS 0 AOS 3 ANOS (HOME)

HOME
PARA CRIANÇAS DOS 0 AOS 3 ANOS *

Versão Traduzida para Investigação
Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

Nome ..... Sobrenome ..... Data Nasc. .....

Direcção ..... Telefone .....

Agregado Familiar .....
(pessoas que vivem no agregado familiar, incluindo o sexo e idade)

Sexo ..... Raça ..... Língua .....

Nível Educacional da Mãe ..... do Pai .....

Ocupação da Mãe ..... do Pai .....

Emprego da Mãe ..... do Pai .....

.....
(Organização actual dos cuidados prestados à criança)

.....
(Organização dos cuidados prestados à criança no passado)

Familiar/substituto entrevistado ..... outros presentes .....

Observações.....

Sumário

Para obter um rápido perfil dos cuidados que são prestados à criança pela família, coloque um (+) no quadrado que se refere ao resultado relativo a cada sub-escala e à escala total.

	Nota	P < 25	P (25-75)	P > 75
Sub-escalas Reposta Emocional e Verbal da Mãe		0-8	9-10	11
Aceitação do Comportamento da Criança		0-5	6-7	8
Organização do Meio Ambiente		0-3	4-5	6
Provisão de Material de Jogo Apropriado		0-3	4-7	8-9
Envolvimento da Mãe com a Criança		0-1	2-4	5-6
Oportunidade de Variedade na Estimulação		0-1	2-3	4-5
Escala Total		0-27	28-37	37-45

*Caldwell, B.M., & Bradley, R.H. (1984). *Home observation for measurement of the environment. Administration manual (revised edition).* Little Rock: University of Arkansas at Little Rock.

INVENTÁRIO HOME

Ponha um círculo em volta do número que antecede o item a que se refere, caso as condições que são descritas sejam observadas durante a visita ou os pais refiram que tais condições ou eventos são característicos do meio ambiente familiar da criança. Tome nota dos sub-totais e do total no sumário.

CAPACIDADE DE RESPOSTA EMOCIONAL E VERBAL DA MÃE

1. A mãe vocaliza espontaneamente para a criança, pelo menos duas vezes durante a visita

2. A mãe responde vocal ou verbalmente às vocalizações da criança

3. Durante a visita, a mãe refere à criança o nome de um ou mais objectos/pessoas com o propósito de a ensinar

4. A linguagem da mãe dirigida ao entrevistador é distinta, clara e audível

5. A mãe inicia trocas verbais com o entrevistador — faz perguntas ou comentários espontaneamente

6. A mãe expressa livre e facilmente as suas ideias e usa frases de duração apropriada

7. A mãe permite que, ocasionalmente, a criança se envolva em brincadeiras em que se possa sujar

8. A mãe elogia espontaneamente as qualidades ou comportamentos da criança, pelo menos duas vezes durante a visita

9. Quando fala da/para a criança, a voz da mãe transmite sentimentos positivos

10. A mãe acaricia ou beija a criança, pelo menos uma vez durante a visita

11. A mãe exibe algumas respostas emocionais positivas aos elogios que o entrevistador faz da criança

RESTRIÇÃO E PUNIÇÃO

12. A mãe não grita à criança durante a visita

13. A mãe não expressa abertamente aborrecimento ou hostilidade para com a criança

14. A mãe não esbofeteia nem bate à criança durante a visita

15. A mãe refere que não ocorreu mais do que um episódio de punição física durante a última semana

16. A mãe não censura, critica ou rebaixa a criança durante a visita

17. A mãe não interfere com as acções da criança ou restringe os seus movimentos mais do que três vezes durante a visita

18. Existem e podem ser vistos pelo menos dez livros em casa

19. A família tem um animal de estimação

ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E TEMPORAL

20. Quando a mãe está fora, os cuidados são prestados por um de três substitutos regulares

21. Alguém leva a criança às compras, pelo menos uma vez por semana

22. A criança sai de casa pelo menos 4 vezes por semana

23. A criança é levada regularmente ao consultório médico ou ao posto clínico para exames ou cuidados preventivos de saúde

