

Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia

Joana Isabel de Castro Gonçalves

**Depressão pós-parto da mãe e
retraimento social do bebé**

Tese de Mestrado
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professora Doutora Bárbara Figueiredo



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Joana Isabel de Castro Gonçalves

**Depressão pós-parto da mãe e
retraimento social do bebé**

Tese de Mestrado

Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação do

Professor Doutora Bárbara Figueiredo

Anexo 3

DECLARAÇÃO

Nome

Joana Isabel de Castro Gonçalves

Endereço electrónico: jcgoncalves@gmail.com Telefone: 938079254 / _____

Número do Bilhete de Identidade: 11004937

Título dissertação /tese

Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebé

Orientador(es):

Professor Doutora Bárbara Figueiredo

_____ Ano de conclusão: 2008

Designação do Mestrado ou do Ramo de Conhecimento do Doutoramento:

Área de Especialização em Psicologia Clínica

Nos exemplares das teses de doutoramento ou de mestrado ou de outros trabalhos entregues para prestação de provas públicas nas universidades ou outros estabelecimentos de ensino, e dos quais é obrigatoriamente enviado um exemplar para depósito legal na Biblioteca Nacional e, pelo menos outro para a biblioteca da universidade respectiva, deve constar uma das seguintes declarações:

1. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;
2. É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE/TRABALHO (indicar, caso tal seja necessário, nº máximo de páginas, ilustrações, gráficos, etc.), APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, , MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;
3. DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TESE/TRABALHO

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão para a minha orientadora Prof. Doutora Bárbara Figueiredo e para a toda equipa de investigação.

À Directora Técnica da Instituição, o meu agradecimento também por acreditar na importância da formação dos Psicólogos e a todo o apoio que me deu.

Não posso também deixar de agradecer todo o apoio dos meus colegas de trabalho, principalmente à minha colega Cláudia, do meu marido, família e amigos.

A estes e a todos os que por lapso tenha omitido, muito obrigado.

RESUMO

Mãe: palavra conhecida por todos no mundo contemporâneo. A sua menção faz com que nos venha à mente todo um conjunto de atributos que, segundo cremos e nos tem sido transmitido, estão sempre associados à maternidade. No imaginário social, mãe é sempre figura impar e de extrema importância no desenvolvimento dos seus filhos e na formação da pessoa humana. Pela enorme importância que a mãe e a relação com ela adquiriram na nossa sociedade, muitos foram os poetas, escritores e estudiosos de vários saberes, que se debruçaram sobre esta personagem, tentando melhor compreender e explicar os efeitos e a importância da relação que com ela estabelecemos desde o início da nossa existência.

Winnicott em 1940 surpreende a comunidade científica quando afirma que “*essa coisa a que chamam bebé não existe*”, completando ao considerar que: “*cada vez que há um bebé há cuidados maternos*” e “*sem cuidados maternos não haverá bebé*” (as cited in Winnicott, 1988, p. 98).

Diz a voz popular que mãe há só uma. Por isso, será talvez importante a sua compreensão numa perspectiva psicológica, social e cultural, implicando o reconhecimento da gravidez e da maternidade enquanto períodos de crise e de mudança, em que múltiplas alterações, obrigam a mulher a uma sequência de ajustamentos e a uma enorme flexibilidade e competência para lidar com as perdas que lhes estão inerentes. A maternidade pode colocar a mulher em risco de desenvolver psicopatologia, muitos são os factores que influenciam o aparecimento de dificuldades psicológicas na gravidez e no puerpério, em particular perturbações de ansiedade e depressão.

Winnicott introduzia uma nova entidade nosológica, a díade mãe-bebé. Numa interdependência mãe e bebé realizam uma dança a dois em que para além do ritmo próprio de cada um, apresentam uma coreografia única, estabelecem uma interacção. A depressão pós-parto não é um factor positivo para o desenvolvimento de uma “dança” saudável mãe-bebé, em particular se for de longa duração. Em consequência não é um factor positivo para o desenvolvimento da saúde mental do bebé. Ainda remetendo para as palavras de Winnicott, o rosto da mãe é o primeiro e único verdadeiro espelho do bebé. E é tendo como referência esse rosto que o bebé começa a dialogar, através do sorriso, dos olhos e dos seus movimentos, ou seja, que começa a comunicar.

Base de todo a experiência intersubjectiva, a mãe, ao apresentar-se distante e imóvel perante o bebé passa uma única mensagem: que está emocionalmente indisponível. O bebé responde com um comportamento de retracção.

ABSTRACT

Mother: Word known by all in the contemporary world. Its mention leads our mind to a set of attributes that, we believe and it's been transmitted to us, are always associated to maternity. In the social imaginary, mother is always a singular figure of extreme importance on the development of their children and in the formation of the human being. By the enormous importance the mother and our relation to her has reached in our society, many were the poets, writers, scholar from numerous fields, that lean over this character, trying to better understand and explain the effects and the importance of the relationship that we establish with her since the beginning of our existence.

Winnicott in 1940 surprises the scientific community when he declares "*this thing called baby doesn't exist*", finishing by saying that: "*each time there is a baby there is maternity care*" and "*without maternity care there will be no baby*".

They say that there is only one mother. Therefore, maybe it's important its understanding in a psychological, social and cultural perspective, leading to the recognition of pregnancy and maternity as periods of crisis and change, where multiple alterations, force women to a sequence of adjustments and to an enormous flexibility and competence to deal with inherent losses. Maternity can put women in risk of developing psychopathology, many are the factors that influence the appearance of psychological difficulties in pregnancy and puerperal, particularly anxiety and depression perturbations.

Winnicott introduces a new nosologic entity, the mother-baby dyad. In an interdependence mother and baby perform a dance with each other, where for beyond their own rhythm, they exhibit a unique choreography and establish an interaction. The post-partum depression it's not a positive factor for the development of a healthy "dance", particularly if it has a long duration. In consequence, it's not a positive factor for the development of baby mental health. Still, according with Winnicott, the mother's face is the first and only true mirror of the baby. It is using that face as reference that the baby begins to dialogue, through the smile, the eyes and their movements, that is, he begins to communicate.

Base of all intersubjective experience, when the mother shows herself distant and frozen before the baby, she delivers just one message: she is emotionally unavailable. The baby answers with a withdraw behaviour.

ÍNDICE

Parte I – Enquadramento Teórico	9
1. Depressão pós-parto	9
1.1. Modelos conceptuais	9
1.2. Sintomatologia, diagnóstico e diagnóstico diferencial	15
1.3. Etiologia	25
1.4. Avaliação (EPDS)	27
2. Retraimento social do bebé	29
2.1 Modelos conceptuais	29
2.2. Sintomatologia, Diagnóstico e Diagnóstico diferencial	33
2.3. Etiologia	48
2.4. Avaliação e Comportamento de retracção	50
3. Depressão pós-parto e retraimento social do bebé	52
3.1 Modelos Conceptuais	52
3.2 Interesse do estudo	63
Parte II – Estudo Empírico	66
1. Objectivos e Hipóteses	66
2. Método	67
2.1. Participantes	67
2.2. Procedimento	69
2.3. Modelo de Investigação	70
2.4. Tratamento estatístico	70
2.5. Instrumentos e medidas	71
3. Resultados	73
Parte III – Discussão e Conclusão	79
Referencias bibliográficas	83
Anexos	107
Anexo 1 – Quadro síntese	107
Anexo 2 - Cálculo da concordância entre observadores	109
Anexo 3 - Cálculo das regressões múltiplas entre os dados sócio-demográficos da mãe e do bebé e as subescalas da ADBB	117

TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos (bebé)	67
Tabela 2 - Características sócio-demográficas (mães)	68
Tabela 3 - Correlacões entre o EPDS e os itens e total do ADBB	73
Figura 1 - Correlacões entre o EPDS e os itens e total do ADBB	74
Tabela 4 - Comparação das 8 dimensões da ADBB entre as mães com depressão pós-parto e sem depressão pós-parto	75
Figura 2 - Comparação das médias das 8 dimensões da ADBB entre as mães com depressão pós-parto e sem depressão pós-parto	75
Tabela 5 - Regressões entre as variáveis sócio-demográficas das mães, sócio-demográficos dos bebés e sub-escalas da ADBB	77

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Depressão pós-parto

1.1. Modelos conceptuais

A gravidez é um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas, ou seja temporalmente definido. O estar grávida representa, do ponto de vista psicológico, um virar da mulher para si mesma, o investimento no seu próprio corpo, na sua imagem, no que ela contém: vida. Tudo se passa dentro da mulher (Leal, 2005a, p.11).

A maternidade é um projecto a longo prazo, que “requer que mais do que desejar ter um filho se deseje ser mãe” (Leal, 2005a, p.12), ou seja, “envolvendo a suficiente prestação de cuidados e dádiva de amor que possibilitem um desenvolvimento sadio e harmonioso à criança recém-nascida” (Leal, 1990, p. 365). O ser mãe ou pai, é sobretudo um processo dinâmico de construção e desenvolvimento pessoal (Canavarro, 2001a, p.19) que despoleta todo um conjunto de processos irreversíveis e susceptíveis de modificar a identidade pessoal, os papéis e as funções de todo um sistema familiar (Colman & Colman, 1994).

A passagem da mulher grávida para a mulher mãe surge na literatura designada como a *transição para a parentalidade*; referindo-se ao período relativamente breve de tempo que medeia o início de uma gravidez e os primeiros meses após o nascimento de uma criança (Goldberg, 1988). Mesmo antes da concepção e do parto a mulher/casal formula certas expectativas e concepções acerca do bebé, caracterizadas por algumas dualidades, que irão influenciar este período de transição. Como diz Eduardo Sá (1997, p.133), “*uma criança antes de nascer passeia-se no sonho dos pais*”, e esse passeio é já um primeiro determinante do esboço que a criança poderá ser.

Apesar de fases distintas (cf., Leal, 2005) a gravidez irá complementar a maternidade, ajudando a futura mãe na tarefa de preparação para a maternidade – “*a ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturações de relações para incluir um novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única*” (Canavarro, 2001a, p. 19).

A gravidez surge como uma fase de ensaio para a maternidade, iniciando-se nesse período um conjunto de mudanças físicas, psicológicas e sociais que preparam a mulher para a adaptação a uma nova etapa da sua vida. O corpo da mulher passa por alterações profundas (Kitzinger, 1978/1996), com aumento de peso e a aquisição de uma forma corporal diferente,

a mulher tem que se adaptar a uma imagem física diferente, sentindo-se por vezes pouco atraente. Ao mesmo tempo que engravidar surge para a mulher como uma prova da sua feminilidade, a sensação de ter uma vida a crescer dentro dela gera uma reacção de medo, pois perde aparentemente o controlo do seu corpo (Tobbin, 1999 as cited in Canavarro, 2001a).

Ao nível do sistema conjugal, o nascimento de um filho previamente idealizado pode significar a concretização de um desejo mútuo e consolidar os laços afectivos de ambos, mas pode também ser perspectivado como uma ameaça à união do casal, surgindo dificuldades em partilhar a atenção com um terceiro elemento.

O bebé tem também uma missão existencialista ou seja de continuidade geracional, servindo de elo de ligação entre a família nuclear e a família de origem. É o elemento que rejuvenesce aquele sistema familiar; que supõe que os adultos avancem uma geração e se tornem “cuidadores” da geração mais nova, despoletando-se novas funções (maternal, parental e filial) e novos papéis (pai, mãe, filho) (Relvas, 2001 & Lourenço, p.122).

Mas a maternidade surge essencialmente para a mulher como uma oportunidade de criar laços afectivos com um ser em total relação de dependência consigo, passando de si mesma para o domínio da relação dual. É dos seus desejos narcísicos de simbiose, união perfeita com o filho imaginário, que surge como um reflexo de si mesma, da imagem grandiosa que tem de si mesma (Kohut, 1977), que irá surgir a “*preocupação materna primária*” (Winnicott, 1993). Pela primeira vez, ela tem o poder de controlar totalmente o outro, de se satisfazer as suas necessidades narcísicas “*de manter um conceito idealizado de nós próprios como seres completos e onnipotentes*” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 25) sendo o desafio começar a ver esse outro como um ser separado e autónomo que ela terá de paralelamente proteger.

As identificações, as saudáveis necessidades narcísicas, o desejo de recriar velhas relações, reforçarão a capacidade da mulher para ser mãe e criar um filho (Brazelton & Cramer, 1993, p. 30); paralelamente são aspirações e fantasias que poderão pressionar a futura mãe.

As representações mentais que a mulher tem da maternidade são, por sua vez modeladas e condicionadas pelas próprias mudanças sócio-culturais, a forma como o tempo, a cultura e a sociedade percebem a maternidade tem também um grande impacto na experiência da gravidez e maternidade da mulher como pessoa única (Canavarro, 2001a).

Não há dúvida que a capacidade da mulher dar à luz um novo ser, continua a ser um marco fundamental para a preservação da espécie e para assegurar a continuidade de uma cultura específica. O papel materno é agora exercido numa sociedade que – através das novas

tecnologias – permite que a mulher tenha um maior controlo sobre o seu corpo, ajudando-a assim na tarefa de tomar a decisão sobre quando há-de ser mãe e dotando-a do poder de escolher (cf., Canavarro, 2001a). Paralelamente, é a mesma sociedade que exerce pressão, encarando o desejo de ser mãe inato e normal, “*esquecendo-se que as raparigas não nascem com a necessidade de ser mães dentro delas (...) nascemos sim, (...) com a capacidade de reprodução*” (Tobin, 1999 cit. in Canavarro, 2001a, p. 23). Concepção que não ajuda “*as mulheres a conceptualizarem a maternidade como um processo de decisão, que implica um auto-conhecimento e desenvolvimento pessoal*”. (Canavarro, 2001a, p. 23).

Ao mesmo tempo que, no mundo ocidental, os rituais que protegem o “estado materno” da mulher tem vindo a desaparecer, a consciência da importância do seu papel enquanto mãe, acompanhada pela necessidade de se emancipar e de satisfazer-se em outros campos da sua vida mergulham-na, por vezes, num stress intenso (cf., Vaz Serra, 1999).

Assistimos também, na sociedade ocidental, a mudanças na organização da família, passando de “*família alargada a família nuclear e desta a monoparental; da mãe dadora de afecto, à mãe prestadora de cuidados (...)*” (Leal, 2005a, p. 15).

Apesar do evoluir dos tempos e das diferentes perspectivas acerca da maternidade, a mãe continua a sentir-se e a ser uma figura central na vida do bebé, procurando assumir o papel de “*boa mãe*” – visão estereotipada das funções maternas que por vezes levam a uma concepção errónea de maternidade. A mãe detém a responsabilidade de ser a principal figura de vinculação do bebé, enquanto figura que presta cuidados básicos e que tem a função da sua protecção (Bowlby, 1988). Terá a tarefa de ser a “*contentora*” (Bion, 1991) das angústias do bebé, fornecendo-lhe uma “*base segura*” (Bowlby, 1988) e interpretando os seus sinais, dando-lhes um sentido (“*reverie materna*”, Bion, 1991 ou “*sensibilidade materna*”, Ainsworth, 1978).

Assim, acresce a pressão no seu papel materno e a necessidade de suporte social, fundamental para a adaptação da mulher ao período gravídico e à qualidade do seu papel enquanto mãe.

O desenrolar da gravidez e da maternidade vai ser influenciado por “*marcadores relacionais*” (Canavarro, 2001a, p. 25), pelas relações que a mulher estabelece com a família e com os amigos, como com o sistema relacional mais proximal, o conjugue e o bebé. A maternidade é também uma situação relacional, como considera Winnicott, “*o bebé não pode existir sozinho mas é parte de uma relação*” (Winnicott, 1991). Bowlby (1973/1978) especifica que, em função das suas interações adequadas ou inadequadas com a mãe, o bebé forma um modelo interno - caracterizado ou não por um autoconceito positivo e pela confiança ou não na disponibilidade dos pais e do contexto social em geral - que garante ou não uma acção adaptada na realidade física e social.

A parentalidade é aqui encarada como a construção de uma relação – a aprendizagem de uma dança sincronizada entre dois protagonistas – o bebé e a figura parental (Canavarro, 2001a) ou de três protagonistas, mãe-pai e bebé.

O envolvimento dos pais na gravidez da mulher e na sua paternidade, poderá traduzir-se num fluxo de emoções distintas - sentimentos de exclusão, responsabilidade e rivalidade acompanham o homem nestas etapas - que poderão ajudar a traçar a sua intervenção após o nascimento do bebé, enquanto agentes activos ou passivos desse processo. Então, podemos dizer que:

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 num contexto mais vasto em que ela vive” (Birns & Hay, 1988, as cited in Figueiredo, 2000).

Numa abordagem desenvolvimental, a gravidez e a maternidade são considerados como períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida, caracterizando-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria (Canavarro, 2001a, p. 37). Crise percebida como um momento de reorganização necessário e que permitirá à mulher a sua adaptação a uma nova condição, a de ser mãe.

O período gravídico é descrito como um período de experiências muito ricas, potencialmente crítico ou de crise desenvolvimental (Erikson, 1959/1978), que acarreta um deslocamento do equilíbrio anterior e inerentemente uma maior vulnerabilidade pessoal (Leal, 1999 as cited in Leal, 2005a), conseqüente da necessária adaptação às novas condições corporais, psicológicas e familiares. Por sua vez, o nascimento de uma criança é uma fase de stress esperável e normativa (crise), para a mãe e família em geral (e.g., Osofsky, 1982, as cited in Figueiredo, 2000; Relvas, 2001).

São diversos os autores que tentam dividir estes períodos pelas respectivas tarefas desenvolvimentais (Colman & Colman, 1994; Caplan, 1960 as cited in Figueiredo, 2000; Canavarro, 2001a). Não é linear a correspondência entre as diferentes tarefas de desenvolvimento e o desenvolvimento cronológico da gravidez e do puerpério, havendo tarefas que se prolongam além do período considerado puerpério, outras cujo início não coincide necessariamente com o início do período em causa e ainda pelo facto destas tarefas se sobreporem e se misturarem, além do *timing* da sua resolução variar de mulher para mulher (Canavarro, 2001a; Leal, 2005a).

A par das modificações corporais da mulher surge a primeira tarefa de desenvolvimental, aceitar a gravidez (Canavarro, 2001a; Brazelton & Cramer, 1993), que implica a entrada numa nova fase da vida do casal. Fase caracterizada pela ambivalência entre o desejo e o receio da gravidez, sendo uma barreira a ultrapassar através da idealização do bebé perfeito e totalmente desejado (Brazelton & Cramer, 1993). Ao mesmo tempo, a grávida procura modelos a seguir, especialmente o da sua mãe, sobre a forma de se comportar e de se preparar a si e à sua família, para a chegada do novo elemento (Canavarro, 2001a).

A segunda tarefa é a de aceitar a realidade do feto, a mulher deixa de focar a sua atenção apenas nas transformações corporais e passa a ter uma imagem mais realista e palpável de um outro ser. Este processo representativo é activado e acelerado pela percepção dos movimentos fetais e pelos registos ecográficos (Canavarro, 2001a). A mãe começa a fazer leitura dos ciclos e padrões da actividade fetal, atribuindo ao bebé um temperamento, uma personalidade, por vezes mesmo um sexo (Sadovsky, 1981).

A terceira tarefa, relativa ao terceiro trimestre, tem implícita uma reflexão acerca do passado enquanto filha para que possa retirar da sua experiência pessoal as orientações necessárias para a construção de uma identidade materna própria. A relação com o conjugue terá de ser de seguida reavaliada e reestruturada (quarta tarefa), de modo a reajustar o plano afectivo, sexual da relação, que fomente a construção de uma base de suporte emocional, a partilha de tomada de decisão sobre tarefas domésticas e aspectos importantes da vida (Colman & Colman, 1994).