24. A criança tem um lugar próprio onde guarda os seus brinquedos e "tesouros"

25. O local onde a criança brinca parece seguro

PROVISÃO DE MATERIAL DE JOGO APROPRIADO

26. A criança tem um ou mais brinquedos ou peças de equipamento para actividade muscular

27. A criança tem brinquedos de empurrar ou de puxar

28. A criança tem uma cadeira de rodas ou um voador, um automóvel de pedais, uma trotinete ou um triciclo

29. A mãe providencia brinquedos ou actividades interessantes para a criança, durante a entrevista

30. A mãe providencia equipamento de aprendizagem apropriado à idade da criança — brinquedos de afagar ou brinquedos para a representação de papéis ("faz de conta")

31. A criança dispõe de equipamento de aprendizagem apropriado à idade — móbil, mesa e cadeira, cadeira alta, parque

32. A criança dispõe de brinquedos de coordenação olho-mão — objectos que entram e saiem uns dos outros, que se ajustam ou se enfiam entre si, etc.

33. A criança dispõe de brinquedos de coordenação olho-mão que permitem combinações brinquedos de empilhar, de encaixar ou de construcção

34. A criança dispõe de brinquedos para a leitura e musicalidade (livros, discos, instrumentos musicais de brincar, etc.)

ENVOLVIMENTO DA MÃE COM A CRIANÇA

35. A mãe procura que a criança permaneça dentro do seu campo visual e olhe para ela muitas vezes

36. A mãe fala para a criança enquanto está a trabalhar/fazer lida doméstica

37. A mãe encoraja intencionalmente os progressos desenvolvimentais da criança

38. A mãe investe em brinquedos que têm valor maturativo para a criança, atribuindo-lhes atenção especial

39. A mãe estrutura os períodos de jogo da criança

40. A mãe providencia à criança brinquedos que estimulam a desenvolver novas competências

OPORTUNIDADES DE VARIEDADE NA ESTIMULAÇÃO DIÁRIA

41. O pai presta diariamente alguns cuidados à criança

42. A mãe lê histórias à criança, pelo menos três vezes por semana

43. A criança faz pelo menos uma das refeições diárias com a mãe e com o pai

44. A família visita ou recebe a visita de pessoas próximas, aproximadamente uma vez por mês

45. A criança tem 3 ou mais livros da sua pertença

Visita marcada com ..... em ...../ ...../ .....

(relação com a criança)

Visita realizada por ..... em ...../ ...../ .....

ANEXO VIII

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADAPTAÇÃO MÃE-BEBÉ DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA (QMAC)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADAPTAÇÃO MÃE-BEBÉ DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA (QMAC) *

Versão Traduzida e Adaptada para Investigação
Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

A. DIFICULDADES DE ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA	B. PREOCUPAÇÃO DA MÃE FACE A ESSAS DIFICULDADES
Alimentação	
1. O bebé mama lentamente ? *2. O bebé acaba o biberon ?* *3. O bebé tem alguma dificuldade (por exemplo, vómitos) ?*	*1. Sente-se atormentada se o bebé come mal?* *2. Ficou inquieta quando aconteceu que o bebé não ganhasse peso durante oito dias consecutivos ?*
Sono	
4. O bebé adormece dificilmente ? *5. O sono do bebé é agitado ?*	*3. Se o bebé dorme mal, o seu sono fica perturbado por isso ?* *4. Mesmo que o bebé durma bem, acorda ao mínimo ruído proveniente do seu quarto ou da sua cama ?*
Asseio	
6. O bebé tem reacções apreciáveis quando está molhado (por exemplo, chora muito) ? *7. O bebé suporta mal a situação de bacio (por exemplo, debate-se) ?*	*5. A que idade pensa que a criança deve ser asseada durante o dia ? e durante a noite?* *6. Fica aborrecida quando acontece que o bebé se suje ?*
Saúde	
8. O bebé tem problemas de saúde (por exemplo, febres altas)? *9. O bebé tem problemas digestivos (por exemplo, prisão de ventre ou diarreias) ?* *10 . Acontece que o bebé fique constipado, tenha otites, anginas, bronquites ?*	*7. Receia contágios, micróbios, evita transportes, locais públicos e sítios onde há muitas crianças ?* *8. Chama muitas vezes o médico a casa ?*
Choro	
11. O bebé chora muito durante o dia ? *12. O bebé chora sem motivo?* *13. O bebé chora durante a noite ?*	*9. Suporta bem os choros do bebé ?* *10. Se fosse mais crescido, apanharia uma palmada quando chora ?* *11. Quando o bebé chora, receia que possa estar doente?*
Mobilidade	
14. Na cama, na mesa de muda ou quando está no carrinho, é um bebé agitado que se mexe muito ? *15. Quando está sentado/deitado no chão, é um bebé que rola em todos os sentidos, gati-nha, movimenta-se e explora ?*	*12. Quando o bebé está só e acordado, vai verificar o que ele está a fazer ?* *13. Quando o bebé está só e a dormir, vai verificar o que ele está a fazer ?*

*Lézine, I. (1964). *Psychopédagogie du premier âge*. Paris: PUF.

QUESTIONARIO DE AVALIAÇÃO DA ADAPTAÇÃO MÃE-BEBÉ DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA (QMAC)

FOLHA DE RESPOSTA

Bárbara Figueiredo (Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, 1997)

Nome ..... Idade ..... Sexo .....

A. DIFICULDADES DE ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA	B. PREOCUPAÇÃO DA MÃE FACE A ESSAS DIFICULDADES
1. Nunca **(2)** Por vezes **(1)** Frequentemente **(0)** 2. Nunca **(2)** Por vezes **(1)** Frequentemente **(0)** 3. Nunca **(0)** Por vezes **(1)** Frequentemente **(2)** 4. Nunca **(0)** Por vezes **(1)** Frequentemente **(2)** 5. Nunca **(0)** Por vezes **(1.5)** Frequentemente **(3)** 6. Nunca **(0)** Por vezes **(0.5)** Frequentemente **(1)** 7. Nunca **(0)** Por vezes **(1.5)** Frequentemente **(3)** 8. Nunca **(0)** Por vezes **(0.5)** Frequentemente **(1)** 9. Nunca **(0)** Por vezes **(0.5)** Frequentemente **(1)** 10. Nunca **(0)** Por vezes **(0.5)** Frequentemente **(1)** 11.Nunca **(0)** Por vezes **(1)** Frequentemente **(2)** 12.Nunca **(0)** Por vezes **(1)** Frequentemente **(2)** 13.Nunca **(0)** Por vezes **(1)** Frequentemente **(2)** 14. Nunca **(0)** Por vezes **(0.5)** Frequentemente **(1)** 15. Nunca **(0)** Por vezes **(0.5)** Frequentemente **(1)**	1. Não **(0)** Um pouco **(1)** Muito **(2)** 2. Não **(0)** Um pouco **(1)** Muito **(2)** 3. Não **(0)** Um pouco **(0.5)** Muito **(1)** 4. Nunca **(0)** Por vezes **(0.5)** Frequentemente **(1)** 5. Precoce **(1)** Normal (entre os 15 e os 18/24 meses de dia) **(0.5)** Tardio **(0)** 6. Nunca **(0)** Por vezes **(1.5)** Frequentemente **(3)** 7. Receia muito e evita frequentemente **(1)** Receia um pouco e por vezes evita **(0.5)** Não receia e não evita **(0)** 8. Ao mínimo sinal de mal-estar **(3)** Por vezes **(1.5)** Nunca, vai à consulta quando isso acontece **(0)** 9. Sim **(0)** Mais ou menos **(1)** Muito mal **(2)** 10. Nunca **(0)** Depende **(1.5)** Certamente, já as apanha **(3)** 11. Nunca **(0)** Por vezes **(1)** Frequentemente **(2)** 12.Raramente **(0)** Por vezes**(1.5)** Frequentemente **(3)** 13.Raramente **(0)** Por vezes**(1.5)** Frequentemente **(3)**

Ali = So = Ass = Saú = Cho = Mob = Tot = _	Ali = So = Ass = Saú = Cho = Mob = Tot =

ANEXO IX

ESCALAS DE INTERACÇÃO FACE-A-FACE E ALIMENTAR (IRS)