O último período de gravidez, que corresponde à quinta tarefa - aceitar o bebé como realidade separada - é considerado como a fase de preparação para a separação, que se concretiza com o parto (Canavarro, 2001a, p. 42). Trata-se de uma fase marcada por múltiplos receios: receio do parto e suas consequências, desejo de encontro com o bebé real que pode não coincidir com o bebé imaginário, receio de dificuldades de adaptação com o nascimento e ao mesmo tempo, guardar o bebé e continuar com os sentimentos de plenitude, ou libertar-se do volume desproporcionado que atingiu a nível corporal (Bayle, 2005, p. 333) Há um aumento de ansiedade, perante um acontecimento desconhecido para as primíparas ou percebido como não controlável (múltiparas) e fisicamente desconfortável (Canavarro, 2001a, p.42).

Após o nascimento, o bebé fantasiado é confrontado com o bebé real, tendo a mãe que se adaptar a essa nova realidade (Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994).

A sexta tarefa, em que a mãe tem de começar a ver o seu bebé como um ser que existe para além dela, necessitando de “*reavaliar e reestruturar a sua própria identidade*” para que seja construída a sua identidade materna (Canavarro, 2001a, p. 44).

Por fim, a sétima tarefa, na medida em que pode ser necessário também o “*reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos*” (Canavarro, 2001a, p. 44).

Gravidez e maternidade implicam então irremediavelmente uma mudança, como um processo que modifica a identidade, papéis e funções da mãe e de toda a família (Relvas, 1996).

A chegada de um filho, inicia uma nova fase de vida da mulher denominada de puerpério, caracterizando-se como uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher (Nagata, Nagai et al., 2000).

De acordo com Kitzinger as cited in Maldonado (1997), o puerpério é um período que se inicia após o parto com duração aproximadamente de 3 meses. No caso das mulheres primíparas, esta fase pode estender-se, uma vez que a inexperiência associada a sentimentos de ansiedade, medo, esperança, entre outros, levam a um quadro de instabilidade. Os primeiros dias após o parto são retratados por uma série de emoções e expectativas diversas experimentadas pela mulher, e por sua vez, a turbulência destes sentimentos promovem uma instabilidade no quadro emocional que alterna entre a euforia e a depressão. Assim, o perfil psicológico da mulher no puerpério caracteriza-se por uma série de sentimentos que serão traduzidos em reacções diversificadas (Maldonado, 1997).

Para autores como Kitzinger (1978/1996) a puérpera pode vivenciar com o parto a sensação de mutilação do seu corpo devido ao processo gravídico que confere a mulher o sentimento de que o feto é parte integrante de si, e nesse sentido, psicologicamente o nascimento gera uma perda. O facto, é que a mãe é confrontada com o bebé real, sendo mais difícil viver com ele do que se podia à partida imaginar (Colman & Colman, 1994, p.161).

A mãe entra no que Winnicott (1993) chamou de “*doença normal*”, um estado de envolvimento total, no qual as mães conseguem “*andar pelos pés do bebé*”, manifestando uma hipersensibilidade que lhes permite descodificar a necessidade do filho ou seja nutrindo pelo bebe, nos últimos meses de gestação e primeiros meses da vida do bebé, uma “*preocupação materna primaria*”. Alguns autores consideram mesmo o puerpério como o “*quarto trimestre*” da gravidez (e.g., Colman & Colman, 1991/1994), tal é a relação de dependência que a mãe estabelece com o bebé.

Zanotti, Saito, Rodrigues e Otani (2003) afirmam que na fase puerperal a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de perturbações mentais em relação a outras fases da vida, uma vez que as suas defesas tanto físicas como psicossociais são direccionadas à protecção e vulnerabilidade do bebé.

Inúmeros factores podem ser considerados para um desfecho saudável do puerpério, como uma relação familiar harmoniosa e de inter-ajuda, bem como o desejo e o planeamento da gravidez feita pelo casal. O desenvolvimento deste processo transitório dependerá então da reacção não só da mulher, mas da família como um todo. O papel do homem merece destaque uma vez que tem sensações psicológicas semelhantes à mulher, e por sua vez, o direccionamento dos factos repercutirá de maneira saudável ou não no relacionamento do casal (Maldonado, 1997).

Contudo, os estudos realçam que neste período há uma diminuição geral dos sentimentos positivos, que se reflectem na relação conjugal, por exemplo verificando-se um decréscimo da proximidade do casal (Figueiredo, 2000) uma diminuição da actividade sexual (Kitzinger, 1978/1996) sendo difícil a conciliação do papel de pais e a vida de casal sexuado (Colman & Colman, 1994).

A literatura aponta para a intervenção de vários factores de risco das perturbações psicopatológicas do puerpério. Nomeadamente, variáveis relacionadas com a mulher (como o decurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento passado com a mãe, entre outros), o bebé (como o temperamento, saúde física e peso à nascença) e o meio envolvente (como o relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional) (Canavarro, 2001a).

A maternidade implica então, em si e só por si, um factor de risco psicológico? Não há dúvida que, a maternidade implica um grande esforço psicológico para mulher, obrigando-a a inúmeras mudanças no seu equilíbrio psicológico, biológico e social. Mudanças principalmente a nível interpessoal e social, que podem interferir significativamente na identidade do próprio, a um nível tal que pode gerar perda ou confusão do sentido de self (Gruen, 1990, as cited in Figueiredo, 2000), “*esforço que se assemelha a um estado patológico passageiro*” (Brazelton & Cramer, 1993, p. 44). Neste sentido, a maternidade pode ser considerada como um período de risco psicológico para ambos os pais, susceptível de provocar o aparecimento de sintomatologia e perturbação psicopatológica de alguma gravidade (Figueiredo, 2000).

1.2. Sintomatologia, diagnóstico e diagnóstico diferencial

A sintomatologia depressiva pode emergir no período gravídico, sendo que nos últimos anos, amostras recolhidas em diferentes países, indicam que entre 8 % a 10% e 20% das mulheres estão deprimidas durante a gravidez (Chung, Lau, Yip, Chiu & Lee, 2001), subindo a prevalência para 50% em amostras de grávidas pertencentes a comunidades desfavorecidas (e.g., McKnee, Cunningham, Jankowski & Zayas, 2001 as cited in Figueiredo, 2005). Dados que são obtidos principalmente quando se consideram os picos do 3º trimestre

de gravidez versus 2º e 3º mês do pós-parto (Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001; Josefsson, Berg, Nordin & Sydsjo, 2001; Figueiredo, Pacheco & Costa, 2007).

Alguns investigadores concluem pela presença de mais mulheres deprimidas na gravidez do que no pós-parto (e.g., Evans et al., 2001, p. 258) e pela possibilidade de na gravidez se detectar as mulheres em risco de depressão no pós-parto, já que a depressão gravídica se mostra um forte preditor da depressão puerperal (Joseffson et al., 2001; Gorman, O'Hara, Figueiredo, Hayes, Jaquemain et al., 2004).

Um grande número de autores alertam para o facto de as mulheres que se deprimem na gravidez geralmente já estiveram deprimidas anteriormente, e, em metade dos casos vão deprimir-se no pós-parto, pelo que grande parte das puérperas que se vão deprimir depois do parto já manifestaram a perturbação durante a gravidez ou anteriormente (Gorman et al., 2004).

As circunstâncias associadas à presença de depressão na gravidez, são em grande parte, as mesmas que a investigação tem assinalado em associação com a presença de depressão durante o puerpério - historia anterior de depressão (e.g., Gorman et al., 2004), condições sociodemograficas desfavoráveis, (e.g., Marcus, Flynn, Blow & Barry, 2003), circunstancias de vida adversas, baixos níveis de suporte social e problemas relacionais (e.g., McKnee, Cunningham, Jankowski & Zayas, 2001 as cited in Figueiredo, 2005), história anterior de episodio depressivo (Marcus et al., 2003), com excepção de variáveis que se referem ao bebé, como um pior estado geral de saúde (e.g. McKnee, Cunningham, Jankowski & Zayas, 2001 as cited in Figueiredo, 2005), menos cuidados de saúde pré-natais (e.g., Lindgren, 2001), e sobretudo um maior consumo de substancias, bebidas alcoólicas e de tabaco (Marcus et al., 2003).

Consequentemente surge uma maior probabilidade de complicações obstétricas, partos prematuros e bebés com baixo peso à nascença em mulheres que tiveram deprimidas (e.g., Field, Diego, Dieter, Hernandez-Reif, Shanberg, Kuhn, Yando & Bendell, 2001). Estudos prospectivos realçam que recém-nascidos das mães deprimidas na gravidez apresentam menor desenvolvimento neurocomportamental, assim como maior indisposição e inconsolabilidade (Zuckerman, Bauchner, Parker & Cabral, 1990), o que interfere negativamente com a sua disponibilidade para interagir positivamente com a mãe.

O facto de a mãe ter de ter de interagir com um bebé mais difícil e menos disponível à nascença, constitui por si só um factor de risco para a depressão pós-parto.

Em 1950, a atenção dos psiquiatras virou-se para perturbações mais moderadas e comuns como a “puerperal melancholia” (depressão pós-parto) descrita como:

...common disability met with in women following childbirth is a rather ill defined set of symptoms combining to give a Picture of general debility. The patient complains of not feeling as well as she did previously. Backache is common: fatigue and lack of energy are prominent; everything seems too much trouble (as cited in Bronckington, 1996, p. 169)

A depressão pós-parto refere-se a um episódio depressivo sem sintomas psicóticos que se inicia e estende ao longo do período do pós-parto (Cooper & Murray, 1997). Esses sintomas incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (cf., Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Flynn, 2005). Na literatura mais recente, é descrita como uma perturbação de humor que decorre em sequência do nascimento de um bebé e que implica um conjunto de sintomas que surgem geralmente entre a 4^a e a 8^a semana após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres nos primeiros 2/3 meses do pós-parto, podendo persistir, em até 70% das mães, durante pelo menos os 6 primeiros meses de vida do bebé.

Em 1968, Pitt descreve pela primeira vez a existência de “*uma depressão atípica que seguia a fase de pós-parto*”, ou seja, uma variante de um quadro depressivo fisiológico mais comum em puérperas jovens ou de personalidade imatura. Considera-a como atípica devido à presença de sintomas neuróticos, como a ansiedade, irritabilidade e fobias ou de características opostas à depressão clássica. De facto, não parece haver ainda hoje uma posição convergente acerca da especificidade da sintomatologia, sendo muitos autores apologistas da inexistência de diferenças entre a depressão pós-parto e os episódios de depressão major ou minor que ocorre em outros períodos da vida da mulher (e.g., Brockington, 1996; Evans, 2001; Flynn, 2005).

Até hoje é difícil, e para alguns autores pouco útil, considerar a depressão pós-parto como um diagnóstico distinto, sendo as características desta perturbação muito similares a outros momentos de vida em que a mulher está mais vulnerável (e.g., O’Hara, Zekoski, Philipps & Wright, 1990). Contudo, há que referir algumas características assinaladas pelos investigadores como peculiares a esta perturbação, como o facto de ser uma “*mild depression*” (Whiffen, 1991); a baixa ocorrência de comportamento e ideação suicida verificada em diversos estudos empíricos (e.g., Pitt, 1968; Gissler, Hemminki, Lonqvist, 1996; Vecchia, Lucchini, Levi, 1994 as cited in Brockington, 2004); a diminuição do desejo e do prazer sexual e a alteração dos padrões de actividade sexual como um dos aspectos mais alterados nas mulheres no seguimento do parto (Kumar & Robson, 1984); pela presença de um maior

número de sintomas somáticos, como perda de apetite, dores de cabeça, fadiga, comparativamente com sintomas cognitivo-emocionais (O'Hara, Neunaber, Zekoski, 1984; O'Hara, Zekoski & Wright, 1990; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996); o agravamento da sintomatologia ao final do dia, caracterizando-se não por uma insónia matinal mas de adormecimento (Piit, 1968).

Outros autores distinguem esta depressão por se encontrar revestida com características ansiosas evidentes (Hendrick, Altshuler & Strouse et al, 2000 as cited in Altshuler, Hendrick & Cohen, 2000) que implicam pensamentos intrusivos, sobre a segurança da criança, sentimentos de culpa relativamente ao papel maternal (Gale & Harlow, 2003), pensamentos recorrentes em causar danos ao bebé (e.g., Wisner, Peindl, Gigliotti, Hanusa, 1999), assim como perda significativa de auto-estima (e.g, Brockington, 1996). Para além de que se trata de uma perturbação que se desenvolve especificamente em volta do desempenho do papel materno e do bebé (Figueiredo, 2001a).

Mas, autores como Murray e Cooper (1997) realçam ainda que esta depressão pode destacar-se das outras no que diz respeito ao início, severidade, duração e consequências nefastas para a criança.

Quanto ao timing desta perturbação, o “*Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders*” da Associação Americana de Psiquiatria, na sua quarta edição e com texto revisto (DSM-IV- TR), não distingue perturbações de humor do pós-parto que acontecem em outros períodos, excepto com o especificador com “início no pós-parto” que é utilizado quando o início dos sintomas ocorre no período de quatro semanas após o parto (Cantilino, 2003 as cited in Camacho et al., 2006); definição que não satisfaz a necessidade de diagnóstico das perturbações psicopatológicas do pós-parto (Brockington, 1996).

Recorrendo a uma definição mais específica e esclarecedora desta perturbação, podemos dizer que se trata de uma perturbação de humor que ocorre em estreita relação com o parto, que preenche os critérios de um episódio depressivo major, iniciando-se na maioria das mulheres nos 2 a 3 meses após o nascimento do bebé (O'Hara, 1997).

Alguns autores sugerem que, por vezes os sintomas de depressão pós-parto podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebé e não necessariamente nas primeiras semanas. Mas os primeiros três meses do pós-parto equivalem ao período em que cerca de 70% das mães corre o risco de desenvolver sintomatologia depressiva (e.g., O'Hara, 1997; Kumar & Robson, 1984). Mais especificamente, os estudos indicam o 2º e o 3º mês como propício ao aparecimento de sintomatologia depressiva (e.g., Cox, Murray, & Chapman, 1993; Leadbeater & Linares, 1992), que se estende em um terço das mulheres até pelo menos aos 12/24 meses (Flynn, 2005). Quanto à duração dos sintomas depressivos, apesar dos estudos iniciais indicarem a sua similaridade relativa a depressões desenvolvidas em outras alturas da vida da mulher, com a remissão espontânea do episódio entre os 2 a 6 meses após o

seu início (e.g., Cox, Murray & Chapman, 1993), investigações posteriores vieram a realçar a sua maior duração (Augusto, Kumar, Calheiros & Figueiredo, 1996; Beeghly, Weinberg, Olson, Kernan, Riley & Tronick, 2002). Considera-se mesmo que os sintomas depressivos do período de pós-parto podem ser mais estáveis do que quando estes sintomas surgem noutras alturas (O'Hara, Schlechte, Lewis & Varner, 1991, as cited in Flynn, 2005). Consequentemente a sintomatologia pode ser revestida de uma maior gravidade, não se limitando mais à sua conotação “moderada” dada pelos já mencionados estudos iniciais (e.g., Pitt, 1968).

Esta cronicidade dos sintomas pode advir de a maior parte das mães não pedirem ajuda especializada e de a depressão pós-parto não ser detectada pelos técnicos de saúde primária que contactam com as mulheres (Seeley, Murray, Cooper, 1996, as cited in Figueiredo, 2001a; Oates, 1994), assim como com a coexistência com circunstâncias psicossociais desfavoráveis (Campbell & Cohn, 1997; Figueiredo, 2000 as cited in Figueiredo, 2001).

É inegável que a depressão pós-parto representa nas mulheres a mais frequente perturbação decorrente do parto e perturbação psiquiátrica perinatal (Stocky & Lynch, 2000; Brockington, 2004). A questão da sua incidência tem sido muito debatida e apesar de inúmeros estudos longitudinais e epidemiológicos indicarem uma grande heterogeneidade de resultados, apresentando valores de 3% a superiores a 25% (e.g., Dennis, Janssen & Singer, 2004) - oscilações dependentes do tamanho da amostra, tempo de avaliação e critérios de diagnóstico (depressão major ou minor) e do tipo de estudo, nomeadamente retrospectivo ou prospectivo – há hoje resultados convergentes relativamente há prevalência da depressão pós-parto. Nas últimas duas décadas, um elevado número de estudos empíricos foi conduzido com sujeitos pertencentes a contextos culturais muito diversos indicando que 10-20% das mulheres iniciavam um episódio depressivo major nos primeiros meses após o nascimento do bebé (Figueiredo, 2001a). Numa meta-análise efectuada por O'Hara e Swain (1996) sobre 59 estudos de diversos países, a incidência da depressão pós-parto foi fixada em 13%.

A elevada prevalência da depressão pós-parto é alvo da atenção e motivo de preocupação de investigadores em diversos países, como nos EUA e nos países ocidentais (Kumar & Robson, 1984; O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990; Campbell & Cohn, 1991; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996) e posteriormente nos países não ocidentais tão diversos como o Japão (Yoshida et al, 2001), Hong Kong (Lee et al., 2001 as cited in Gorman et al., 2004), Africa do sul (Cooper et al, 1999) e Dubai (Ghubash & Abou-Saleh, 1997 as cited in Gorman et al., 2004) com mulheres com contextos culturais diversos.

Através de estudos transculturais (e.g., Gorman et al., 2004), verificou-se a importância dos factores psicossociais e culturais para a explicação da variabilidade de resultados obtidos em diversos países. A incidência da depressão pós-parto atinge valores altos

em determinadas amostras psicossociais específicas, como é o caso de mães que vivem em contextos sociais desfavorecidos, onde predomina a pobreza social e económica (e.g., Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, & Cameron, 1995; Onozawa, Kumar, Adams, Dore & Glover, 2003; Affonso, Horowitz, & Mayberry, 2000); ao mesmo tempo que outros estudos nos E.U.A minimizam a influência do factor raça ou grupo étnico minoritário na presença desta perturbação (Yonkers et al., 2001).

Uma elevada incidência de depressão pós-parto também é constatada em amostras de mães adolescentes, tendo se verificado uma prevalência de 16% a 44% da depressão pós-parto, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas (Szigethy & Ruiz, 2001), facto reforçado por inúmeros estudos empíricos que mostram que uma em cada duas mães adolescentes fica deprimida depois do parto (e.g., Colleta, 1983; Leadbeater & Linares, 1992; Troutman & Cutrona, 1990; Promodis, Abrams, Field, Scafidi, & Rahdert, 1994; Deal & Holtz, 1998; Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000; Figueiredo, Pacheco & Costa, 2007). Podemos então concluir que a *“depressão é o problema maior para as mães adolescentes”* (Prodromidis, Abrams, Field, Scafadi, & Rahdert, 1994).

O grupo de mães adolescentes grávidas é um grupo de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto por acrescer ao facto de engravidar precocemente todo um conjunto de factores psicossociais adversos (Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2005). Inúmeros estudos realizados em Portugal com amostras de mães adolescentes grávidas concluem que a gravidez ocorre principalmente em adolescentes que vivem em situações desfavorecidas a nível social, económico, pessoal e cultural; sendo as condições assinaladas com maior frequência: a pobreza, os baixos níveis educacionais e a exclusão do sistema escolar e do emprego (e.g., Pacheco, Figueiredo & Magarinho, 2003b; Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003a; Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2005; Almeida & Dowling, 1987; Silva & Nóbrega, 1983; Jongenelen, 1998).

A gravidez na adolescência afecta a trajectória desenvolvimental da adolescente, no domínio educacional, sócio-económico, ocupacional, social e psicológico, causando depressão, baixa auto-estima e isolamento social, assim como afecta a trajectória desenvolvimental da criança. Ao comparar mães adultas grávidas e mães adolescentes grávidas, os estudos empíricos encontraram nas segundas um maior número de complicações obstétricas e problemas de saúde, assim como diversos problemas nos seus bebés: problemas médicos e baixo peso à nascença, prematuridade, mortalidade neo-natal, atrasos de desenvolvimento cognitivo, baixo rendimento escolar e problemas de comportamento (e.g., Apfel & Seitz, 1997; Hann, Osofsky, & Lump, 1996; Figueiredo et al., 2005).