ESCALAS DE INTERACÇÃO IRS *

Versão Traduzida para Investigação
Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

ESCALA DE INTERACÇÃO FACE A FACE (IRSff)

AVALIAÇÃO DO BEBÉ

A. Estado 1. Predominantemente sonolento 2. Um tanto sonolento 3. Predominantemente alerta **B. Actividade Física** 1. Dobra/arqueia frequentemente as costas 2. Ocasionalmente dobra/arqueia as costas 3. Corpo relaxado com movimentos dos membros em direcção à mãe **C. Orientação da Cabeça** 1. Frequentemente desvia a cabeça da direcção da mãe 2. Ocasionalmente desvia a cabeça 3. Raramente desvia a cabeça **Resultado do Bebé = Total / 7 ___**	**D. Contacto Ocular** 1. Raramente olha para a mãe 2. Olha às vezes para a mãe 3. Olha frequentemente para a mãe **E. Expressões Faciais** 1. Frequentemente mal-humorado ou com cara de choro 2 Expressão neutra 3. Ocasionalmente sorri ou expressa contentamento **F. Rabugice** 1. Está frequentemente rabujento ou a chorar 2. Ocasionalmente rabuja 3. Não é rabujento **G. Vocalizações** 1. Não vocaliza 2. Vocaliza às vezes 3. Vocaliza frequentemente

AVALIAÇÃO DA MÃE

A. Estado 1. Predominantemente deprimida ou de aparência ansiosa 2. Um pouco deprimida ou um pouco ansiosa 3. Atenta e alerta **B. Actividade Física** 1. Muito pouca actividade/em excesso 2. Alguma actividade 3. Actividade significativa para o bebé **C. Orientação da Cabeça** 1. Frequentemente desvia a cabeça da direcção do bebé 2. Ocasionalmente desvia a cabeça 3. Raramente desvia a cabeça **D. Contacto Ocular** 1. Raramente olha para o bebé 2. Olha às vezes para o bebé 3. Olha constantemente para o bebé **E. Silêncio durante Aversão do Olhar** 1. Raramente calada quando o bebé não olha para ela 2. Às vezes calada quando o bebé não olha para ela 3. Usualmente calada quando o bebé não olha para ela **F. Expressões Faciais** 1. Expressões de indiferença ou tensão 2. Alterna entre expressões de indiferença e tensão e expressões de contentamento 3. Frequentemente expressões de sorriso e contentamento	**G. Vocalizações** 1. Constantes ou ausentes, não-contingentes 2. Algumas, um pouco contingentes 3. Apresentadas a um ritmo sensível, contingentes **H. Comportamentos Infantilizados** 1. Nunca imita o bebé ou apresenta comportamentos simplificados 2. Às vezes imita o bebé ou apresenta comportamentos simplificados 3. Frequentemente imita o bebé ou utiliza comportamentos simplificados **I. Resposta Contingente** 1. Raramente responde no mesmo género ou prontamente ao comportamento do bebé 2. Às vezes responde no mesmo género ou prontamente ao comportamento do bebé 3.Frequentemente responde no mesmo género ou prontamente ao comportamento do bebé **J. Comportamento de Jogo** 1. Raramente brinca com o bebé, jogos apropriados à idade 2. Às vezes brinca com o bebé, jogos apropriados à idade 3. Frequentemente brinca com o bebé, jogos apropriados à idade **Resultado da Mãe = Total / 10 ___**

*Field, T.M. (1980). Interaction of preterm and term infants with their lower- and middle-class teenage and adult mothers. In T.M. Field, S. Goldberg, D. Stern, & A.M. Sostek (Eds.), *High-risk infants and children: Adult and peer interactions.* New York: Academic Press.

ESCALA DE INTERACÇÃO ALIMENTAR (IRSal)

AVALIAÇÃO DO BEBÉ

A. Estado 1. Predominantemente sonolento 2. Um tanto sonolento 3. Predominantemente alerta **B. Actividade Física** 1. Dobra/arqueia frequentemente as costas 2. Ocasionalmente dobra/arqueia as costas 3. Corpo relaxado, moldado ao da mãe **C. Orientação da Cabeça** 1. Frequentemente desvia a cabeça da direcção da mãe 2. Ocasionalmente desvia a cabeça 3. Raramente desvia a cabeça	**D. Contacto Ocular** 1. Raramente olha para a mãe 2. Olha às vezes para a mãe 3. Olha frequentemente para a mãe **E. Persistência na Alimentação** 1. Frequentemente rejeita o mamilo 2. Às vezes rejeita o mamilo 3. Raramente rejeita o mamilo **Resultado do Bebé = Total / 5 ___**

AVALIAÇÃO DA MÃE

A. Posição para aleitar (note se o bebé é segurado do lado direito (1) ou esquerdo (2)) 1. Segura o bebé ao colo 2. Segura o bebé ao colo, protegendo-lhe a cabeça 3. Segura o bebé ao colo, protegendo-lhe a cabeça e as pernas **B. Estado** 1. Predominantemente deprimida ou de aparência ansiosa 2. Um pouco deprimida ou um pouco ansiosa 3. Atenta e alerta **C. Actividade Física** 1. Actividade excessiva 2. Alguma actividade 3. Pouca actividade **D. Orientação da Cabeça** 1. Frequentemente desvia a cabeça da direcção do bebé 2. Ocasionalmente desvia a cabeça 3. Raramente desvia a cabeça **Resultado da Mãe = Total / 9 ___**	**E. Contacto Ocular** 1. Raramente olha para o bebé 2. Olha às vezes para o bebé 3. Olha constantemente para o bebé **F. Vocalizações** 1. Frequentemente vocaliza durante a mamada 2. Às vezes vocaliza durante a mamada 3. Raramente vocaliza durante a mamada **G. Remoção do Biberon/Mamilo** 1. Frequentemente iniciada pela mãe 2. Ocasionalmente iniciada pela mãe 3. Raramente iniciada pela mãe **H. Arrotar** 1. Frequentemente põe o bebé a arrotar 2. Às vezes põe o bebé a arrotar 3. Raramente põe o bebé a arrotar **I. Persistência no aleitar** 1. Persistente no aleitar quando o bebé rejeita o mamilo/ biberon 2. Um pouco persistente no aleitar quando o bebé rejeita o mamilo/biberon 3. Pouco persistente no aleitar quando o bebé rejeita o mamilo/biberon

Nome ..... Idade ..... Sexo .....

ANEXO X

GRELHA PARA A OBSERVAÇÃO DA INTERACÇÃO MÃE-BEBÉ EM SITUAÇÃO DE INTERACÇÃO LIVRE (GOISIL)

Grelha para a Observação da Interacção Mãe-bebé em Situação de Interacção Livre, aos 3, 6 e 12 meses de idade do Bebé (GOISIL)*

Bárbara Figueiredo (Faculdade de Letras, Universidade do Porto, 1992)

1. TIPO DE CONDUTA INTERACTIVA

A) DA MÃE

O comportamento interactivo da mãe caracteriza-se por ser, em primeira instância, uma das 10 categorias a seguir discriminadas:

1. **Iniciativa interactiva** (0.94)
2. **Iniciativa não interactiva** (0.93)
3. **Ausência de resposta** (0.96)
4. **Resposta interactiva positiva** (0.89)
5. **Imitação** (0.88)
6. **Conduta simultânea** (0.88)
7. **Troca ou sequência de trocas interactivas** (0.93)
8. **Resposta interactiva negativa** (0.93)

Veja ainda se observou os dois tipos de condutas seguintes:

MN. Manejo abrupto (1)

SS. Sobre-estimulação (1)

B) DO BEBÉ

O comportamento interactivo do bebé caracteriza-se por ser, em primeira instância, uma das 10 categorias que discriminamos a seguir:

1. **Iniciativa interactiva** (0.84)
2. **Iniciativa não interactiva** (1)
3. **Ausência de resposta** (1)
4. **Resposta interactiva positiva** (0.78)
5. **Imitação** (0.96)
6. **Conduta simultânea** (1)
7. **Troca ou sequência de trocas interactivas** (0.95)
8. **Resposta interactiva negativa** (0.82)
9. **Actividade positiva indiscriminada** (0.98)
10. **Actividade negativa indiscriminada** (0.90)

* Os números colocados dentro dos parênteses referem-se ao acordo entre os observadores para cada categoria considerada. Para uma descrição mais detalhada das categorias da grelha consulte o manual (Figueiredo, 1992).