Historicamente há muito tempo que o puerpério é reconhecido como um momento crítico e de risco emocional (Marcé, 1858) e por isso, um momento de fragilidade para a saúde mental da mulher.

Alguns estudos indicam que a probabilidade de uma mulher ser internada numa instituição psiquiátrica após o parto é 10 a 20 vezes superior, ao que pode ser esperado numa outra altura da vida da mulher (Kendell, Chalmers & Platz, 1987; Brockington Winokur & Dean, 1982), principalmente nos primeiros 3 meses do puerpério (e.g., Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors & Mortensen, 2006).

O número de casos de mulheres detectadas com perturbações no puerpério representam apenas uma parte da realidade, remetendo para as palavras de Esquirol (1839, as cited in Cox & Holden, 1994, p. 8): “*the incidence of psychiatric illness following childbirth was much greater than the statistics from psychiatric hospitals would indicate, and large numbers of cases were cared for at home and never recorded.*”.

Perturbações psicopatológicas que são definidas por Kaplan e Sadock (1999) como doenças mentais com o início no primeiro ano após o parto e que se manifestam por desequilíbrios de humor psicóticos e não psicóticos.

Na literatura mais recente aparecem como perturbações de humor que não são específicas do puerpério, mas que se iniciam após o parto, ou seja, actuando o parto como um factor desencadeante (e.g., Flynn, 2005; Camacho et al., 2006).

Figueiredo (2001a) ao analisar os pontos em comum destas perturbações, conclui que todas ocorrem no período do pós-parto, estando relacionadas com o bebé e a temática do parto, sendo de rápida reconversão relativamente a outras perturbações que se verificam em outro momento da vida da mulher não relacionado com o nascimento do bebé.

As perturbações mencionadas na literatura como estando associadas ao período do pós-parto, são: blues pós-parto, a psicose puerperal e a depressão pós-parto (e.g., O’Hara, Zekoski, Philipps & Whright, 1990; Flynn, 2005).

a) Blues Pós-parto

O Blues pós-parto tem sido descrito como uma perturbação de humor transitória e moderada, que inicia-se nos primeiros dias após o parto, mais especificamente no 3º até ao 4º dia do puerpério, manifestando-se pelo estado de humor lábil e deprimido, crises de choro, irritabilidade, ansiedade, fadiga, insónia e perda de apetite (e.g. Handley, Dunn, Waldron, & Baker, 1980, as cited in Figueiredo, 2001a). Os sintomas têm a duração de apenas umas horas e raramente permanecem mais de 2 dias, podendo estender-se até pelo menos 10 dias depois do parto (Pitt, 1973; Yalom, Lunde, Moos, & Hamburg, 1968).

Alguns autores referem a existência de outros sintomas nas mulheres com blues pós-parto, como tensão e hostilidade (Kennerley & Gath, 1989; Pitt, 1973), confusão (Pitt, 1973), dificuldades de concentração e de memória (Kennerley & Gath, 1989), dores de cabeça (Pitt, 1973), e fadiga (Kennerley & Gath, 1989; Pitt, 1973).

Caracterizado por uma extrema hipersensibilidade e reactividade emocional (Uriarte, 2006), trata-se de um desequilíbrio emocional que tem como sintomas nucleares a labilidade de humor e as crises de choro (e.g., Yalom et al., 1968).

A taxa de prevalência do blues pós-parto tem sido estimada pela maioria dos autores entre 40 a 60% (Hau & Levy, 2003; Nappi, Petraglia, Luisi, Polatti et al., 2001; Nagata et al., 2000), sendo este um fenómeno referenciado em realidades sócio-culturais muito diversas. Valores similares foram encontrados em estudos realizados em contextos culturais diferentes, como por exemplo, no Paquistão (Kalid, 1989, as cited in Figueiredo, 2001a), com excepção do Japão, onde foi encontrada uma incidência mais reduzida (15%) de mulheres com blues pós-parto (Murata, Nadoaka, Morioka, Oiji & Saito, 1998).

A maioria dos autores é unânime em considerar que as mudanças de humor no momento imediato ao nascimento do bebé não estão relacionadas com variáveis sócio-demográficas (e.g. Nagata et al., 2000; O'Hara et al., 1991), nem com complicações obstétricas na sequência do parto (e.g., Pitt, 1973), com a vulnerabilidade prévia à doença psicopatológica (e.g., Kennerley & Gath, 1989), com circunstâncias adversas de vida (Yalom et al., 1968) e nem com o apoio social que a mãe recebe (e.g., Hapgood et al., 1988, as cited in Figueiredo, 2001). O aleitamento natural (e.g., Hau & Levy, 2003), o número de partos (Kendell, Mcguire, Connor & Cox, 1981) e história psiquiátrica da mulher ou da família (O'Hara et al., 1991), também não parecem interferir como factores de risco para o aparecimento do blues pós-parto.

Mas importa referir que alguns estudos consideram a influência de variáveis psicológicas na ocorrência do blues pós-parto. A presença de problemas emocionais durante a gravidez e algumas características da personalidade, como ansiedade e neuroticismo e reacções negativas relativas ao parto (como por exemplo, perante a aparência física do bebé), têm vindo a ser descritas como variáveis associadas a presença de blues pós-parto (Henshaw, 2003).

O aparecimento deste quadro está relacionado para alguns autores com variações hormonais que ocorrem na mulher no momento que se segue ao parto como: a queda de progesterona (Gelder, 1978, as cited in Figueiredo, 2001a), a baixa de estrogénios (e.g., Nott et al, 1976 as cited in Henshaw, 2003) e o aumento de prolactina (George, Copeland, & Wilson, as cited in Figueiredo, 2001a). Contudo, a hipótese biológica para a explicação da etiologia do blues pós-parto é considerada como inconclusiva, pois os resultados que a mantêm nem sempre tem sido reproduzidos (cf. O'Hara, Shlechte, Lewis & Whright, 1991).

É claro na literatura que o blues pós-parto não se trata de uma perturbação psicopatológica, geralmente considerado como algo natural e adaptativo, que favorece inclusive a aproximação entre a mãe e o bebé (Figueiredo, 2001a). Contudo, já não é tão evidente a sua importância na etiologia da depressão pós-parto, enquanto perturbação que obedece a critérios de diagnóstico claros e que constitui a perturbação de humor mais comum e característica do puerpério (Hendrick & Altshuler, 1999 as cited in Figueiredo, 2001a).

Alguns autores tem mostrado a ligação entre os sujeitos que manifestam sintomas do blues pós-parto mais prolongados e intensos e a depressão pós-parto (Pitt, 1968; Paykell et al., 1980, O'Hara et al., 1991; Henshaw, Foreman & Cox, 2004), enquanto que outros estudos não mostram qualquer relação entre as duas situações (e.g., Kennerley & Gath, 1989b as cited in Henshaw, 2003). Factores como história psiquiátrica, apoio social, contexto cultural, aleitamento natural e paridade podem estar relacionados com a evolução do blues pós-parto para depressão materna (Miller, 2002).

O facto é que esta desordem tem uma resolução em dias (Pitt, 1973), não estando presente após a 2ª semana, enquanto que a depressão pós-parto nunca se inicia antes da 8ª semana do puerpério. (Figueiredo, 2001a)

Mas, o mais importante será a gravidade da sintomatologia da depressão pós-parto, pelas suas consequências adversas para a mulher, cônjuge e bebé, em comparação com o carácter benigno e natural do blues pós-parto.

b) Psicose Puerperal

Perturbação estudada desde o século XIX, por investigadores como Marcé e Hamilton (O'Hara, Zekoski, Philipps & Wright, 1990). Provavelmente Victoroff e Fetterman estavam a descrever esta patologia quando identificaram, em 1949, um grupo de pacientes com a seguinte sintomatologia: “...*who suffered an acute illness developing abruptly during earlier days of parturition, running a stormy course, with tendency towards a favourable outcome....*”.

A psicose puerperal é considerada por muitos psiquiatras como a “*mais grave de todas as formas de insanidade mental*” (Feinemann, 2000, p. 45). Trata-se de uma perturbação psicopatológica caracterizada por um emergir súbito de sintomatologia psicótica, que ocorre dentro das 48 horas do pós-parto ou nas duas semanas após o parto (Nonacs & Cohen, 1998), indicando os estudos empíricos que em nenhum dos casos estudados o início verifica-se antes do 3º dia ou depois da 4ª semana do puerpério (Klompouwer, 1991).

As mulheres com psicose puerperal apresentam um estado confusional agudo e uma significativa labilidade de humor (Oosthuizen, Russouw, & Roberts, 1995), oscilando muitas das vezes entre um comportamento ajustado à realidade e ao bebé e uma perda de contacto

com a realidade que a rodeia, que poderá levar a sentimentos de rejeição ou mesmo de hostilidade para com o bebé, que pode não ser reconhecido como da própria (Pfof, Stevens & Lum 1990).

A maioria dos autores considera-a como uma forma de depressão maníaca com surtos de euforia hiperactiva seguidos de episódios de “*desespero desmedido*” (Feinmann, 2000). O facto é que os sintomas maníacos estão particularmente presentes na psicose puerperal, quando comparada com a psicose que ocorre noutras alturas da vida da mulher (Brokckington, 1996).

No entanto, apesar desta labilidade de humor que poderá torná-la similar ao quadro da perturbação bipolar, foram encontradas diferenças quanto à sintomatologia de ambas (Oosthuizen et al., 1995).

Os sintomas mais comuns da psicose puerperal são confusão, insónia, desorientação, agitação, comportamentos bizarros, ideias de referência e alucinação (Shapiro & Nass, 1986 as cited in Figueiredo, 2001a), podendo ser dos primeiros sintomas as alterações de sono, irritabilidade e letargia (Nonacs & Cohen, 1998). Contudo, trata-se de uma perturbação transitória, cuja duração é variável, saindo a maioria das mulheres do hospital após dois meses da sua entrada (Kumar et al., 1995, as cited in Murray, Cooper & Hipwell, 2003), é também possível que a sua recuperação leve de 5 a 12 meses (e.g., Protheroe as cited in Figueiredo, 2001a).

Apesar de se tratar de uma perturbação de maior risco para a mãe e o seu bebé, comparativamente com as outras perturbações do puerpério, estima-se que tenha uma taxa de prevalência menor oscilando entre 0,01 a 0,02 % (Flynn, 2005; Murray, Cooper & Hipwell, 2003; Brockington, 2004).

É amplamente aceite entre os investigadores que mais evidentes factores envolvidos na psicose pós-parto sejam os biológicos (Murray, Cooper & Hipwell, 2003) à semelhança do blues pós-parto, nomeadamente as variações hormonais que ocorrem no pós-parto, sobretudo a queda dos níveis de progesterona e/ou estrogénio (Wieck et al., as cited in Harris, 2002), juntamente com a vulnerabilidade psicopatológica da mulher, pela ocorrência prévia de perturbação psicopatológica (Figueiredo, 2001a). Este quadro aparece assim associado tanto à história de problemas psiquiátricos da mulher, principalmente à desordem bipolar de humor (e.g., Dean, Williams & Brockington, 1989 as cited in Flynn, 2005), como a episódios anteriores de psicose pós-parto, o que irá aumentar o risco de subsequentes episódios (Gale & Harlow, 2003).

Alguns autores indicam também como factores de risco, a primiparidade (e.g., Kendell, Chalmers, Platz, 1987 as cited in Flynn, 2005), ausência do marido ou companheiro (e.g., Murray & Cooper, 1991 as cited in Harris, 2002); contudo com a excepção da

primiparidade, nenhuma outra variável psicossocial mostrou ter qualquer significado na explicação desta perturbação (Figueiredo, 2001a).

Ainda quanto à especificidade desta perturbação, diferentes estudos apontam para duas direcções, a de que a psicose puerperal tem as mesmas características de qualquer psicose que emerge em outros momentos da vida da mulher (Brockington et al., 1981, as cited in Murray, Cooper & Hipwell, 2003; Dean & Kendell, 1981 as cited in Figueiredo, 2001a), outros estudos mais recentes alertam para a especificidade desta perturbação, baseando-se nas diferenças que encontram em termos de sintomatologia (Murray, Cooper & Hipwell, 2003).

A psicose puerperal é um quadro clínico de emergência médica, que requer tratamento psiquiátrico e consequente hospitalização (cf., Harris, 2002), sendo de salientar as consequências adversas que tem para a mãe e o bebé e para a relação de ambos (Margison, 1990 as cited in Murray, Cooper & Hipwell, 2003) tendo como situação extrema o infanticídio (Ahocas, Aito, Rimon, 2000 as cited in Gale & Harlow/ano), acrescentando a elevada probabilidade de recorrência (cf., Brokington, 2004).

1.3. Etiologia

De acordo com a literatura, diversos factores foram associados à etiologia da depressão pós-parto, O'Hara (1997) considera que é plausível pensar que as inconsistências na literatura podem estar relacionadas com o facto de que a depressão materna ao longo do primeiro ano de vida do bebé é multideterminada. Neste sentido, um único factor não causaria a perturbação, mas a combinação de factores adversos aumentaria a vulnerabilidade da nova mãe para desenvolver a depressão. Contudo, são destacados pela maioria dos estudos como sendo os factores mais prováveis, as variáveis de carácter psicossocial (cf., Boyce & Hickey, 2005; Miller, 2002; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996; Cooper & Murray, 1998; O'Hara, 1997).

Apesar da hipótese biológica ser também considerada na etiologia desta perturbação, a maioria dos resultados são contraditórios, não sendo possível estabelecer uma relação causal (O' Hara, 1997; Murray & Cooper, 1997; Flynn, 2005).

Os factores de risco que maioritariamente têm sido referidos na literatura são os acontecimentos de vida adversos que ocorrem na vida da mulher (e.g., Cooper & Murray, 1997; Boyce & Hickey, 2005), a ausência de suporte social (e.g., O' Hara, 1986; Cooper & Murray, 1998; Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996b;Yonkers et al., 2001; Dennis, Janssen & Singer, 2004; Boyce & Hickey, 2005), especificamente do apoio emocional do companheiro/marido, família e amigos ou seja de uma rede de apoio, que funciona como factor protector da mulher perante a possível ocorrência desta perturbação (Figueiredo, 2001a) e as dificuldades e insatisfação quanto à relação conjugal (e.g., Eberhard-Gran, Eskild,

Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002; O'Hara, 1990; Gotlib, Whiffen, Wallace & Mount, 1991; Tavares, 1990; Kumar & Robson, 1984). Quanto a esta última variável, Figueiredo (2001a) considera que a qualidade e o ajustamento no relacionamento conjugal interfere de forma significativa no facto de a puérpera vir ou não a desenvolver uma depressão pós-parto, tratando-se de ainda um factor responsável pela mais rápida reconversão da perturbação.

Em conclusão, podemos dizer que as circunstâncias que são de forma mais consistente associadas ao desenvolvimento da depressão pós-parto são a tensão conjugal, baixos níveis de suporte social, e acontecimentos de vida adversos que ocorrem durante a gravidez e do pós-parto (Whiffen, 1991).

Os acontecimentos de vida adversos ou "*life events*" mais relatados na literatura incluem situações como o desemprego materno e paterno, abandono por parte do pai da criança, grandes dificuldades financeiras e ocorrência de problemas de saúde na família da puérpera.

Quanto à relação conjugal, encontramos a referência de que a mulher com depressão pós-parto percepção de forma negativa o apoio do cônjuge, descrevendo a sua relação com o conjugue pela falta de intimidade ou do denominado apoio emocional/instrumental, na medida em que descrevem a ausência de um conjugue confidente e disposto a auxiliar nas tarefas familiares e cuidados do bebé (cf., Boyce, 1994). Neste sentido, Logsdon e Usui (2001) ao avaliarem a importância do suporte social numa amostra constituída por 199 mães de grupos étnicos diferentes, concluem que os preditores da depressão pós-parto são os mesmos nas diversas amostras de mulheres: a importância dada ao suporte, o suporte recebido e a proximidade com o companheiro.

Outros estudos indicam que, sendo a relação conjugal crucial para a estabilidade emocional da mãe, a depressão ou o estado emocional no parceiro influenciará inevitavelmente o risco de mudanças de humor na mãe (e.g. Areias et al., 1996b) e será um factor responsável pelo ajustamento psicológico da mulher ao período de gestação e parto (O'Hara, 1997).

No entanto, um outro factor de risco também referido com frequência é a história de perturbação psiquiátrica na mulher, nomeadamente a ocorrência anterior de perturbação depressiva, sendo juntamente com a ausência de suporte social, descrito como um dos melhores preditores da depressão pós-parto (e.g., O'Hara & Swain, 1996; O'Hara, Zekoski, Phillips, 1990; Klaus, Kennel & Klaus, 2000; Boyce & Hickey, 2005; Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996b; Cooper & Murray, 1998).

Também mencionada nos estudos, a história psiquiátrica da família, apesar de haver um menor consenso quanto à influência desta variável, com resultados contraditórios (e.g., Boyce & Hickey, 2005). Certas variáveis psicológicas da mulher podem ser condicionantes de

uma maior vulnerabilidade na mulher, como ter uma “personalidade vulnerável“, com um elevado grau de neuroticismo (e.g., Boyce, 1994; Boyce & Hickey, 2005) como a auto-estima materna (e.g., Fontaine & Jones, 1997), o estilo de coping (e.g., Demyttenaere, et al., 1995) e um estilo de vinculação inseguro (Bifulco, et al., 2004).

Outros estudos indicam como factores de risco, a idade da mulher, considerando-se que as mulheres mais novas têm maior probabilidade de virem a ter esta perturbação (e.g., O’Hara & Swain, 1996; O’Hara, Zekoski & Philipps, 1990), apesar de alguns autores encararem esta como uma variável que não leva, por si só, ao desenvolvimento da depressão pós-parto mas que acarreta consigo outros problemas de ordem psicossocial que aumenta a probabilidade desta perturbação (cf., Figueiredo, 2000). É a associação com outras variáveis, como por exemplo, a falta de suporte do companheiro e a inexistência de relações interpessoais de qualidade, que poderá interferir na dificuldade de ajustamento da mãe adolescente ao seu bebé (e.g., Piccini, Rapport, Centerano-Levandowski, & Royer-Voigt, 2002) e conduzir à emergência da depressão pós-parto.

Em mães mais velhas, factores como a conjugação do papel maternal com outros papéis como a carreira profissional, poderá ocasionar situações de stress adicional (Harris, 2002), aumentando a vulnerabilidade da mulher para a depressão.

Ainda relativamente à depressão pós-parto, mas já depois do nascimento do bebé, podem surgir outros factores como a severidade do blues pós-parto, relacionada de forma significativa com o início da depressão pós-parto (Cooper & Murray, 1998). Alguns estudos têm destacado as contribuições do próprio bebé para o contexto da depressão materna, as características do bebé, como o temperamento difícil ou o comportamento negativo (O’Hara et al., 1984), a prematuridade e problemas neo-natais de saúde (Alfaya & Shermann, 2001; Kumar & Robson, 1984) podem influenciar de forma negativa o humor da mãe. Mais especificamente, a irritabilidade e a falta de controle motor, parecem influenciar o desenvolvimento da depressão materna (Murray, Stanley, Hooper, King & Fiori-Cowley, 1996, as cited in Cooper & Murray, 1998).

1.4. Avaliação (EPDS)

Os programas de intervenção deverão passar pela identificação de puérperas com depressão pós-parto, pelo que a grande maioria das mães que sofre de depressão pós-parto não chega a receber ajuda especializada, ou porque não a pede, ou porque a sua necessidade não é identificada pelos técnicos (Whitton, Appleby, & Warner, 1996 as cited in Figueiredo, 2000). Na detecção desta perturbação, o técnico poderá ter ajuda de escalas, como a Edinburgh Postnatal Depression scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987 as cited in Nylen,

Segre, & O'Hara, 2005), sendo a sua eficácia na triagem da depressão pós-parto significativamente maior que a detecção espontânea durante avaliações clínicas de rotina (Nylen, et al., 2005).