2. OBJECTIVOS DA CONDUTA INTERACTIVA

A) DA MÃE

Caso esteja a observar a mãe, então será necessário atender à intenção ou finalidade da sua conduta interactiva, que poderá ser uma das que discriminamos a seguir:

A. Objectivo A: Cuidar, consolar ou acalmar

+a. Cuidar, consolar ou acalmar apropriado (0.92)

+b. Cuidar, consolar ou acalmar não apropriado (0.89)

B. Objectivo B: Jogar ou brincar

+b. Jogo apropriado (0.93)

-b. Jogo que não é apropriado (0.90)

C. Objectivo C: Promover o desenvolvimento

+c. Actividades de promoção do desenvolvimento apropriadas (0.94)

-c. Actividades de promoção do desenvolvimento que não são apropriadas (0.96)

D. Objectivo D: Controlo

+d. Interferência/restrição em situações que envolvem perigo, sem redireccionamento (1)

(+d) Interferência/restrição em situações que envolvem perigo, com redireccionamento (1)

-d Interferência/restrição em situações que não envolvem perigo, sem redireccionamento (1)

(-d) Interferência/restrição em situações que não envolvem perigo, com redireccionamento (1)

-- d punição física (1)

++ d controlo através do jogo (1)

3. COMPORTAMENTOS INTERACTIVOS

A) DA MÃE

M1(I). Pegar ao colo, abraçar ou aconchegar (0.86)

M2(I). Tocar, acariciar (0.94)

M3(I). Beijar, lamber ou morder afectuoso (1)

M4(I). Movimento ou gesto em direcção ao bebé (0.92)

M5(I). Movimento ou gesto em direcção ao(s) objecto(s); contacto directo com o(s) objecto(s) (0.85)

M6(II). Colocar em posição de face-a-face (1)

M7(II). Olhar para o bebé (0.88)

M8(II). Olhar para os olhos do bebé (0.92)

M9(II). Olhar para o mundo físico ou social que não o bebé (0.89)

M10(III). Alegria, contentamento, bem-estar (0.83)

M11(III). Tristeza, melancolia (1)

M12(III). Aborrecimento, desagrado, hostilidade (0.89)

M13(III). Angústia, desespero, preocupação, tensão (1)

M14(III). Ausência de expressão, desatenção (1)

M15(III). Riso ou sorriso (0.87)

M16(III). Mímica facial (0.88)

M17(IV). Acelerações/desacelerações intencionais (0.83)

M18(IV). Murmurejar, sussurar, cochichar (1)

M19(IV). Aumento da intensidade de voz (1)

M20(IV). Gritar, berrar (1)

M21(IV). Gargalhada (1)

M22(IV). Cantar, modular o tom de voz, produzir sons com um carácter rítmico (0.89)

M23(IV). Conteúdo positivo a respeito do bebé (0.96)

M24(IV). Conteúdo negativo a respeito do bebé (1)

M25(IV). Palavras infantilizadas (1)

M26(IV). Vocalização, verbalização em direcção ao bebé (0.91)

B) DO BEBÉ

B1(I). Movimentos involuntários, descoordenados ou indiferenciados (1)

B2(I). Contacto físico com a mãe (0.83)

B3(I). Movimentos coordenados dirigidos ao corpo da mãe (0.85)

B4(I). Movimentos coordenados dirigidos ao(s) objecto(s), contacto físico com os objectos (0.80)

B5(I). Manipulação exploratória do próprio corpo (0.92)

B6(I). Manipulação exploratória do corpo da mãe (1)

B7(I). Manipulação exploratória dos objectos (0.89)

B8(I). Auto-estimulação, auto-apaziguamento (1)

B9(II). Colocar-se em posição de face-a-face (0.95)

B10(II). Olhar para a mãe (0.94)

B11(II). Olhar para os olhos da mãe (0.89)

B12(II). Seguir visualmente a mãe (0.90)

B13(II). Olhar para o mundo físico ou social que não a mãe (0.90)

B14(III). Sonolência, desatenção (1)

B15(III). Alegria, contentamento, bem-estar (0.93)

B16(III). Aborrecimento, desagrado, mau-humor, mal-estar ou com face de choro ou grito (0.93)

B17(III). Angústia, desamparo, desespero, preocupação, tensão (1)

B18(III). Ausência de expressão ou expressão neutra (1)

B19(III). Riso ou sorriso (0.92)

B20(III). Mímica facial (1)

B21(IV). Gorjeio, arrulho (sons isolados) (0.89)

B22(IV). Balbucio, lalação (sílabas) (0.97)

B23(IV). Verbalizações (palavras ou quase-palavras) (1)

B24(IV). Choro (1)

B25(IV). Grito, berro, guincho (1)

B26(IV). Queixume, choramingo, rabugice (0.93)

B27(IV). Gargalhada (1)

C) MÃE-BEBÉ

MB1(II). Contacto ocular mútuo (1)

MB2(II). Atenção mútua sobre o mundo físico ou social (0.93)

MB3(IV). Vocalização mútua (0.92)

ANEXO XI

ESCALA PARA A AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS PELO PAI AO BEBÉ (ECPB)

Escala para a Avaliação dos Cuidados prestados pelo Pai ao Bebé (ECPB)

Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

Em cada questão sublinhe a afirmação que se refere ao que faz habitualmente em casa. A preencher pelo pai do bebé.

a) ajuda a preparar as refeições - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca	h) põe o bebé a dormir - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca
b) ajuda a arrumar a cozinha - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca	i) muda as fraldas quando molhadas - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca
c) executa tarefas domésticas (aspirar, lavar, etc.) - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca	j) muda as fraldas mesmo quando sujas de có-có - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca
d) vai às compras - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca	k) brinca com o bebé - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca
e) faz pequenos arranjos em casa - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca	l) levanta-se durante a noite para cuidar do bebé - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca
f) dá de comer ao bebé - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca	m) leva o bebé a passear - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca
g) dá banho ao bebé - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca	n) toma conta da casa e do bebé - todos os dias - uma ou duas vezes por semana - ocasionalmente - nunca

Nome .....

ANEXO XII

ESCALA DE AJUSTAMENTO SOCIAL (EAS)

ESCALA DE AJUSTAMENTO SOCIAL*

Versão Traduzida e Reduzida para Investigação
Bárbara Figueiredo (Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 1997)

Estamos interessados em saber como se tem sentido nas últimas duas semanas. Gostaríamos que respondesse a algumas perguntas acerca da sua vida familiar. Não há respostas certas ou erradas; procure as respostas que melhor descrevem a forma como tem passado as últimas duas semanas.

1. Vive com o cônjuge ou tem vivido com uma pessoa do sexo oposto, numa relação estável ?

1. SIM - Por favor, responda às perguntas 2 a 14
2. NÃO - Por favor, passe a responder à pergunta 14

2. Teve discussões com o seu marido/companheiro nas duas últimas semanas ?

1. Não tivemos discussões e demo-nos bem durante esse tempo
2. De modo geral, demo-nos bem, mas tivemos algumas pequenas discussões
3. Tivemos mais do que uma discussão
4. Tivemos muitas discussões
5. Passamos o tempo a discutir (estivemos constantemente em discussões)

3. Tem conseguido conversar com o seu marido/companheiro acerca dos seus sentimentos e problemas, durante as duas últimas semanas ?