2. Retraimento social do bebé

2.1 Modelos conceptuais

As primeiras tentativas de se estudar a depressão infantil foram realizadas segundo o enfoque psicanalítico, sendo efectivamente no contexto da teoria analítica que alguns autores na década de 40 e 50 começam a investigar a problemática da depressão na infância, partindo de metodologias diferentes.

É com Melanie Klein que o conceito de “depressão” vem ocupar um lugar central no discurso analítico, descrevendo a posição depressiva, em 1975, enquanto uma fase normal do desenvolvimento infantil. Essa posição é característica no bebé de 6 meses, e corresponde ao período no qual a criança é capaz de reconhecer o objecto em sua totalidade e não mais parcialmente (Ajuriaguerra, 1980, p. 652).

M. Klein e a corrente kleiniana puseram mais o acento sobre o peso da agressividade, da ambivalência e sobre o jogo interno das pulsões na vivência depressiva do que sobre a experiência de perda: assim o sentimento de ter destruído o objecto (materno) e a sua culpabilidade, o fracasso nas tentativas de “reparação” desse objecto, ocupam, por isso, o lugar mais importante na compreensão do fenómeno depressivo, constituindo este um fracasso daquilo que M. Klein chama de “posição depressiva” (Mazet, & Stoleru, 2003, p. 238).

Winnicott (1954/1955) opta pela expressão “*le stade de l' inquiétude*” para caracterizar a “posição depressiva” de Klein, dando grande importância a este processo - considerado como essencial para o desenvolvimento emocional do ser humano - descrevendo, pelo contrário, as depressões patológicas como associadas à despersonalização ou à ausência de esperança quanto às relações objectais: “*Les enfants que Sptiz décrit sont dépersonnalisés et n'ont aucun espoir de contacts extérieurs (...) la depression (...) est un symptôme morbide et indique une humeur*” (p. 152). Winnicott (1958) realça o risco da criança desenvolver o que designa de “falso self” devido ao esforço que faz em satisfazer a mãe em detrimento do desenvolvimento do Eu (Guedeney, 1998).

Margaret Mahler admite que a resposta depressiva é uma reacção afectiva comparável à angustia, e que é a intensidade e a duração aumentada dessa resposta em algumas crianças durante o processo de individualização, que cria o humor de base e a tendência afectiva à depressão. É entre os 18 meses da criança e os seus 24 meses, que se produz o desmoronamento da crença relativa à sua onipotência e à dos seus pais, originando uma reacção depressiva (Ajuriaguerra, 1980). O humor depressivo pode estar representado, de forma predominante, pela angústia de separação e por reacções de desagrado ou ainda por descontentamento e por cólera, após um período mais curto de tristeza que nada

é mais do que um período de aflição abreviado. A tristeza, com o seu conteúdo psíquico próprio deve ser distinguida, desde esta época, das reacções fisiológicas anteriores de descontentamento e de sofrimento, tais como as reacções transitórias ao desmame ou a ameaças corporais de longa duração (idem).

Apoiando as suas elaborações teóricas mais nas constatações clínicas do que na reconstrução metapsicológica, Spitz e Bowlby descrevem uma reacção particular da criança mais consecutiva a um acontecimento externo e não resultante de um desenvolvimento maturativo (Marcelli, 2005, p. 409).

Spitz em 1946, na obra *“Do nascimento à Palavra”*, inclui um capítulo intitulado “doenças de carência afectiva no recém-nascido”, onde descreve a semiologia da carência parcial que chama de depressão anaclítica e a de privação afectiva total, o hospitalismo, que sucede à primeira quando esta carência se prolonga (Spitz, 1965).

A carência parcial sucede geralmente em “crianças entre o sexto e o oitavo mês de vida; todas elas ficaram privadas da mãe por um período praticamente ininterrupto de três meses (...)” (Spitz, 1965). Trata-se então de um estado de privação materna ou de um estado reaccional ligado à perda do laço privilegiado com a mãe e do suporte que representava para o bebé, por isso a expressão “depressão anaclítica” (do grego *anaclinein*: apoiar-se sobre) dada por R. Spitz (Mazet & Stoleru, 2003, p. 234). Para este autor a perda objectal torna-se o núcleo da vivência depressiva infantil.

Se “durante o período de transição de mais ou menos dois meses - entre o fim do terceiro e do quinto mês de separação - a mãe retorna, a maioria das crianças recupera-se” (Spitz, 1965), não sem uma maior sensibilidade relativamente a separações ulteriores. Esta sintomatologia, reversível, é comparável ao “estado de alarme”, de Selye (Ajuriaguerra, 1980, p. 652), estado despoletado por uma exposição prolongada à tensão emocional. Caso contrário verifica-se a evolução para um estado de marasmo cada vez mais inquietante, que caracterizaria o hospitalismo: “os sintomas da depressão anaclítica seguiram-se uns aos outros em rápida sucessão e, logo após o período relativamente breve de três meses, surgiu um novo quadro clínico (...) as cifras de mortalidade destacam-se ainda mais surpreendentemente (...)” (Spitz, 1965).

De acordo com Mazet e Stoleru (2003, p. 240), a depressão anaclítica poderá ser considerada como uma resposta inata a uma situação catastrófica, que vem desorganizar o conjunto de esquemas de actividades e de trocas, que se desenvolvem normalmente a partir de interacções precoces entre a mãe e a criança.

Contudo, vários autores, nomeadamente Arfouilloux (1982), questionam o uso que Spitz deu ao conceito de depressão, na medida em que, por um lado as suas descrições estão

mais próximas da patologia orgânica e, por outro, as relações com a patologia depressiva são pouco evidentes.

Aos trabalhos de Spitz é contudo reconhecido, entre outros, o mérito de terem colocado em primeiro plano o valor patogénico da perda objectal, “ *potencialidade patogénica em que sobressai bem mais a ausência ou perda do objecto de segurança narcísica (ou objecto de apoio) do que a perda ou ausência do objecto de investimento libidinal*” (Matos, 1985, p. 43).

É numa perspectiva diferente que Bowlby encara a depressão como uma ruptura de um elo de ligação. Nomeadamente, a depressão no lactente estaria ligada, segundo o autor à ruptura dos seus laços privilegiados (constituídos precocemente do quarto ao sétimo mês) devido a separações ou experiências de perda. Baseando-se no pressuposto de que a criança dispõe desde logo ao nascer de um padrão comportamental de ligação com aquele que entra em contacto com ela (cf., Bowlby, 1985; Mazet & Stoleru, 2003, p. 240).

Para Bowlby (1985), a ruptura de ligação (*attachment*) entre a criança e a mãe devida à morte ou apenas à separação, teria as mesmas consequências, originando três tipos de respostas (protesto, desespero e o desligamento), as quais considerou também características do luto patológico do adulto. Para o autor, a idade mais sensível de separação se situa entre os 5 meses e os 3 anos, idade onde se observam a seguinte sequência de comportamentos: 1º uma fase de protesto (a criança chora, agita-se, procura seguir os pais e chama-os, tornando-se inconsolável. Passado alguns dias as manifestações tornam-se menos evidentes); fase de desespero (a criança recusa alimentar-se, vestir-se, fecha-se sobre si própria e permanece num estado de inactividade. Não pede nada parecendo estar num estado de luto); fase de desvinculação ou de retraimento (deixa de recusar a presença dos outros, aceita ser tratada, aceita ser alimentada e começa a brincar. Se a criança reencontra a mãe nesta fase, pode não a reconhecer e fugir dela. Mais frequentemente chora e grita quando a vê (Marcelli, 1993, p. 334; Marcelli, 2005, p. 410; cf., Field, 1996).

Será essencial sublinhar que a segunda fase, a do desespero, parece mais próxima do que se observa no animal e das manifestações depressivas do adulto. Todavia, para Bowlby, não se deve confundir separação e depressão: a angústia desencadeada pela separação, os processos de luta contra essa angústia (tais como cólera, agitação, protesto) e a própria depressão não devem ser considerados equivalentes estritos (Marcelli, 2005, p. 410).

Para Bowlby a depressão precoce resulta menos da separação do que da convicção do seu carácter irremediável, surgindo quando a esperança desaparece e o sentimento de abandono se instala (Guedeney, Dumond, Grasso & Starakis, 2004; Guedeney, 1999a).

Joffe e Sandler (1967) desenvolvem a teoria da depressão como uma resposta afectiva básica, feita de estados de impotência, de desespero e de resignação face ao sofrimento mental:

On a considéré la réponse dépressive de base comme représentant un état d'impuissance, de désespoir et de résignation en face de la souffrance mentale (...) il y a un sentiment d'être incapable de retrouver un état désire, accompagné d'une attitude essentiellement faite de capitulation et de retraite" (p. 125).

Similar à resposta de ansiedade, a reacção depressiva pode ser de curta ou longa duração, de intensidade maior ou menor, aparecendo em qualquer estágio do desenvolvimento; corresponde em determinadas circunstâncias, a uma resposta afectiva normal e apropriada, passando à faixa de anormalidade quando aparece em determinadas circunstâncias não apropriadas, persistindo durante um lapso de tempo demasiado. Quando se fala em perda de objecto, o que se perde realmente é o estado de bem-estar implícito, psicológica e biologicamente, na relação com o objecto. (Ajuriaguerra, 1980, p. 655). Ou seja, o que a criança pequena sente é que perdeu a mãe; o que perdeu realmente não é a mãe mas também o bem-estar implícito (Mazet & Stoleru, 2003, p. 238).

Segundo Mazet e Stoleru (2003, p. 240), Sandler, Joffe e Bowlby vêem a depressão como uma resposta psicobiológica a uma experiência de perda, ainda que apresentem divergências quanto ao que é interno e externo na génese da depressão.

Por sua vez, Haynal sublinha que a perda e o sentimento de estar sem esperança "hopelessness" – e sem ajuda – "helplessness" – são ao mesmo tempo constituintes universais da experiência humana e que a sua repetição e a sua intensidade explicam uma grande parte da depressão. Ao mesmo tempo que é uma experiência afectiva de significado geral, a depressão constitui, para o autor, o sintoma principal de um sério quadro regressivo clínico, característico e bem definido, a que chamamos de doença depressiva (as cited in Mazet 2003, p. 239).

Abramson et al. (1989) propõem uma categoria particular de depressão, chamada de depressão de perda de esperança ("*Hopelessness Depression*"), vindo de uma corrente de pensamento que centra a reacção depressiva num modelo de impotência aprendida e que confere aos processos cognitivos da perda de esperança um papel central na etiologia dos estados depressivos (as cited in Guedeney, 1999a, p. 316). Nomeadamente, dentro da abordagem cognitiva, o modelo de desamparo adquirido inicialmente estudado com animais, revela que situações negativas repetidas e incontroláveis podem levar o sujeito a apresentar o desamparo adquirido, ou seja, a pessoa passa a acreditar que os eventos não podem ser controlados, instalando no sujeito, alteração de afecto, da auto-estima e da motivação, podendo acarretar em transtorno depressivo (Seligman, 1977 as cited in Cruvinel & Boruchovitch, 2003). O Paradigma de Seligman, "learned helplessness", revelou-se importante para a compreensão do tipo de circunstâncias e de relações interpessoais que

podem conduzir à retracção e após ao desenvolvimento da depressão precoce (Guedeney, 1999, p. 302).

Para Mazet e Stoleru (2003), apesar da variabilidade de modelos teóricos que abordam a questão dos mecanismos psicopatológicos existentes no lactente, qualquer depressão põe inevitavelmente dois problemas: o da experiência da perda e o das relações com a agressividade. No conjunto, a maioria das correntes de pensamento psicodinâmico está muito mais centrada sobre o papel da perda na depressão, retomando estão o ponto de vista inicial de S. Freud. Foi S. Freud que em Luto e Melancolia (em 1915), quem após K. Abraham, contribuiu para propor o modelo teórico da depressão enquanto experiência da perda de um objecto amado (idem, 238).

São assim múltiplas as abordagens teóricas que se centram na compreensão do fenómeno depressivo no bebé/criança, com base em separações precoces e nas vicissitudes da organização precoce do psiquismo. De qualquer das formas e apesar desta diversidade de concepções teóricas, podemos dizer que para que a comunidade científica aceitasse e reconhecesse que o lactente pode sentir tristeza, desgosto e aflicção, foi necessário esperar por Burlingham e Anna Freud (1942) e em seguida por R. Sptiz (1946) e J. Robertson (1953) (Mazet & Stoleru, 2003, p. 224).

2.2. Sintomatologia, Diagnóstico e Diagnóstico diferencial

Freud chama de narcísico primário “*o estado original do bebé incapaz de distinguir entre ele próprio e os objectos exteriores*”; o bebé tem sentimento de onnipotência, já que as suas necessidades se encontram naturalmente satisfeitas (Mazet & Stoleru, 2003, p. 102). Em contraposição, alguns autores, nomeadamente J. Bowlby, sublinham a orientação social primária do bebé, considerando que a criança dispõe logo no nascimento de um padrão comportamental de ligação com aquele que entra em contacto com ela (idem, p. 92).

De acordo com Bowlby (1984), existe um conjunto de comportamentos instintivos “*que tem como resultado previsível a manutenção e o aumento da proximidade da mãe*” e que têm por isso uma importante função de protecção da criança, assumindo em ultima análise, alias, a sobrevivência da espécie (p. 214). Bowlby isola cinco principais: a sucção, o aperto (agarrar), a acção de seguir (para o bebé, é essencialmente no princípio seguir com os olhos), os choros e o sorriso (idem, p. 223).

As crianças, com apenas algumas horas, mostram a capacidade de interagir socialmente com os adultos (Zeedyk, 1998). Desde os primeiros meses, que o comportamento social da criança pode ser observado de diversas formas, através das vocalizações, contacto ocular com o observador, imitação de gestos físicos e de uma variedade de expressões faciais e respostas ao adulto (Matthey, Guedeney, Starakis & Barnett, 2005).

Pesquisas recentes indicam que o número e a variedade de afectos poderão ser mais do que se pensava (Mazet & Stoleru, 2003, p. 117). A maioria das crianças mostram aos 2 meses de idade três emoções (interesse, satisfação e sofrimento/stress) e oito emoções com 7 meses (satisfação, alegria, raiva, surpresa, interesse, insatisfação, tristeza) (Izard, Huebner, Risser, McGuinness, & Doughert, 1980 as cited in Luby, 2000). Sorrir é uma resposta à voz e face da pessoa que ocorre por volta das 8 semanas, enquanto que a ansiedade aos estranhos é em geral considerada evidente por volta dos 9 meses (Snow, 1998). Tal ansiedade, de ser segurado por um estranho, vai provocar um determinado comportamento, como protestos vocais e gritos, numa tentativa de se tornar mais próximo aos pais (Matthey et al., 2005).

A maioria das descrições do desenvolvimento mental precoce realça a sua importância no final do 2º e 3º mês (Guedeney, 1999a, p. 307). Aos 2/3 meses, período identificado de reorganização e transição, as crianças tornam-se mais organizadas, mais atentas, comunicativas e conseqüentemente melhores aprendizes e parceiros sociais (Crockenberg & Leerkes, 2000, p. 61).

As descobertas de Cohn e Tronick (1989) sugerem que mesmo nesta fase precoce de desenvolvimento as crianças têm reacções específicas às expressões negativas do prestador de cuidado; este estudo foi o primeiro a sugerir que crianças com 3 meses de idade eram sensíveis e reagem às expressões negativas dos prestadores de cuidados (Luby, 2000).

Em adição à capacidade e experiência dos bebés/crianças em perceber estados emocionais, o estudo dos padrões de reactividade emocional e a capacidade de regular as respostas emocionais é também um componente importante do desenvolvimento emocional (Fox, 1994 as cited in Luby, 2000, p. 384).

As rápidas mudanças no desenvolvimento fisiológico, motor, cognitivo, social e emocional nos primeiros 3 anos de vida levam que a infância seja encarada como primordial para a emergência de trajectórias desenvolvimentais que poderão aumentar ou diminuir a probabilidade de aparecerem disfunções comportamentais e emocionais (Crockenberg & Leerkes, 2000, p. 61).

Neste sentido, quanto à psicopatologia do lactente, deve-se ser prudente nas considerações diagnosticas e avaliações prognósticas e deve-se sublinhar mesmo a existência de arranjos evolutivos importantes nestas idades que vêm a inflectir num sentido favorável uma evolução que se considerava inquietante (Mazet & Stoleru, 2003, p. 231). Não podemos esquecer, que o desenvolvimento e a maturação da criança são por si fontes de conflitos que, como qualquer conflito, podem suscitar o aparecimento de sintomas. Assim como, que a questão fundamental em estabelecer os critérios para uma perturbação mental em crianças/bebés é a distinção entre sintomas clinicamente significativos dos comportamentos dos que são normativos e transitórios (Luby, 2000; Marcelli, 2005, p. 82).

Nesse sentido é, antes de mais, importante precisar as relações que existem entre tristeza e depressão. O sentimento de tristeza faz parte da experiência normal da pessoa. A depressão é um estado de abatimento do sujeito que associa ao humor e sentimentos depressivos (entre eles a tristeza) um abrandamento psicomotor. Ou seja, a tristeza não é a depressão, e um lactente que parece estar triste não está necessariamente deprimido. (Mazet & Stoleru, 2003, p. 224; Lima, 2004).

Em síntese, podemos dizer que a distinção entre o normal e o patológico é um desafio conceptual, podendo o “anormal” na infância ser descrito como a dificuldade em alcançar determinados comportamentos correspondentes a determinadas idades nas diferentes etapas de desenvolvimento (Laucht, Esser & Schmidt, 1993 as cited in Eppright, Badley & Sanfacon, 1998).

Para Guedeney (1998) um bebé deprimido é um bebé sozinho, que está em retracção. Contudo, é difícil reconhecer a semiologia da depressão precoce (Kreisler, 1987), assim como é difícil de tolerar pelo bebé, mãe e observador.

Spitz referia-se à depressão anaclítica como o quadro mais grave e mais precoce de depressão do bebé pela rotura de relação com o objecto maternal, caracterizada por um desinteresse progressivo pelo ambiente e perda de apetite, com problemas no desenvolvimento ponderal e geral (Ajuriaguerra, 1980, p.652). O quadro clínico da depressão anaclítica do lactente descrito por Spitz é mesmo um estado que “*num adulto evocaria uma depressão*” pela sua sintomatologia e pelas suas condições de aparecimento no lactente com mais de 6-8 meses separado brutalmente da mãe e pela sua evolução (Mazet, 2003).

Assim Spitz (1965) descreveu “no primeiro mês, que as crianças tornam-se chorosas, exigentes e tendem a apegar-se ao observador quando este consegue estabelecer contacto com elas (...) seguindo-se no segundo mês pelos gemidos, a perda de peso e a paragem do desenvolvimento“. São também assinalados no terceiro mês, a paragem do desenvolvimento, a continuidade de regressão das aquisições motoras e intelectuais e a grande sensibilidade às infecções. “...a insónia, a perda de peso continua. Há uma tendência para contrair moléstias; o atraso motor torna-se generalizado. Início da rigidez fácil” (p. 236). Descrição que realça o comportamento de retracção, os movimentos atípicos dos membros (gestos auto-centrados) e a rigidez facial classificadas por Spitz dentro das “maladies de carence” (Guedeney, 1998).

A retracção severa e prolongada é um elemento major na descrição do hospitalismo e da depressão anaclítica, também observada em orfanatos e em diversos locais (e.g., Spitz, 1946 as cited in Guedeney, 2007; Zeanah, 2000).

Outros autores constataram uma mudança de comportamento semelhante ao descrito por Sptiz em crianças institucionalizadas (e.g., Harmon, Wagonfield & Emde, 1982), que se apresentavam passivas e apáticas.

De acordo com Mazet (2003), as descrições clássicas puderam ser completadas por variantes clínicas que ajudam a clarificação da semiologia da depressão precoce. As expressões sintomáticas da depressão precoce podem ser assim variadas, caracterizando-se pela atonia afectiva ou rigidez facial (atimia global, mais próxima da indiferença do que da tristeza ou aflição) (e.g., Kreisler, 1987; Kadzin, 1990; Shaffi & Shaffi, 1992); inércia motora e atraso no desenvolvimento psicomotor (Kreisler (1987; Ajuriaguerra e Marcelli, 1989; Mazet, 2003; Kadzin, 1990; Shaffi & Shaffii, 1992; Clerget, 1999; Marcelli, 2005), em particular nos primeiros 6 meses de vida:

A mímica é pobre, a mobilidade corporal parece presa, as iniciativas psicomotoras estão diminuídas e a resposta motora às solicitações enfraquecidas. (...) que se destaca do padrão do normal do comportamento motor do bebé, de infinita variabilidade móvel” (Kreisler,1987)

Também é descrito na literatura a tendência para comportamentos repetitivos, frequentemente de auto-estimulação (Joffe & Sandler, 1967; Mazet, 2003, p. 236; Marcelli, 2005) e pobreza interactiva (Kadzin, 1990; Kreisler, 1987, Joffe & Sandler, 1967; Shaffi & Shaffii, 1992):

A observação do bebé em situação de interacção revela uma quebra das iniciativas e das respostas a solicitações. A realçar as características do olhar: a sua fixidez impressionante sem fechar as pálpebras, o afastamento fugitivo ao aproximar ou à tomada nos braços, a expressão glacial (Mazet, 2003, p. 236).

Quando a criança fica deprimida, um dos comportamentos a desaparecer é do sorriso social, que ocorre por volta do 2 meses de idade, a criança esboça antes um sorriso anémico (Shaffi & Shaffii, 1992).

Quanto mais jovem é a criança, tanto mais a sintomatologia se inscreve em sintomas psicossomáticos: anorexia e perturbações de sono são de longe as mais frequentes (Kadzin, 1990; Lima, 2004; Marcelli, 1993; Clerget, 1999; Nissen as cited in Ajuriaguerra, 1980; Sandler e Joffe, 1967; Mazet, 2003; Shaffi & Shaffi, 1992; Marcelli, 2005), sendo o sono disritmado

(predominância da hipersónia) e a sucção do leite vagarosa e sem prazer. Podemos referir também os episódios diarreicos, as afecções dermatológicas (eczema-pelada), as afecções respiratórias (asma) (Marcelli, 1993; Mazet, 2003; Ajurriaguerra & Marcelli, 1989).

Por fim, o atraso/paragem do crescimento ou “*failure to thrive*” (Clerget, 1999; Mazet, 2003; Shaffi & Shaffii, 1992), atraso na linguagem (Marcelli, 2005; Clerget, 1999), e irritabilidade (Lima, 2004) também fazem parte da sintomatologia do bebé deprimido. Assim, o balbuciar e as lalações, que caracterizam o bebé de 2 meses de idade, não ocorrem nas crianças deprimidas; por outro lado, o choro do bebé deprimido começa com um choro de “dor” para gradualmente perder forças e tornar-se um choro irritável e queixoso (Shaffi & Shaffii, 1992).

Ao partir na literatura, das descrições mais clássicas às mais recentes dos sintomas da depressão precoce na criança, podemos dizer que a retracção da criança aparece inevitavelmente como um dos sintomas chave da depressão da criança (Spitz, 1946, 1951 as cited in Guedeney & Fermanian, 2001; Herzog & Rathbun, 1982; Shaffi & Shaffii, 1992; Guedeney, 1997; Guedeney, 2000 as cited in Guedeney & Fermain, 2001).

Os conceitos de retracção e de lentificação psicomotora, que surgem para Guedeney (1999b), como fulcrais na explicação da continuidade entre a depressão do bebé e do adulto:

(...) ainsi pourrait on concevoir plus clairement la continuité entre le bébé et l'adulte, dans la dimension comportementale du retrait et du ralentissement psychomoteur, et l'apparition progressive, à partir peut-être de l'âge de deux ans et demi de la dépression au sens strict (...) (p. 66).

Guedeney segue assim a orientação da abordagem psicanalista, que defende a ideia de que o padrão de recalamento-abrandamento da actividade-imobilidade notado na depressão anaclítica, na depressão do adulto e também dos animais, poderá ser o núcleo da depressão em geral, ainda que a construção mental da depressão do adulto seja notavelmente mais complexa (Mazet & Stoleru, 2003).

A depressão precoce é definida por sintomatologia como a ausência de variações afectivas, expressões vocais e mobilidade reduzidas, retracção relacional e apatia, em contraste com a vitalidade e a “apetência” relacional de um bebé saudável (Guedeney, Dumond, Grasso & Starakis, 2004).

O comportamento de retraimento social, desde os 2 meses de idade, é caracterizado precisamente pela ausência de comportamentos positivos (e.g., sorriso e contacto ocular) ou negativo (e.g., protestos vocais), semelhante a um estado de desespero aprendido ou de “helplessness” e deve alertar o clínico para a possibilidade que a criança não está a apresentar um comportamento emocional/social apropriado para a idade (Matthey et al., 2005).

A sua existência tem sido negada por diversas as razões, das quais se destaca a tendência que prevaleceu durante muito tempo, para idealizar a infância, predominando uma “*conspiração do silencio*” (Joffe & Sandler, 1967), a depressão na criança tornou-se mais recentemente, objecto de inúmeras pesquisas. Além do mais, pela questão da existência ou não num mesmo sujeito de uma continuidade depressiva da infância à idade adulta. Se a possível sobrevivência de um episódio depressivo está bem definida, a da “doença depressiva” continua a colocar inúmeros problemas (...) (Marcelli, 2005).

O conceito de depressão na criança ainda é bastante controverso, apesar de dados epidemiológicos evidenciarem que actualmente não há mais dúvida quanto a ocorrência de depressão na infância (e.g., Baptista & Golfeto, 2000; Pearce, 1977; Carlson & Cantwell, 1979 as cited in Peti, 1989), a prevalência dos sintomas depressivos são discutíveis, uma vez que existe uma grande diversidade nas taxas de incidência. Diversidade essa que vem sendo explicada pela variação da população estudada, pelas diferenças na metodologia utilizada e principalmente pela dificuldade de padronização dos tipos de transtornos depressivos e a falta de um critério de diagnóstico comum para a depressão (Baptista, Baptista & Dias, 2001).

Há muita controvérsia a respeito da depressão na infância, principalmente quanto aos critérios de diagnóstico. Alguns autores afirmam que a depressão na criança assume características diferentes da depressão no adulto (e.g., Ajuriaguerra, 1980), enquanto outros concordam que a depressão na infância se manifesta de forma bastante semelhante às manifestações do adulto (e.g., Angold, 1988; Rutter, 1988; Harrington, 1990). No entanto, muitos autores ainda continuam a duvidar da existência de um quadro depressivo na infância (e.g., Shaffer, 1988; Lefkowitz, 1978 as cited in Lima, 2004).

Esta controvérsia remonta à altura de Sptiz que sugeria que a “*estrutura da depressão anaclítica é completamente diferente da depressão do adulto*”, isto apesar das semelhanças da semiologia do quadro de depressão entre a criança e o adulto (Mazet & Stoleru, 2003; Guedeney, 2004a; Guedeney, 1997). Para Bowlby, pelo contrário, a depressão anaclítica e a reacção depressiva são um protótipo da depressão do adulto (Mazet & Stoleru, 2003, p. 240; Guedeney, 2004a; Guedeney, 1997; Mazet, 1985 as cited in Guedeney, 1999a; Guedeney, 1999b). Em paralelo, Kreisler (1987) considera a depressão do bebé como forma prévia da depressão essencial e como condição do desencadeamento de uma desorganização somática: “*la réponse depressive primaire peut être lue comme la préforme de la dépression essentielle*,”

significative d'une faillite des instincts de vie" (Kreisler, 1995b, p. 2025 as cited in Guedeney, 1999a).

Guedeney (1997), por sua vez, considera que a depressão da infância está mais próxima da depressão do adulto que se pensava, podendo manifestar-se como retraimento desde o nascimento ou mais próximo da depressão clássica, a partir dos 2 anos de idade.

Para Ajurriaguerra e Marcelli (1989), a classificação em clínica infantil coloca problemas suplementares que se relacionam com a semiologia que não é sempre perceptível de uma forma imediata nem evocada de uma forma directa (sendo em muitos casos as queixas apresentadas pelos pais e professores), a dependência em relação ao meio (em particular a família) e, o facto de a semiologia mudar o ponto de vista da sua expressão e significação ao longo do desenvolvimento da criança/bebé.

O facto é que ainda que a depressão precoce ocupe um lugar importante na prática clínica da primeira infância, não dispúnhamos até há bem pouco tempo de um sistema válido de critérios de diagnóstico e/ou um instrumento fiável de avaliação clínica e de despiste de depressão precoce (Guedeney, 2004a, p. 132; Guedeney, 2004b).

A introdução do sistema do DSM, em particular do DSM-III, mudou a história da psiquiatria Americana (Guedeney & Maestro, 2003). Contudo, no DSM-III-R (1987) não há a possibilidade de estabelecer o diagnóstico de episódio depressivo na criança pequena (Guedeney, 1999a; Guedeney, 2007). Já os sistemas de classificação mais recentes, o DSM-IV (1994) e o ICD-10 (1988), limitam-se a visualizar a depressão infantil como uma perturbação reactiva e transitória, não havendo igualmente lugar para a depressão do bebé, colocando-a somente no seio da categoria das perturbações da adaptação ou aproximando-se da categoria de perturbação reactiva de vinculação (Guedeney, 2004a, p. 133; Guedeney, 1997; Guedeney, 1999a; Guedeney, 1999b). Ou seja, este sistema de diagnóstico não permite o diagnóstico de depressão *major* em crianças com idade inferior a 5 ou 6 anos (Guedeney, 1999b), revelando-se igualmente pouco útil em estudos empíricos (e.g, Gonçalves & Silva, 2003).

É claro que a posição anglosaxónica incide na predominância das perturbações da relação pais-filhos sobre as perturbações ditas estruturais da pequena infância; o que se torna um obstáculo à individualização da depressão precoce e à descrição da sua organização intrapsíquica específica (Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a). Pelo contrário, em França, a posição estruturalista prevalece e na classificação Francesa das Perturbações mentais da criança e adolescente (CFTMEA), a depressão não faz parte dos diagnósticos do eixo I; não oferecendo igualmente a possibilidade de diagnóstico das perturbações da relação pais-filho (Guedeney, 2004a, p.133; Guedeney, 1999a; Guedeney, 1999b). Contudo, uma recente revisão desta classificação resultante do desenvolvimento recente da psiquiatria do bebé, leva à criação de uma secção específica, onde consta precisamente e no eixo I, a depressão do bebé (Misés et al., 2002).

Em 1982, Herzog e Rathbun tinham proposto critérios de diagnósticos da depressão aplicáveis do nascimento aos 36 meses de idade, baseados no DSM III: atraso de desenvolvimento, perturbações de linguagem, perturbações de aquisição do asseio, atraso de crescimento, movimentos anormais, mericismo, perturbações de sono, ausência de angústia de separação ou, pelo contrário, uma vinculação angustiada; sintomas deveriam ter a duração de duas semanas ou menos. Contudo, os critérios de Herzog e Rathbun não foram objecto de qualquer estudo de validação (Guedeney, 2004a, p. 133; Guedeney, 1997; Guedeney, 1999b).

É com Justin Call, em 1983 que surge a primeira classificação diagnóstica de perturbações da primeira infância, na qual a depressão anaclítica encontrava o seu lugar no seio da categoria das perturbações de vinculação (Guedeney, 1998; Guedeney, 2004a, p. 133).

Neste contexto, um grupo de clínicos oriundos de diferentes horizontes teóricos propõe, em 1994, a Classificação diagnóstica de 0 a 3 anos (Zero to Three, National Center for Children Infants Programs (NCCIP), 1994 (Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a, p.133; Guedeney, 1999b). A depressão da primeira infância figura na categoria das perturbações do afecto, incidindo mais sobre a experiência do bebé e as características do seu funcionamento do que nas circunstâncias ou relações da vida do bebé (Guedeney, 1999a; Guedeney, 2007). Aplica-se às crianças pequenas que apresentam humor deprimido ou irritável, com diminuição do prazer e interesse nas actividades adequadas à sua idade, diminuição da capacidade de protestar, queixas excessivas e um reportório restrito de interacções sociais ou de iniciativas para com o outro. Estes sintomas podem ser acompanhados de perturbações de sono ou da alimentação, por vezes com perda de peso. Os sintomas têm de ter a duração de pelo menos duas semanas (Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a, p. 133; Luby, 2000; Guedeney, 1999b).

Quando essa perturbação é observada na presença de uma carência psicossocial ou ambiental significativa, esta deve ser classificada como uma perturbação reactiva de vinculação ligada à carência e a situações de maus-tratos, especialmente se a carência é severa; se a perturbação não é major, e se é observada num contexto de adaptação (como por exemplo, o regresso ao trabalho de um dos pais), deve ser considerada a perturbação de adaptação. Caso, nenhuma destas situações ocorra, o diagnóstico de depressão deve ser considerado como o diagnóstico principal (Guedeney, 1999b).

Guedeney (1999a) acrescenta que como em outros diagnósticos específicos da primeira infância, é necessário verificar a estabilidade do comportamento depressivo da criança dentro do quadro de diferentes relações, e a constância da sintomatologia depressiva ao longo do tempo. Mas não podemos deixar de levar em conta que no bebé comportamentos menos funcionais em períodos curtos de tempo devem ser considerados (Luby, 2000).

Deverá igualmente validar-se os critérios de depressão precoce através da identificação do tipo de perturbação da relação que está associada, e avaliar o impacto

desenvolvimental da depressão quando ela ocorre nos períodos chaves de mudanças (Emde, 1985; Zeanah, Boris & Sheeringa, 1996).

A questão da classificação diagnóstica das perturbações mentais da criança e mais especificamente do lactente é alvo de controvérsia e debate (Gonçalves & Silva, 2003). O estatuto da depressão encontra-se mergulhado em múltiplos sistemas de classificação (Mazet, 1998) de estreita ligação ao enquadramento teórico psicopatológico dos seus autores e de aplicação dificilmente generalizável. Por outro lado, persiste a dificuldade em definir o “objecto de aplicação do diagnóstico” e em atingir um consenso para se tentar resolver o conflito entre psicopatologia e classificação diagnóstica (Guedeney, 1998).

Para vários autores, a DC: 0-3 cobre de maneira bastante completa as perturbações psicopatológicas do bebé, nomeadamente as perturbações de afecto, e é equilibrada, contemplando de forma mais ou menos equitativa os diferentes síndromas (e.g., Gonçalves & Silva, 2003; Eppright, Bradley & Sanfacon, 1998; Matthey et al., 2005). Esta categoria no DC: 0-3 é clinicamente mais útil no sentido de estar mais adaptada à etapa desenvolvimental em que a criança se encontra (Luby, 2000) mas também criticam esta classificação, considerando que faltam dados empíricos que validem os critérios propostos (e.g., Zeanah, Boris & Sheeringa, 1996; Luby, 2000; Eppright, Bradley & Sanfacon, 1998; Guedeney, 1999b).

Recentemente a “Research Diagnostic Criteria Revision” (RDC-R, 2003 as cited in Guedeney, 2007) propôs modificações para permitir que haja um melhor diagnóstico para Depressão Major na infância, fornecendo critérios mais precisos para a depressão nos bebés. A descrição da depressão pode incluir, como propõe o RCD-R (2003), o atraso de crescimento (*Failure to Thrive*) como o Kwashiorkor, sem adoptar a divisão habitual entre condições orgânicas e não orgânicas (Guedeney, 2007).

Os dados epidemiológicos sobre a depressão infantil são pouco concordantes dado a disparidade de critérios e de concepções teóricas (Guedeney, 2007), tendo diversos estudos apontado para diferentes taxas de prevalência (e.g., Kashani & Simonds, 1979 as cited in Ollendick & Hersen; Rutter, Tizzard & Whitmore, 1970; Pearce, 1977; Poznanski & Zrull, 1970). No geral, os estudos indicam a taxa de prevalência de 3% para a depressão major na infância, alcançando 8 a 10% na adolescência (Guedeney, 2007).

Com o recurso aos critérios do DC 0-3 (e.g., Dollberg, Feldman, Keren & Guedeney, 2006; Gonçalves & Silva, 2006) ou a alterações dos critérios de diagnóstico do DSM IV para o diagnóstico de perturbação major em crianças dos 2 aos 4 anos (Luby et al., 2003) foi possível

identificar em amostras clínicas e comunitárias um elevado índice de crianças com perturbações do eixo I.

Contudo, a maioria dos estudos indicam que a taxa de prevalência de crianças com perturbação depressiva major em idade pré-escolar continua a ser muito variável (e.g., McDonnell & Glod, 2003), não divergindo muito dos valores manifestados nas crianças mais velhas (e.g., Angold et al., 2006).

Em amostras de crianças atendidas em consultas especializadas ou hospitalizadas, a incidência também é variável mas mais elevada, indicando os estudos índices de prevalência de 25.8% (e.g., Rutter, 1966 as cited in Ollendick & Hersen, 1993) a 61% (e.g., Petti, 1978 as cited in Ollendick & Hersen, 1993). As crianças com problemas médicos têm mais tendência para desordens depressivas (Petti, 1981).

Quanto ao comportamento de retracção, apesar ser um fenómeno observado com frequência em situações de avaliação clínica, foi raramente sujeito a investigações empíricas, havendo pouca informação sobre a sua prevalência e causa (Dollberg et al., 2006).

Sabe-se que os rapazes têm mais tendência para dificuldades desenvolvimentais e comportamentais na infância (Shevell, Majnemer, Rosenbaum, & Abrahamowicz, 2001). Estudos também sugerem que os rapazes diferem das raparigas nas suas reacções emocionais e modos de regulação do afecto em resposta às mudanças à responsividade materna (Weinberg, Tronick, Cohn, & Olson, 1999). Por isso, as raparigas podem ter menos tendência para recorrer ao comportamento de retracção quando se deparam com circunstâncias semelhantes (Dollberg et al., 2006).

A importância do limiar entre o normal e patológico no bebé deverá precisamente ser levada em conta no conceito de retraimento social.

Guedeney passa a usar o conceito de reacção de retraimento social, como precursor de quadros psiquiátricos, como a depressão. Contudo, este conceito foi descrito por Brazelton, em 1974, como modo de regulação normal da interacção, embora estruturado por breves espaços de tempo (Assumpção, Kuczynski, Rego & Rocca, 2002; Guedeney, 2005; Guedeney, 1999b). Estudos microanalíticos mostraram breves episódios de retracção durante a interacção mãe-filho (Beebe, Lachmann, & Jaffe, 1997; Brazelton, Koslowski, & Main, 1974; Tronick & Weinberg, 1997; Brazelton & Cramer, 1993), que desempenhariam um importante papel na regulação das interacções precoces.

Em contraste com breves momentos de retracção, comportamento de retracção prolongada é significativamente menos comum e é associado a condições patológicas (Guedeney & Fermain, 2001) como o autismo, desordens pervasivas do desenvolvimento,

depressão da criança (Guedeney, 1997, 2000), ou dor crónica e severa (Gauvain-Piquard, Rodary, Rezvani, & Sebouti, 1999; Gauvain-Piquard, Rodary, Rezvani & Lemerle, 1987). A retracção severa é ainda observada em crianças que sofrem de desordens de ansiedade, perturbações de regulação (Guedeney, 1999a; Greenspan & Wieder, 1993 as cited in Guedeney, 1999b), stress pós-traumático ou crianças com vinculação insegura e desorganizada (Beebe, 2000; Salomon & George, 1999; Zeanah, 1993). Esta retracção mais duradoura caracterizar-se-ia então por uma reacção de alarme comum a grande parte das patologias psiquiátricas de ocorrência precoce, principalmente a depressão (Assunção, Kuczynski, Rego & Rocca, 2002; Guedeney, 1999b). Ou seja, comportamento de retracção da criança é observado em inúmeras situações clínicas, distintas das causas orgânicas, como a febre, a desidratação, estado crítico posterior a crise epiléptica, intoxicação, doenças do sistema nervoso central, deficiência visual ou auditiva (Behrman, Vaughan & Nelson, 1983 as cited in Guedeney & Fermanian, 2001).

São assim múltiplos os quadros patológicos que poderão levar à retracção da criança, logo, será necessário fazer um diagnóstico diferencial minucioso de modo a averiguar se retracção é o início de uma depressão precoce (Guedeney, 2004b) ou meramente um comportamento indicativo de um quadro orgânico ou relacional diferente, ou ainda a junção de ambos.

Em determinados casos as condições somáticas parecem ser a causa do aparecimento do comportamento de recalamento, diminuição de actividade e de aparência de tristeza: afecções que provocam uma dor física, a qual muitas vezes é desconhecida na criança, problemas nutricionais e complicações perinatais (prematuridade, síndrome de deficiência respiratória) (Mazet, 2003).

De acordo com alguns autores (e.g., Gauvain-Piquard et al., 1999; Gauvain-Piquard et al., 1987), a dor pode provocar perturbações motoras (agitação, agressividade aparente) e relacionais (oposição), e por outro lado a dor apresenta características semiológicas comuns com a depressão, o que requer um diagnóstico diferencial minucioso. É comum que na criança doente com dores crónicas se juntem dor e depressão (Marcelli, 2005). Por exemplo, é frequente encontrar-se o comportamento depressivo nos lactentes hospitalizados que tem uma intolerância ao glúten, uma malnutrição proteico-calórica ou uma forma grave de carência ao ferro, provocando o tratamento específico uma retomada do comportamento geral do bebé (Mazet, 2003).

Inclusivé, em severas formas de subnutrição proteico-calórica, como a Kwashiorkor, a retracção é intensa e prolongada, e a sua redução é um importante sinal de recuperação (Guedeney, 1987, 1997; Guedeney, Charron, Delour & Fermanian, 2001).

a) Kwashiorkor e retraimento social

Para Guedeney (1999a) a depressão precoce pode incluir o atraso de crescimento (observado em crianças com famílias com dificuldades múltiplas) e subnutrição proteicocalórica, sob a forma de Kwashiorkor.

Desde os relatos de Sptiz e Bowlby (Bowlby, 1951 as cited in Guedeney, 1999a; Rutter, 1981 as cited in Guedeney, 1999a) que as carências de cuidados maternos ligadas à hospitalização das crianças diminuíram em países desenvolvidos. Contudo, a depressão precoce, em particular a carência intrafamiliar não desapareceu e continuou a manifestar-se e a aumentar no mundo, nomeadamente nos países desenvolvidos em famílias com dificuldades múltiplas (Guedeney, 1997). Em países em vias de desenvolvimento como os tropicais e principalmente aqueles que estão afectados pela guerra e migração, a subnutrição proteicocalórica está presente e constitui um problema de saúde pública (Guedeney, 1999a, p. 311).

O Kwashiorkor, uma forma frequente de subnutrição proteicocalórica, fornece um quadro de retraimento depressivo particularmente impressionante (Guedeney, 2004a, p. 133; Guedeney, 1997), constituindo juntamente com a depressão anaclítica e com o “*Failure to Thrive*”, manifestações da depressão na infância (Lourie & Nover, 1980 as cited in Guedeney, 1997).

A descrição inicial da Kwashiorkor por Cecil Williams, em 1933, inclui já a dimensão cultural e o papel da depressão na pequena criança, separada brutalmente da mãe (Guedeney, 1999a), o termo Kwashiorkor significa precisamente criança rejeitada e retirada (Guedeney, 1999a; 1995; 1997). A primeira descrição rigorosa das modificações psicológicas que acompanham a Kwashiorkor foi de Geber e Dean, em 1956, mostrando as formas graves desta patologia. Esta descrição reúne os critérios propostos por Herzog e Rathbun (1982) para o diagnóstico de depressão precoce entre o 0 e os 3 anos (Guedeney, 1997, 1999a).

Nos casos de subnutrição severa, a depressão e as perturbações de vinculação são as consequências dos problemas nutricionais, mas podem agir também como factores precipitantes e de manutenção de uma situação nutricional precária (Guedeney, 1987; Guedeney, 1995). Algumas dessas modificações psicológicas decorrentes do quadro da severa subnutrição proteicocalórica (retracção e vinculação insegura-ansiosa) são muito parecidas com os efeitos da depressão materna (Guedeney, 1995b).

Podemos também constatar que a Kwashiorkor severa tem um quadro compatível com uma perturbação grave de vinculação, do tipo ansiosa/dependente (Guedeney, 1997, 1995, 1999a).

A subnutrição proteicocalórica é uma situação complexa com causas múltiplas (Guedeney, 1995). Por exemplo, Brazelton et col., observaram na Guatemala que crianças de baixo peso, lentas no acordar e no comer estão particularmente em risco de desenvolverem Kwashiorkor (Guedeney, 1999a). Por sua vez, o papel de um desmame demasiado precoce e brutal, com ou sem separação, foi também objecto de inúmeros estudos (Collomb, 1974 as cited in Guedeney, 1999a; Guedeney, 1987). Um estudo feito em Kampala (Goodall, 1979 cit *in* Guedeney, 1999a) que compara crianças hospitalizadas com Kwashiorkor com crianças hospitalizadas com razões cirúrgicas mostra que a má nutrição está associada à separação, desmame repentino (sem razões culturais aceitáveis) e psicopatologia da família mais do que o rendimento familiar (Guedeney, 1997).

b) *Failure to Thrive* e retraimento social

Em condições como *Failure to Thrive*, causa frequente de hospitalização dos bebés e das pequenas crianças (Volkmar & Schwab-Stone, 1996 as cited in Guedeney, 1999a, p.312) aparecem crianças em retracção, deprimidas e irritáveis (Chatoor, 1989 as cited in Guedeney, 1997; Powell & Low, 1983). Prevalece também outra sintomatologia similar à depressão precoce: alguns são apáticos, medrosos e sem esperança; outros têm um olhar que se fixa no adulto, descrito também no Kwashiorkor severo (Goodall, 1979 as cited in Guedeney, 1999a). Algumas destas crianças preferem objectos inanimados ao contacto social (Rosenn, Stein Loeb, & Bates, 1980 as cited in Guedeney, 1997), estabelecem pouco contacto ocular, raras vocalizações, toleram mal o contacto físico, tendo comportamentos de auto-estimulação ou ruminação (Powell & Low, 1983).

Tratando-se de um diagnóstico ou de uma mera descrição de sintomas, o “*failure to thrive*” é descrito como uma “falha” no crescimento, principalmente no ganho de peso, sendo diagnosticada em crianças cujo peso é inferior a 80 % do peso ideal para a sua idade (Zenel, 1997; Benoit, 1993; Gahagan & Holmes, 1998 as cited in Marino, Weinman, Soudelier, 2001). Por sua vez, presente com mais frequência em crianças dos 3 aos 12 meses, o que é confirmado pelos estudos que indicam que cerca de 80 % dos casos se manifestam em crianças com idade inferior aos 18 meses (Wegner, 1998 as cited in Marino, Weinman & Soudelier, 2001).

Quanto à sua etiologia, para alguns autores o desenvolvimento de *Failure to Thrive* resulta de certas condições ambientais (e.g., Habicht, Martorell, Yarborough, Malina & Klein, 1974 as cited in Benoit, 1993), enquanto que para outros, factores como o baixo peso à nascença (inferior a 2500 gramas) e a prematuridade (Frank, 1985 as cited in Benoit, 1993) serão algumas das causas mais prováveis da perturbação; apesar dos resultados de diversos estudos serem contraditórios (e.g., Benoit, Zeanah, & Barton, 1989).

Contudo, não é claro se o atraso de desenvolvimento característico da maioria das crianças com *Failure to Thrive*, resulta de subnutrição ou se reflecte a falta de estimulação fornecida a essas crianças ou ambas as coisas (Guedeney, 2004b; 1995b). A dicotomia tradicional entre *organic failure to thrive* e *nonorganic failure to thrive* pode ser enganosa, sendo estimado que cerca de 15% a 35% dos casos são mistos (orgânicos e não orgânicos) (Singer, 1986 as cited in Benoit, 1993; Chatoor, Egan, Getson, Menville, & O'Donnel, 1987 as cited in Guedeney, 1997), e apenas 16% a 30% apresentam *failure to thrive* com causas orgânicas suficientemente severas para conduzir a essa “falha” de crescimento (Benoit, 1993).

O *Failure to thrive* aparece geralmente associado a condições desfavoráveis ao bem-estar da criança, como dificuldades emocionais e alimentares (recusa alimentar e limitação no apetite), negligência e privação de cuidados e carinho (Wright & Birks, 2000; Raynor & Rudolf, 2000). Autores descrevem esta condição como a “*síndrome da criança vulnerável*” por estar associada a um maior compromisso do estado nutricional e psíquico (Raynor & Rudolf, 2000). Um estudo comparativo entre crianças de 15 a 18 meses, com crescimento normal e com diagnóstico de *Failure to Thrive* revelou que, as crianças com baixo peso para estatura tinham mais distúrbios do apetite e introdução tardia dos alimentos do que as normais (Wright & Birks, 2000). Apesar de perturbações alimentares e atraso de crescimento poderem coexistir, a associação entre ambas ainda não foi estabelecida (Drotar, 1985 as cited in Benoit 1993).

Nos países desenvolvidos, um dos aspectos mais frequentes da depressão precoce é representado precisamente pelo atraso de crescimento não orgânico (RCNO), pelo menos nas famílias com dificuldades múltiplas. Para autores como Powell e Bettes (1992), “os comportamentos característicos das crianças que tem um atraso de crescimento não orgânico são sintomáticos da condição depressiva e são similares ao adulto deprimido” (p. 185).

Há assim vários argumentos para aproximar o atraso de crescimento não orgânico e a depressão precoce, pelo menos quando observamos as perturbações das relações pais-criança (Guedeney, 1999a).

c) Perturbação reactiva da vinculação e retraimento social

Quanto há relação entre a depressão na infância e as desordens de vinculação permanece pouco clara e pouco investigada, sendo difícil estabelecer a diferença entre estas duas patologias (Guedeney, 1997; Guedeney, 2004a, p. 138; Guedeney, 2007).

De acordo com Guedeney (2004a, p. 138), é igualmente difícil estabelecer a diferença entre as perturbações de relação e uma perturbação reactiva de vinculação. Zeanah sugere que a perturbação de vinculação tem de incluir dificuldades profundas e permanentes da criança em receber conforto, segurança e apoio por parte de um adulto, que seja para ela uma figura de vinculação clara. No caso em que não haja uma figura de vinculação para a criança, o

diagnóstico é feito com o de perturbação invasiva do desenvolvimento ou com uma síndrome autista (...). Por sua vez, prevê-se uma evolução mais positiva das perturbações quando a criança atingida por uma perturbação reactiva da vinculação é novamente educada num contexto favorável, ou se verifica uma evolução muito positiva durante a avaliação de uma perturbação que aparece de início como uma perturbação invasiva do desenvolvimento (...) (Guedeney, 2004a, p. 138).

O diagnóstico de perturbações reactivas da vinculação (Reactive attachment Disorder) aparece em 1980, com a publicação do DSM-III, sendo mais recentemente modificada no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), onde aparece descrita por um contacto social manifestadamente perturbado e inadequado no plano do desenvolvimento, e isto na maioria dos contextos relacionais. A perturbação começa antes dos 5 anos de idade; estão excluídas crianças cujos sintomas podem remeter para um atraso mental ou para uma perturbação invasiva do desenvolvimento (Guedeney, 2004a, p. 134). No DSM-IV (1994) foram introduzidos dois sub-tipos da perturbação: “inibido” e o tipo “desinibido” (Luby, 2000), o primeiro tipo é caracterizado por uma inibição da tendência normal no desenvolvimento para o conforto junto dos pais ou dos adultos aos quais as crianças está vinculada. Nas interações sociais, a criança é inibida, hipervigilante ou muito ambivalente (...); o segundo tipo clínico é caracterizado por uma “sociabilidade sem discriminação”, tendo a criança uma capacidade de discriminação social muito fraca de que resultam vinculações difusas e não selectivas (Guedeney, 2004a, p. 134; Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993).

Para Zeanah e Emde (1994), a descrição do primeiro tipo de vinculação, com retraimento e inibido, é tirada da descrição de um grupo de crianças maltratadas, sobretudo carenciadas, e de um subgrupo de crianças criadas em instituição (Guedeney, 2004a, p. 135). Ainda para Zeanah et al., (1993, p. 338), as perturbações de vinculação tornam-se perturbações psíquicas para as crianças quando as emoções e os comportamentos manifestados no contexto da relação vinculação são tão perturbadores que indicam, ou aumentam substancialmente, o risco de um desamparo permanente ou de uma desvantagem da criança.

Este diagnóstico continua a ser controverso entre os clínicos e os investigadores da saúde mental da criança, assim para alguns autores mesmo na sua forma modificada, a perturbação reactiva da vinculação permanece uma categoria descritiva aplicada a uma pequena amostra da população de crianças severamente perturbadas, e como tal poderá ter uma utilidade clínica limitada (Zeanah, 1996). Adicionalmente, mantém-se a questão de se a perturbação reactiva da vinculação representa uma perturbação desenvolvimental ou se é, por si só, uma perturbação da vinculação (Luby, 2000).

Em termos empíricos, a investigação desenvolvimental assentou principalmente num procedimento laboratorial, “a situação estranha”, de modo a avaliar a organização da vinculação das crianças (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978 as cited in Zeanah et al., 1993). Destas pesquisas resultou um novo sistema de classificação da vinculação na infância, que vai da ausência de perturbação com uma vinculação segura (tipo B) até aos estilos de vinculação insegura (tipos A e C), resistentes e evitantes (Zeanah & Boris, 2000).

Amostras de crianças com este tipo de vinculação foram encontradas no mundo ocidental (e.g., Van Ijzendoorn & Kroonenberg, 1988 as cited in Zeanah, 1993), tendo os resultados das investigações, em crianças dos 12 aos 18 meses, mostrado uma estabilidade que vai dos 53% (e.g., Thompson, Lamb, & Estes, 1982) aos 75% (e.g., Lamb et al., 1985 as cited in Zeanah, 1993). Posteriormente, Main & Solomon (1986, 1990) descreveram uma última forma de vinculação, a desorganizada (tipo D).

A literatura sobre vinculação mostrou que o comportamento de retracção é comum em crianças inseguras-evitantes (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978 as cited in Zeanah et al., 1993; Rubin & Lobin, 1988 as cited in Guedeney, 1997; Guedeney, 2007). Mães de crianças evitantes são descritas como intrusivas, controladoras, rejeitando as tentativas de aproximação e de conforto da criança (Ainsworth et al., 1978 as cited in Zeanah et al., 1993; Cassidy & Berlin, 1994). Estudos indicam a vinculação insegura como preditora de subsequentes problemas de comportamento, problemas de impulsividade, relações conflituais com os prestadores de cuidados, baixa auto-estima e problemas com o grupo de pares (e.g., Easterbrooks & Goldberg, 1990 as cited in Zeanah et al., 1993).

Existem também pontos importantes em comum entre a semiologia do stress pós-traumático precoce e a semiologia da perturbação reactiva da vinculação (Zeanah & Boris, 2000).

2.3. Etiologia

A noção de retracção social existe há muito tempo na literatura, por exemplo, observações de crianças pequenas separadas dos seus prestadores de cuidados levaram a que Robertson e Bowlby (1952) descrevessem três estádios de reacção emocional – de protesto, desespero e desvinculação - perante uma separação prolongada (Dollberg et al., 2006). A gradual desvinculação foi atribuída a um comportamento de defesa que protege a criança de um sofrimento mental causado pela ausência de cuidados maternos e a quebra de laços afectivos (Ainsworth & Bowlby, 1991). Neste sentido, o comportamento de retracção pode ser visto como uma diminuição crónica do sistema de vinculação, que é generalizada para uma diminuição do envolvimento e da reactividade ao ambiente (Dollberg et al., 2006).

Engel e Schmale (1972) argumentam, por sua vez, que o organismo é equipado com um mecanismo biológico, que permite conservar a energia e assegurar a sua sobrevivência. Neste sentido, o retraimento depressivo (*withdrawal*) constitui precisamente uma forma de hibernação que permite ao sujeito sobreviver quando já não dispõe da faculdade de lutar: “*la réaction de conservation-dépressio-retrait de l’ energie serait un processus défensif de base pour conserver l’ énergie dans les situations critiques*” (Mazet & Stoleru, 2003, p. 240; Guedeney, Dumond, Grasso & Starakis, 2004, p. 1048).

S. Fraiberg descreveu um mecanismo defensivo análogo, “*le figement*” (*freezing*) observado em crianças com 3 meses, em situações relacionais patológicas: defesa precoce que faz parte aparentemente do reportório biológico da criança em resposta ao stress (Guedeney, 1997; Fraiberg, 1982 as cited in Guedeney, Dumond, Grasso & Starakis, 2004).

Na literatura mais recente, os investigadores realçam a importância do exame do comportamento de retracção da criança em relação com variáveis contextuais como o comportamento maternal, características da criança e riscos do ambiente, baseando-se em estudos com animais (Polan & Hofer, 1999; Suomi, 1999) e em modelos teóricos como o modelo transaccional da interacção mãe-criança (Sameroff & Fiese, 1990). Fundamentando-se na ideia de que as crianças são criaturas sociais, que procuram activamente por interacção e contacto, psicológico e físico, com o seu ambiente (Fogel, 1993 as cited in Dollberg et al., 2006).

Para Guedeney (2007), a dúvida reside em se o comportamento de retracção é uma mera característica do temperamento da criança ou um sintoma relacional. Neste sentido, foi observado em alguns estudos, que o comportamento de retracção aparece como um elemento *major* da resposta do bebé à situação experimental da face imóvel (*still face*) e à dessincronização (Murray & Threvarthen, 1986; Marcelli, 1999), assim como em termos clínicos perante a depressão precoce materna (Cohn & Thronick, 1983; Field, 1984; Thronick & Weinberg, 1997; Murray & Cooper, 1997). Por outro lado, não é assim tão evidente a relação entre características da criança, como um temperamento difícil e o seu comportamento de retracção; observações clínicas podem apenas sugerir que a retracção pode ser mais prevalente em crianças menos flexíveis e adaptadas, sentido stress perante situações de surpresa, recorrendo a estratégias defensivas como a retracção prolongada (e.g., Dollberg et al., 2006).

Assim, para alguns autores a retracção resume-se a um mecanismo defensivo de origem biológica e intrínseca que permite à criança sobreviver perante situações adversas, enquanto que para outros a retracção não teria como causa processos puramente biológicos (Guedeney, 1997), independentemente do seu início, é o resultado do trabalho do psíquico, levando à manutenção de uma espécie de objecto depressivo (Denis, 1987 as cited in Guedeney, 1997). Outros autores acreditam que o desenvolvimento sócio-emocional do bebé

e/ou criança e em consequência, os seus factores de risco, deverão ser analisado de acordo com um modelo psicobiosocial (Eppright, Bradley & Sanfacon, 1998).

Em geral e se remetermos para o conceito de depressão, podemos dizer que as causas de um retraimento depressivo são multifactoriais: psicopatologia nos pais (Ajurriaguerra, 1980), nomeadamente a depressão pós-parto; condições socioeconómicas desfavoráveis (Marcelli, 1998); existência de uma predisposição genética (e.g. Weissman et al., 1984); acontecimentos adversos da vida como a perda e a separação ou ainda a situação de abuso físico e sexual (Eppright, Bradley & Sanfacon, 1998; Marcelli, 2005; cf., Lima, 2004).

Em síntese podemos dizer que a depressão na infância pode ter um início muito mais precoce como doença do que era pensado, podendo manifestar-se como “*Withdrawal*” desde o nascimento ou mais próxima da depressão clássica, a partir dos 2 anos e meio de idade (Herzog & Rathbun, 1982; Guedeney, 1995b, 1997, 1999a; Guedeney, 1991 as cited in Guedeney, 1999a; Guillaud-Bataille, 1994). Nesse sentido podemos seguir uma linha entre a retracção e a depressão: a retracção pode existir provavelmente desde o nascimento, devido a dor; a várias condições orgânicas ou perante situações interactivas específicas, mais tarde, com o desenvolvimento do ego e o crescimento de capacidades cognitivas, a reacção de retracção dá lugar a uma forma mais complexa, muito próxima da depressão do adulto (Guedeney, 1997). A causa da retracção social pode ser então relacional, de origem sensorial ou orgânica, ou estar ligada a estes dois factores (Guedeney, 1999a, 2004b; Guedeney & Fermanian, 2001)

A “retracção” faz parte da resposta do bebé de 2/3 meses às alterações da relação, tratando-se de um sinal de alarme importante, mais difícil de reparar que o “protesto” (Guedeney, 2004b; Guedeney, 1999a). Guedeney (2004b) considera a “retracção relacional” como a forma precoce da depressão; nesse sentido torna-se importante identificá-la antes que se torne evidente (Ironsides, 1975 as cited in Guedeney, 1997).

O comportamento de retracção é, por fim, um fenómeno que permanece constante durante a infância e é complexamente relacionado com a vinculação insegura e evitante e com a ansiedade (Rubin & Lollis, 1988 as cited in Guedeney, 2007).

2.4. Avaliação e Comportamento de retracção

Os níveis de “gravidade” estão directamente dependentes da precocidade da patologia sendo de pior prognóstico a que se inicia nos primeiros tempos de vida (Ferreira, 2001).

A avaliação do comportamento social da criança é importante. O comportamento social diminuído não significa que necessariamente é patológico mas alerta o clínico para que

faça a avaliação posterior à criança e ao ambiente (Matthey, Guedeney, Starakis, Barnett, 2005). Em alguns casos pode significar que a mãe está a passar por dificuldades psicossociais (e.g, depressão pós-natal, ansiedade, dificuldades de vinculação) que não consegue ultrapassar (Small, Brown, Lumley, & Astbury, 1994).

Apesar da sua importância como um sinal de alarme em desordens relacionais, orgânicas ou mistas, o comportamento de retracção por si só não existe nestas diversas classificações (DSM IV-R, ICD-10, Zero to three, 2005), ou nos livros de pediatria da saúde mental infantil (Berhman, Vaughan, & Nelson, 1983). Assim, continua a ser um comportamento que pode ocupar diferentes lugares e que necessita de ser melhor definido: “*as a possible precursor of infant depression, as a key symptom in infant depression, and as a general mode of response to stress*” (Guedeney, 1997).

Mas parece que, independentemente das mudanças desenvolvimentais no curso da infância, é possível avaliar uma reacção prolongada de retracção em crianças entre os 2 aos 24 meses de idade, devido à duração da retracção e à sua persistência em diferentes tipos de relação (Rubin & Lollis, 1988; Guedeney, 2007).

A “Alarm Distress Baby Scale” (ADBB; Guedeney & Fermanian, 2001) foi criada precisamente para ajudar ao reconhecimento e avaliação dessa retracção em várias situações clínicas e avaliações.

A escala tem sido usada em França em inúmeros settings e em diversos estudos (Guedeney, 2000), mostrando ter uma boa correlação com o humor da mãe (Puura et al, *in press* as cited in Guedeney, 2007) e com a psicopatologia (Dollberg et al., 2006).

Uma das conclusões do estudo de Dollberg et al., (2006) é mesmo que o comportamento de retracção pode servir como indicador de desordens socioemocionais precoces e que o comportamento prolongado de retracção, medido pela ADBB, é uma forma válida de avaliação de crianças em risco.

3. Depressão pós-parto e retraimento social do bebé

3.1 Modelos Conceptuais

Uma das mais importantes tarefas no campo da saúde mental infantil é identificar o tipo de distúrbios relacionais que podem estar ligados a depressão na infância (Emde, 1985 as cited in Guedeney, 1999a; Zeanah, Boris, & Sheeringa, 1996). A depressão materna não afecta só a mãe, mas também o bebé, podendo “*a depressão da criança ser um reflexo da depressão da mãe*” (Winnicott 1988, p.199).

Diante da possibilidade de repercussão negativa do estado depressivo da mãe no desenvolvimento infantil, a influência da depressão materna no primeiro ano do bebé tem sido intensamente investigada (e.g., Field, 2000; Luoma et al., 2001; Tronick & Weinberg, 1997; Mazet & Stoleru, 1990). Mais especificamente grande parte dos estudos assinalados na literatura partem da comparação do tipo de interacção da mãe deprimida e não deprimida, nos primeiros meses após o nascimento da criança, considerando-se a maior incidência dos quadros depressivos nesse período (e.g., Campbell, Cohn, & Meyers, 1995).

Na interacção com a mãe, o bebé age com intencionalidade e tem em vista um objectivo específico – propõe-se à troca comunicativa com a mãe (Brazelton et al., 1975 as cited in Figueiredo, 2001c). Desde os 2 ou 3 meses de idade que o bebé consegue perceber a intenção comunicativa com a mãe e de lhe responder de forma adequada, tomando em conta as características formais, temporais e afectivas da conduta da mãe (Threvarthen, 1977).

Quando está deprimida, a mãe rompe com o contacto visual do bebé e não tenta retomá-lo, tornando-se menos responsiva. Perante a postura não responsiva e não contingente da mãe deprimida, o bebé experiêcia uma “microdepressão” (Stern, 1997), caracterizada por um desaparecimento gradual de sua animação, uma deflação da sua postura e uma diminuição do afecto positivo e da expressão facial.

Mas segundo Stern (1997), a microdepressão no bebé não implica apenas a falta de responsividade materna, mas também do processo imitativo e identificatório que o bebé estabelece, na tentativa de entrar em contacto com sua mãe. Logo, os bebés “espelham-se” no comportamento da mãe, independentemente de este ser positivo ou negativo (Frizzo et al., 2005).

Este conceito de microdepressão do bebé proposto por Stern é análogo ao estilo de interacção deprimido caracterizado em diversas investigações que procuraram comparar a interacção entre mães deprimidas e mães sem perturbação psicopatológica.

É o que acontece, por exemplo, na condição experimental designada de “*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 (Figueiredo, 2001c). Nesta situação, o bebé é violentado pela ausência de reciprocidade do parceiro, expressando mal-estar, através de expressões faciais de desagrado e de desvio do olhar e procurando a todo o custo envolver a mãe na interacção com ele (e.g., Cohn & Tronick, 1983; Field, Veja-Lahr, Scafidi, & Goldstein, 1986; Murray & Threvarthen, 1985; Termine & Izard, 1988).

Dentro das investigações realizadas sobre o efeito da condição *still-face*, Cohn e Tronick (1983) observaram que o comportamento das crianças de 3 meses diferia significativamente de acordo com a qualidade do afecto materno. Assim, quando as mães simulavam uma atitude depressiva, as crianças reagiam com protesto ou retracção a maior parte do tempo, sendo as suas atitudes positivas muito breves (menos de 3 segundos).

Mais recentemente, Murray e Threvarthen (1985) estudaram o efeito da dessincronização das interacções entre a mãe e o bebé, reagindo os bebés com um comportamento de retracção perante uma mãe presente, mas indisponível para interagir.

A qualidade da conduta interactiva das mães com depressão pós-parto e consequentemente dos bebés foi avaliada, nos últimos anos, em inúmeros estudos, a partir da observação de interacção face a face estabelecidas entre as díades. Nestes estudos, continua a estar patente a reacção de retracção do bebé perante o fraco envolvimento emocional da mãe deprimida.

Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) concluem que as mães e os bebés com 3 meses estão durante mais tempo em interacção negativa (protesto, raiva, evitamento) do que positiva (por exemplo, de brincadeira) comparativamente com as díades não deprimidas. Os autores, referem que as crianças das mães deprimidas podem estar a imitar e a reflectir o estado predominante de humor das suas mães, mostrando-se emocionalmente menos responsivos. Nesse sentido, Hoffman e Drotar (1991) revelaram que os bebés de mães deprimidas, à semelhança destas, apresentaram menor grau de afecto positivo e de expressão emocional, como se espelhassem o estilo interactivo da mãe. Resultados semelhantes foram encontrados por Pickens e Field (1993) em um estudo sobre interacção mãe-bebé face a face. Neste estudo, bebés com 3 meses de mães deprimidas passaram significativamente mais tempo evidenciando expressões de tristeza e raiva e menos tempo demonstrando interesse do que bebés de mães não deprimidas.

Estudos mais recentes indicam que as díades mães-filhos sinalizadas clinicamente têm tendência a terem um comportamento interactivo menos funcional, quando comparadas com o grupo de controlo (Feldman, & Keren, 2004; Feldman, Keren, Gross-Rozval, & Tyano, 2004 as cited in Dollberg et al., 2006), sendo as interacções caracterizadas por baixos níveis de reciprocidade e elevados níveis de interacção negativa.

No seu conjunto, os estudos acima mostram claramente que uma das consequências da depressão materna é que, ao não receber o *feedback* de seus comportamentos, o bebé acabe por desenvolver também um estilo de interacção deprimido (Field et al., 1988). Deste modo, confirmam as concepções teóricas de diversos autores que caracterizam as psicopatologias que envolvem recém-nascidos como sendo perturbações interactivas (e.g., Mazet & Stoleru, 1990; Stern, 1997; Brazelton & Cramer, 1993), na medida em que a psicopatologia do bebé tende a ser construída na relação mãe-flho.

A investigação tem enfatizado tanto as contribuições da mãe como as do próprio bebé para a qualidade da interacção. Os investigadores confirmam a concepção de Winnicott de “mãe suficientemente boa”, enquanto interveniente de uma relação, assim como não descaram o papel activo do bebé na construção dessa relação: “*le rythme des interations maternelles, le tonus moteur, la qualité de «dialogue» avec les manifestations comportementales et affectives du bébé se sont révélés fondamentaux pour «classer» le degré des compétences d’une «bonne mère»*” (Ibañez, 2001, p. 23)

Quando não há dificuldades na interacção mãe-bebé, a mãe cuidadosamente ajusta o seu comportamento ao do bebé, estimulando-o adequadamente (Field, 1995). Mas resultados de diversos estudos mostraram que mães deprimidas, quando comparadas às mães não-deprimidas, são menos estimulantes, pois passam pouco tempo a olhar, tocar e falar com seus bebés, apresentam mais expressões faciais negativas do que positivas e mostram menos responsividade contingente, menos espontaneidade e menores níveis de actividade (e.g., Cohn, Campbell, Matias, & Hopkins, 1990; Field, 1984; Field et al., 1985; Field et al., 1988; Radke-Yarrow e Zahn-Waxler, 1990).

Os estudos convergem nos seus resultados na falta de resposta da mãe deprimida ao seu bebé comparada com a mãe não deprimida (e.g., Brazelton & Cramer, 1993; Campbell, Cohn & Meyers, 1995; Field, 1992; Field, Healy, Goldstein, Perry, Bendell, Shanberg, Zimmerman & Kuhn, 1988; Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990; Hoffman & Drotar, 1991; Stern, 1997; Teti & Gelfand, 1991). Outras investigações indicam a indisponibilidade cognitiva e emocional das mães deprimidas (e.g., Field, 1995; Seifer, Sameroff, Anagnostopolou, & Elias, 1992; Teti e Gelfand, 1991), apresentando um afecto apático (*flat affect*) (Field, 1992, 1995, 1997; Field et al., 1985; Field et al., 1988) ou intrusivo (Cohn & Tronick, 1988; Tronick & Weinberg, 2000), patente quer no tipo de verbalizações quer através das expressões faciais que emite.

Esta indisponibilidade leva irremediavelmente a uma menor estimulação do bebé (Field et al., 1985; Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990).

A mãe deprimida é também descrita como tendo uma menor sensibilidade para com o seu bebé, descreve-o de forma negativa (e.g., Campbell et al., 1992) e chega mesmo a expressar hostilidade e rejeição (e.g., Field et al., 1985).

Deste modo, ela não está emocionalmente disponível às exigências do bebé e em consequência os comportamentos da díade tornar-se-iam assincrónicos (e.g., Murray & Threvarthen, 1986; Marcellii, 1999), resultando em falhas no desenvolvimento ou manutenção de modulação da excitação e na organização de comportamentos atentos e afectivos (e.g., Field et al., 1989, 1990). Então, poderíamos dizer que as manifestações depressivas do bebé seriam uma consequência da incapacidade da mãe em exercer o que Winnicott designou de “*holding*”, ou seja, a sua função de protecção do bebé contra estímulos aversivos do mundo externo.

Outras investigações indicam que muitas destas crianças encontram-se já afectadas antes do nascimento e/ou geneticamente. De acordo com Field (1995) a combinação de um comportamento desorganizado examinado pela Escala Neonatal de Brazelton, um comportamento mais deprimido e stressado, um baixo tom vagal, distúrbios de sono, activação do EEG na região frontal direita e elevados níveis de noradrenalina podem sugerir um perfil de “desregulação” no recém-nascido. Este perfil deve ter pelo menos um impacto negativo na interacção precoce mãe-criança, para além da contribuição da depressão materna. São muitos os estudos que apontam para alterações nos marcadores bioquímicos e fisiológicos de stress nas crianças que sofrem privação psicológica e física (Field, Healy, & LeBlanc, 1989). Este perfil de “desregulação” seria reforçado pela atitude não responsiva da mãe, levando a que o bebé adopte uma estratégia para se defender do comportamento materno (Field, 1992).

Por sua vez, o papel das características individuais do bebé na emergência e manutenção da depressão pós-parto tem sido realçada em diversos estudos. Murray, Stanley, Hooper, King e Fiori-Cowley (1996), ao avaliarem o comportamento neonatal de bebés de mães primíparas, encontraram que o funcionamento motor e a irritabilidade no bebé entre o décimo e o décimo quinto dia após o nascimento estavam associadas ao aparecimento da depressão pós-parto dois meses depois do parto. Cutrona e Troutman (1986) encontraram mesmo uma associação entre o humor depressivo da mãe (avaliado pelo Inventário da Depressão de Beck – BDI) e a presença de um comportamento difícil em crianças de 3 meses, avaliado por observações directas do choro da criança, assim como o registo do choro materno e relatos.

Estes estudos ao colocarem em destaque os contributos da criança, desafiam a visão tradicional do efeito directo da depressão materna no seu desenvolvimento, sugerindo um modelo bidireccional de stress, no qual a depressão materna afecta a qualidade do *parenting* e

compromete o desenvolvimento das competências sociais e interpessoais da criança, que por sua vez, agrava a depressão materna (Hammen, Shih, & Brennan, 2004).

Consequentemente, o comportamento de retracção recorrente pode ser entendido pelas mães como expressões de raiva da criança, pondo em causa a sua competência materna (Dollberg et al., 2006). O que por sua vez pode influenciar a sua motivação para o envolvimento com a criança (Bandura, 1982 as cited in Dollberg et al., 2006), conduzindo ao negativo e vicioso círculo de retracção recíproca e mútua e de evitamento. Neste sentido, foi colocada a hipótese de que níveis elevados de comportamento de retracção prolongado estariam associados com uma baixa consciência dos pais da sua eficácia (Dollberg et al., 2006).

Field (1995) afirma que “as crianças que interagem com mães deprimidas (principalmente mães cronicamente deprimidas) estão em risco de terem problemas de interacção social” (p. 1). Contudo apesar da afirmação de Field a depressão no período de pós-parto não significa necessariamente que a interacção mãe-filho se encontra danificada (Campbell & Cohn, 1997; Chabrol, Bron, & LeCamus, 1996). Nem se deve presumir que todas as interacções danificadas levarão necessariamente ao comportamento de retracção por parte da criança.

A extensão do impacto da depressão materna para o bebé depende de vários factores como o temperamento infantil, o estilo interactivo da mãe deprimida, apático ou intrusivo mas também a cronicidade do episódio depressivo e a idade da criança (Frizzo & Piccinini, 2007).

A idade da criança é um factor decisivo para o estilo de interacção deprimido: por exemplo, no estudo conduzido por Whiffen e Gotlib (1989) não foram encontradas diferenças, quanto a sua responsividade e actividade física, nos comportamentos de bebés de dois meses, filhos de mães deprimidas e não deprimidas, avaliados através da Escala Bailey de Desenvolvimento Infantil. Campbell, Cohn e Meyers (1992) também não encontraram diferenças em situações de interacção face a face, alimentação e brincadeira nos bebés dessa idade. Todavia, parece haver um certo consenso na literatura quanto ao impacto da depressão materna em bebés com mais de dois meses de idade (Frizzo & Piccinini, 2005).

A cronicidade do episódio depressivo da mãe é um factor que está relacionado com a idade do bebé. Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) mostraram que bebés de mães deprimidas com três meses de idade apresentavam um estilo de interacção deprimido, mas a recuperação da depressão da mãe aos seis meses, levava a que ao 1 ano o seu padrão normal de desenvolvimento fosse retomado. Pelo contrário, as mães que permaneceram deprimidas após os 6 meses, tiveram filhos que desenvolveram um estilo deprimido de interacção, e que ao 1

ano de idade apresentaram desenvolvimento motor e mental inferior à média e estavam abaixo da curva normal de crescimento, especialmente em relação ao peso.

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

Mas e remetendo para as palavras de Cummings e Davies (1994), o impacto da depressão pós-parto deve ser considerado dentro de um contexto familiar mais amplo, no qual actuam elementos interdependentes. Nessa perspectiva, a transmissão da psicopatologia dos pais para a criança ocorreria na medida em que a depressão parental leva a uma desorganização na parentalidade e no ambiente familiar, que, por sua vez, conduz ao funcionamento mal-adaptativo da criança.

Decorrente desta ideia está a existência de factores protectores que irão atenuar os efeitos da depressão pós-parto tais como os pais e outros prestadores de cuidados não deprimidos (e.g., Albertsson-Karlgren, Graff, & Nettelbladt, 2001; Pelaez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzales, & Clasky, 1994); isto para além do temperamento da criança (Matthey et al., 2005).

Nesse sentido, vários estudos têm mostrado que o pai pode atenuar os efeitos negativos da depressão materna para o bebê. Hossain et al. (1994) revelaram, por exemplo, que os pais das famílias cujas mães estavam deprimidas apresentaram mais expressões faciais positivas e vocalizações do que as mães deprimidas, e os bebês por sua vez também mostraram mais expressões faciais positivas e vocalizações ao interagirem com seus pais do que com suas mães. Além disso, este estudo não revelou a ocorrência de generalização do padrão de interação deprimido do bebê com sua mãe deprimida para a interacção com o pai, quando o pai não estava deprimido.

Tais resultados divergem dos de Field et al. (1988) que indicaram que as crianças de 3 a 6 meses de mães deprimidas mantêm a mesma atitude negativa com outros adultos não deprimidos. Pelaez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzalez e Clasky (1994), que repetiram o estudo de Field et al. (1988) com adultos não deprimidos familiares, observaram, pelo contrário, que os bebês adoptaram uma atitude mais positiva para com esses adultos, comparativamente com a mãe deprimida.

Pelaez-Nogueras et al. (1994) explicaram tais resultados colocando a hipótese de a interacção do bebé com uma pessoa estranha poder ser mais indutora de stress para ele do que uma interacção com o seu pai ou familiares.

A literatura indica que a depressão materna pode afectar o bebé de diferentes maneiras. Podemos recuar mesmo para as palavras de Fabian e Donohue (1955) – entre os primeiros que prestaram atenção ao problema: “*Maternal depression is a familial catastrophe. All family members suffer, but effects on infants and young children are particularly disastrous.*” (Fabian e Donohue, 1955 as cited in Brockington, 1996, p. 532)

Os efeitos negativos do comportamento materno não responsivo pode verificar-se na situação de interacção “still face”, entre as mães e os seus filhos (Cohn & Tronick, 1983), verificando-se que a indisponibilidade emocional materna era mais lesiva para os bebés do que situações de separação física (Field, Vega-Lahr, Scafidi, & Goldstein, 1986). Numa situação “still face” as crianças exibiam mais comportamentos de protesto e desespero e eram mais difíceis de consolar comparativamente com uma situação de separação.

A situação “still face” leva de imediato a um comportamento desorganizado e tenso; a criança manifesta comportamentos como desviar o olhar, olhar fixo e protesto. As crianças de mães deprimidas parecem estar acomodadas ao comportamento deprimido das suas mães e desenvolvem um “*humor depressivo*”, que persiste para além das interacções “*still face*” (Field, 1984).

O comportamento deprimido da criança persiste em paralelo com a persistência da depressão pós-parto, resultando num atraso de desenvolvimento, sinais neurológicos leves, menor comportamento exploratório e percentil de peso mais baixo (e.g., Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990, 1992).

Além do mais, verifica-se uma correlação entre o afecto negativo da mãe e do bebé, sendo evidente em alguns estudos que perante mães menos responsivas, os bebés tendiam a afastar-se fisicamente e apresentavam mais comportamentos negativos para chamar a atenção (e.g., Seiner & Gelfand, 1995).

Mais especificamente os estudos indicam que os bebés de mães deprimidas quando comparados aos de não-deprimidas, exibem menos afecto positivo e mais afecto negativo, menor nível de actividade, menor vocalização, costumam distanciar o olhar, apresentam mais aborrecimento, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva, menos expressões de interesse e uma aparência depressiva com poucos meses de idade (e.g., Cohn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990; Field, 1984; Pickens & Field, 1993; Cohn et al., 1986; Field et al., 1990; Thronick & Weinberg, 1997, 2000; Hoffman & Drotar, 1991; Field et al., 1988; Righetti

et al., 2003). Muitos estudos focam assim a sua atenção nas repercursões negativas do comportamento depressivo da mãe no bebé de 3 meses (e.g., Pickens & Field, 1993; Field, Healy, Goldstein e Guthertz, 1990; Cohn e Tronick, 1983).

Tronick e Weiberg (1997) procuraram ver como a depressão materna pode afectar o comportamento social das crianças, concluindo que tais crianças têm menos contacto ocular e mais comportamentos de auto-conforto (gestos de auto-estimulação). Consequentemente, o bebé de 3 a 6 meses perante períodos prolongados de interacção com o prestador de cuidados não responsivo continua a exibir um comportamento de retracção mesmo quando alguém interage com ela de forma positiva (eg., Field et al., 1988).

As crianças de mães com depressão pós-parto são descritas como mais ansiosas e menos felizes, menos responsivas nas relações interpessoais e com menor atenção (e.g., Righetti, Bousquet & Manzano, 2003; Lundy, Field, & Pickens, 1996), apresentando também menos sorrisos e menor interacção corporal, além de maiores dificuldades alimentares e de sono (Righetti, Conne-Perreard, Bousquet & Manzano, 2002; Dollberg et al., 2006; Field, 1997, 2000).

Righetti et al., 2003, avaliaram 35 mães que sofreram de depressão pós-parto (pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS) e seus filhos até os 18 meses de idade. As crianças de ambos os grupos foram avaliadas por meio da *Infant Behavior Record* da *Bayley Scales of Infant Development*. De acordo com os resultados, as mães com sintomas de depressão pós-parto eram menos afectivas e mais ansiosas do que as sem depressão pós-parto. Estas crianças apresentaram alterações na alimentação e no sono, além de um choro mais frequente. As díades apresentaram menor comunicação visual e vocal, menor interacção e menor frequência de sorrisos.

A literatura indica que o comportamento do bebé de 3 meses da mãe deprimida é precisamente caracterizado pela menor actividade, letargia e indisponibilidade emocional (Field, 1995).

O “*estilo depressivo*” (Field, 1995) dos bebés reflecte-se igualmente numa menor tonicidade motora, menor actividade, e menor robustez, de acordo com a avaliação da escala de Brazelton (escala de avaliação do comportamento neonatal) (e.g., Abrahms, Field, Scafadi, & Promodis, 1995; Field, 1995; Field et al., 2003).

Outros estudos têm incidido no impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento cognitivo da criança. Num desses estudos, Hart, Field, Delvalle e Pelaez-Nogueras (1998) investigaram os comportamentos de exploração de objectos dos bebés em díades bebés-mães deprimidas e não deprimidas. Os autores encontraram, entre outras coisas, que os bebés de mães deprimidas se mostram menos envolvidos na exploração de objectos. Sabemos que o

comportamento de retracção da criança pode afectar a sua predisposição para interagir com os objectos (Cummings & Davies, 1994).

Repercussões no desenvolvimento cognitivo do bebé que estendem-se para além dos primeiros meses em consonância com a depressão da mãe (e.g., Hay & Kumar, 1995; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996; Hay et al., 2001; Kurstjens & Wolke, 2001).

Edhborg, Lundh, Seimyr & Widstromm (2003) recorreram a instrumentos como *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) e a *Parent Child Early Relational Assessment* (PCERA) para estudar mães com sintomas depressivos manifestados aos 2 meses pós-parto e mães não deprimidas; e crianças com idades entre 15 e 18 meses. Os resultados indicaram que crianças cujas mães apresentaram sintomas depressivos significativos mostraram menor persistência em brincar com as mães e menor alegria/satisfação ao juntarem-se às mães após um período de afastamento, quando comparadas às crianças cujas mães não apresentaram sintomas depressivos pós-parto.

Os estudos são consistentes ao afirmar que a depressão materna após o nascimento do filho afecta negativamente o estabelecimento das primeiras interações com o bebé e, em consequência, leva à ocorrência posterior de problemas cognitivos, comportamentais e socioemocionais adversos na criança (Cummings & Davies, 1994; Brockington, 2004; Rosello, Perez, Cercos & Garcia-Iturrospe, 2002; Moehler et al., 2007). Nomeadamente, as crianças de pais deprimidos têm duas a cinco vezes maior possibilidade de desenvolver problemas emocionais e de comportamento (Dodge, 1990).

Inúmeros estudos longitudinais que procuram averiguar as consequências da depressão pós-parto no desenvolvimento da criança, indicaram a presença de alterações comportamentais nas crianças de mães com depressão pós-parto como por exemplo, sintomas de internalização (afecto depressivo e ansioso, retraimento, queixas somáticas) e de externalização (comportamento agressivo e destrutivo) (NICHD - Early Child Care Research Network, 1999; Yando et al., 1994; Moehler et al., 2007). Alguns estudos revelaram ainda uma relação entre a ocorrência de depressão pós-parto e relatos sobre problemas de comportamento da criança aos 28 - 36 meses (e.g. Leadbeater, Bishop, & Raver, 1996) e aos quatro/cinco anos de idade (Caplan et al., 1989; Brennan et al., 2000).

Os sucessivos autores observaram um padrão comportamental nos bebés das mães com depressão pós-parto que poderia equivaler à chamada depressão da primeira infância (de acordo com os critérios estabelecidos pela Zero to Three, National Center for Children Infants Programs (NCCIP; (Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a, p. 133; Luby, 2000; Guedeney, 1999b).

Apesar das evidências patentes em inúmeros estudos empíricos de que haveria um perfil depressivo no bebé das mães com depressão pós-parto, a relação entre depressão da mãe e da criança não é simples (Guedeney, 1997).

Em diversos estudos já mencionados, a retracção prolongada foi mesmo encontrada em crianças com mães deprimidas (e.g. Field, 1984; Cohn & Tronick, 1983; Tronick & Weinberg, 1997; Murray & Cooper, 1997; cf. Luby, 2000). Mas pode também ser encontrada em bebés de pais com outro tipo de perturbação mental (Reder & Lucey, 1995 as cited in Guedeney & Fermanian, 2001) ou em crianças com outras patologias que não a depressão, como as desordens de ansiedade (Zeanah, 1993).

Nos últimos tempos tem sido desenvolvidos inúmeras investigações que pretendem precisamente interligar estas duas variáveis – a depressão da mãe e a depressão do bebé – baseando-se para isso em amostras de mães com e sem depressão.

Guedeney, parte da validação da escala de avaliação ADBB (Alarm Distress Baby Scale) para avaliar o comportamento de retracção manifestado por bebés de 2 aos 24 meses (30.5 semanas, em média); por sua vez, indicativo de perturbações relacionais. Recorre para isso a uma amostra de 60 crianças parisienses, sem problemas de saúde detectáveis (Guedeney & Fermanian, 2001).

Um estudo Finlandês que envolveu uma amostra de 127 bebés com 2 meses de idade e outro israelita que envolveu 97 crianças com 8 meses de idade (Puura, 2004; Dollberg, 2004) – verificaram que crianças avaliadas com valores mais elevados de retraimento social exibiam comportamentos menos óptimos na interacção com as mães (Figueiredo & Costa, in press).

Em outras investigações com amostras mais similares ao do estudo que proponho, os resultados entre as variáveis depressão pós-parto e retracção social na criança foram significativas.

Num estudo piloto, conduzido na Austrália, a ADBB foi administrada após a consulta médica de rotina a uma amostra de 47 crianças com uma idade média de 30.1 semanas. As consultas foram filmadas e posteriormente cotadas por três observadores com a ADBB. A recolha de dados implicou ainda o EPDS administrado às mães. Os valores de consistência interna (alpha de Cronbach = 0.80) e de fidelidade inter-observadores (Kappa=0.60–0.66) são razoáveis e elevados (Mathey et al., 2005).

Os resultados indicaram que o comportamento de retracção social do bebé para com o clínico estava significativamente relacionado com o relato da mãe se sentir mais irritável, triste, ansiosa, ou deprimida desde o nascimento e não com o humor no momento em que foi avaliado o comportamento do bebé (Mathey et al., 2005).

Dolberg et al. (2006) cotaram com base na escala ADBB o comportamento de 79 crianças com idades entre os 7 e os 36 meses, das quais 36 tinham sido referidas para avaliação numa clínica de saúde mental e as restantes 43 constituíram um grupo de controlo. Dois observadores independentes que visualizaram a gravação vídeo da interacção mãe-bebé em casa, numa situação de jogo e numa situação de alimentação, usaram uma versão modificada do instrumento. A recolha de dados foi efectuada também com o recurso à Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1978). Foram obtidos resultados mais elevados na ADBB das crianças referidas para avaliação clínica, 38.9% obtiveram cotações iguais ou acima do ponto de corte 5, em contraste com apenas 11.6% das crianças do grupo de controlo.

Os valores de consistência interna (α de Cronbach = 0.75) e de fidelidade inter-observadores ($r = 0.75$) obtidos nesta amostra são bastante elevados.

No estudo não foi encontrada uma correlação ($r=.07$) entre o comportamento de retracção da criança, medido pela ADBB, e a sintomatologia depressiva da mãe. Contudo, os resultados indicam uma correlação positiva significativa entre o comportamento depressivo da mãe durante a alimentação e os resultados da ADBB ($r=.23$, $p < .05$) assim como entre o seu comportamento depressivo durante o jogo e a ADBB ($r=.22$, $p < .05$). Sintomas depressivos maternos eram mais elevados nas crianças referidas para avaliação clínica e correlacionados com os padrões relacionais como maior intrusão maternal, menor reciprocidade e menor envolvimento da criança.

Por fim, no estudo de validação da versão portuguesa da Alarma Distress Baby Scale (ADBB) (Figueiredo & Costa, in press), a ADBB e as Bayley Scales of Infant Development (BSID, Bayley, 1993) foram administradas a uma amostra de 130 bebés com 3 meses de idade, cujas mães preencheram a versão portuguesa da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox, Holden, & Sagovsky, 1987); 51 crianças foram novamente avaliadas aos 12 meses de idade (Figueiredo & Costa, in press).

À semelhança dos estudos conduzidos sobre amostras de outros países, o estudo sobre a versão portuguesa da ADBB, mostrou a boa consistência interna e validade externa do instrumento. Assim, indica que a presença de sinais de retraimento social, sinalizados pela ADBB, se encontram associados ao pior desenvolvimento da criança e à presença de sintomatologia depressiva na mãe.

Por fim, não foram obtidas diferenças significativas nos resultados obtidos na escala ADBB quando consideradas características sociais e demográficas das mães e dos bebés (Figueiredo & Costa, in press).

3.2 Interesse do estudo

É inegável que a depressão pós-parto causa múltiplos danos no bem-estar da mulher, por exemplo duplicando o risco de vir a desenvolver futuros episódios de depressão num período de 5 anos (Dennis, Jansen & Singer, 2004) e tendo implicações graves na capacidade da mulher em desempenhar de forma funcional os diferentes papéis sociais (Murray & Cooper, 1997), no pai (e.g., Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996a), na relação conjugal (Boyce, 1994, p. 82), na interação mãe-bebé (e.g. Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990; Cohn, Campbell, Matias & Hopkins, 1990) e na assumpção de uma percepção negativa relativamente ao bebé (Mayberry & Affonso, 1993). Mas principalmente, como foi observado por um elevado número de estudos empíricos ao longo dos anos, esta perturbação tem consequências negativas para o bebé, levando ao desenvolvimento de padrões inseguros de vinculação (Murray, 1992), atrasos no desenvolvimento emocional (Hipewell, Melluish & Kumar, 1992) e dificuldades sociais ou de interação (Murray et al., 1999).

A literatura tem sido consistente em considerar que a depressão afecta a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, tornando-a menos responsiva para com o seu bebé (e.g., Brazelton & Carmer, 1993). Paralelamente é constatado que os bebés tendem a ser particularmente vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe (Campbell, Cohn & Meyers, 1992).

Cox e Holden no prefácio do seu livro “Perinatal Psychiatry” enfatizam as consequências nefastas da depressão pós-parto nos diferentes prismas da vida da mulher,

(...) Depression is not only an extremely unpleasant personal experience but can jeopardise the survival of the family; an infant's emotional and cognitive development may be affected and a “rejected” and dejected partner may leave home. A desperate mother may decide to end her own life and/or that of the children (...)
(Cox & Holden, 1994, preface).

Podemos dizer que o interesse do estudo da depressão pós-parto advém das suas características específicas, que fazem dela não uma depressão qualquer, mas uma depressão atípica que acontece em estreita relação com papel da mulher enquanto mãe.

Esta perturbação é igualmente singular pela sua elevada incidência (Figueiredo, 2001a), a considerável duração, permanecendo mesmo a nível sub-clínico durante o primeiro ano da vida da criança (e.g., Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996), a

associação do distúrbio com um certo isolamento social e com a falta de apoio do ponto de vista emocional (e.g., Piccini, Rapport, Centerano-Levandowski, & Royer-Voigt, 2002) e as dificuldades de detecção e a imprevisibilidade no início do distúrbio (e.g., O'Hara, 1997).

Por sua vez, o interesse do estudo no comportamento de “retracção relacional” do bebé, considerado por Guedeney (2004b) como a forma precoce da depressão, advém de múltiplas razões:

- raramente sujeito a investigações empíricas, há pouca informação sobre a prevalência e causa do comportamento de retracção social (Dollberg et al., 2006).
- muitos autores divergem entre a origem biológica e intrínseca do comportamento de retracção ou mesmo orgânica (Guedeney, 1997), enquanto que outros centram-se num modelo psicossocial (Guedeney, 1999a, 2004b; Guedeney & Fermanian, 2001).
- ainda não é clara a ligação entre a depressão pós-parto e a retracção social do bebé, estando esta última também ligada a outras patologias como bebés de pais com outro tipo de perturbação mental (Reder & Lucey, 1995 as cited in Guedeney & Fermanian, 2001) ou em crianças com outras patologias que não a depressão, como as desordens de ansiedade (Zeanah, 1993).

Acresce o facto de a maioria dos estudos existentes com bebés de 3 meses incidirem na relação mãe com depressão pós-parto e bebé deprimido (e.g., Cohn & Tronick, 1983; Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990), sendo poucos os estudos que procuram averiguar as consequências da generalização desse padrão relacional estabelecido entre a diade deprimida para outros adultos. Por sua vez, os estudos existentes centram-se em adultos familiares ao bebé (e.g., Field et al., 1988).

É importante também referir que os diversos estudos ao indicar as consequências nefastas da depressão pós-parto da mãe no desenvolvimento do bebé, estão implicitamente a alertar para uma possível evolução do comportamento de retracção social (mesmo que não detectado nesses estudos) em problemas cognitivos, comportamentais e socioemocionais adversos (Cummings & Davies, 1994; Brockington, 2004; Rosello, Perez, Cercos & Garcia-Iturrospe, 2002; Moehler et al., 2007). Então, será fundamental a identificação precoce da retracção social no bebé (Ironsides, 1975 as cited in Guedeney, 1997) e à semelhança de outros estudos (e.g., Dollberg et al., 2006; Guedeney & Fermanian, 2001) recorrendo a instrumentos de avaliação fidedignos, como a ADBB. O recurso a este instrumento e a realização de estudos neste âmbito, poderão também ajudar a continuar a clarificar a semiologia da depressão precoce e a reforçar a sua existência de forma empírica.

Em síntese, na medida em que o período do pós-parto é propício ao aparecimento de perturbações psicopatológicas na mulher, como a depressão, e que paralelamente é a altura em que o bebé está mais dependente da mãe, será a altura ideal para desenvolver um estudo sobre o impacto do estado de saúde da mãe sobre o desenvolvimento da criança.

Mais especificamente e remetendo ao estudo que pretendo alcançar nesta tese, é uma altura favorável para se poder avaliar a resposta de retraimento social em bebés cujas mães estão ainda deprimidas 3 meses após o parto, a partir de um instrumento padronizado, ou seja, da escala “ADBB” (“alarm distress baby scale”) de Guedeney e conseqüentemente até que ponto o estado depressivo da mãe levará a que o seu bebé manifeste uma sintomatologia depressiva.

Parte II – Estudo Empírico

1. Objectivos e Hipóteses

Este estudo teve como objectivo avaliar a resposta de retraimento social em bebés de mães com sintomatologia depressiva, 3 meses após o parto. Para tal procuramos:

- a) Testar se é mais prevalente no grupo de mães deprimidas (≥ 10) ou no grupo de mães não deprimidas (< 10) (variável independente), o comportamento de retracção dos bebés de 3 meses (variável dependente), medido pela escala ADBB;
- b) Averiguar se há alguma relação entre a depressão pós-parto da mãe (variável independente) e a retracção do bebé de 3 meses nas suas diferentes dimensões sistematizadas pela escala ADBB (enquanto variáveis dependentes: expressão facial, contacto visual, actividade corporal, actividade de auto-estimulação, vocalizações, vivacidade de reacção à estimulação; relação; atractividade).

A formulação de hipóteses é de extrema importância em todo o processo de investigação. As hipóteses formuladas são explicações provisórias para o problema, ao qual pretende dar resposta, ou seja, fazem a previsão dos principais resultados do processo de investigação. Por isso, desenvolvem-se de forma a descrever antecipadamente as relações entre as variáveis de estudo (Lima & Vieira, 1998). Passaremos a apresentar as hipóteses deste estudo, indo de encontro aos objectivos apresentados anteriormente:

- *H1: Prevê-se uma relação significativa entre a depressão da mãe (v.i) e retracção social do bebé (v.d);*
- *H2: Prevê-se uma relação significativa entre a depressão da mãe e as dimensões de retracção social do bebé: expressões faciais, contacto visual, actividade corporal, actividade de auto-estimulação; vocalizações; vivacidade de reacção à estimulação; relação e atractividade;*
- *H3: Espera-se diferenças significativas na retracção social dos bebés de mães com depressão e mães sem depressão;*
- *H4: Espera-se diferenças significativas de mães com depressão e mães sem depressão quanto às dimensões da retracção social dos bebés: expressões faciais, contacto visual, actividade corporal, actividade de auto-estimulação; vocalizações; vivacidade de reacção à estimulação; relação e atractividade..*

2. Método

2.1. Participantes

Depois de definidos os objectivos e as hipóteses da presente investigação, importa agora definir a amostra.

Na amostra deste estudo fazem parte 81 bebés com 3 meses de vida, nascidos na Maternidade de Júlio Dinis (Porto). São em maior número do sexo masculino, a grande maioria nasceu de termo (> 37 semanas), apresentando em termos médios, um peso de 3195.10 (SD = 489.86), um comprimento de 48.55cm