1. Consegui sempre falar livremente dos meus sentimentos
2. De um modo geral, consegui falar acerca dos meus sentimentos
3. Em cerca de metade do tempo consegui falar acerca dos meus sentimentos
4. De um modo geral, não fui capaz de falar dos meus sentimentos
5. Nunca fui capaz de falar dos meus sentimentos

4. Tem exigido em casa fazer as coisas à sua maneira, nas duas últimas semanas ?

1. Não tenho insistido em fazer sempre as coisas à minha maneira
2. De modo geral, não tenho insistido em fazer as coisas à minha maneira
3. Em cerca de metade do tempo, insisti em fazer as coisas à minha maneira
4. De um modo geral, insisti em fazer as coisas à minha maneira
5. Insisti sempre em fazer as coisas à minha maneira

5. Tem sido pressionada pelo seu marido/companheiro, nas duas últimas semanas ?

1. Quase nunca
2. Uma vez por outra
3. Em cerca de metade do tempo
4. A maior parte do tempo
5. Sempre

6. Até que ponto se sentiu dependente do seu marido/companheiro, nas duas últimas semanas ?

1. Senti-me independente
2. De uma forma geral, senti-me independente
3. Senti-me um pouco dependente
4. De uma forma geral, senti-me dependente
5. Senti-me dependente do meu marido/ ou companheiro para tudo

7. O que tem sentido em relação ao seu marido/companheiro. nas duas últimas semanas?

1. Senti sempre afeição por ele
2. De um modo geral, senti afeição
3. Parte do tempo senti desagrado e parte do tempo senti afeição
4. De um modo geral, senti desagrado
5. Senti sempre desagrado

8. Com que frequência tem tido relações sexuais com o seu marido/companheiro

1. Mais do que duas vezes por semana
2. Uma vez ou duas por semana
3. Uma vez em duas semanas
4. Menos de uma vez em duas semanas e pelo menos uma vez no último mês
5. Nenhuma vez no período de um mês ou mais

9. Tem tido algum problema durante a relação sexual — como, por exemplo, dores — nas duas últimas semanas ?

1. Nunca
2. Uma vez por outra
3. Em cerca de metade das vezes
4. A maior parte das vezes
5. Sempre
6. Não aplicável: não tive nenhuma relação sexual nas duas últimas semanas

10. Como se tem sentido durante as relações sexuais, nas duas últimas semanas ?

1. Tenho sentido sempre prazer
2. De um modo geral, tenho sentido prazer
3. Parte do tempo tenho sentido prazer e parte do tempo não tenho
4. De um mdo geral, não tenho sentido prazer
5. Nunca senti prazer

11. Tem-se preocupado sem motivo com o seu marido/companheiro, ou com algum dos seus filhos, nas duas últimas semanas (responda mesmo que não vivam consigo neste momento) ?

1. Nunca aconteceu que me preocupasse
2. Preocupei-me, uma vez por outra
3. Preocupei-me, em cerca de metade do tempo
4. Preocupei-me sempre
5. Não aplicável: já não tenho marido/ ou companheiro vivo

12. Durante as últimas duas semanas, alguma vez pensou que desapontou o seu marido/companheiro, ou algum dos seus filhos ?

1. Nunca senti que os tivesse desapontado
2. De uma forma geral, não senti que os tivesse desapontado
3. Em cerca de metade do tempo, senti que os desapontei
4. A maior parte do tempo, senti que os desapontei
5. Desapontei-os completamente

13. Durante as últimas duas semanas, em alguma altura pensou que o seu marido/companheiro a decepcionou?

1. Nunca senti que ele me decepcionasse
2. De uma forma geral, senti que ele não me decepcionou
3. Em cerca de metade do tempo, senti que ele me decepcionou
4. De uma forma geral, senti que ele me decepcionou
5. Sinto ressentimento por ele me ter decepcionado

14. Tem tido dinheiro suficiente para as suas necessidades financeiras e as necessidades da sua família, durante as últimas duas semanas ?

1. Tive dinheiro suficiente para as necessidades
2. De uma forma geral, tive dinheiro suficiente, mas tive alguns pequenos problemas
3. Em cerca de metade do tempo, não tive dinheiro suficiente, mas não precisei de pedir dinheiro emprestado
4. De uma forma geral, não tive dinheiro que chegasse e tive de pedir emprestado a outras pessoas
5. Tive grandes dificuldades financeiras

* Weissman, M.N., Paykel, E.S., & Prusoff, B. (1985). Social adjustment scale handbook: Rationale, reliability, validity, scoring and training guide.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA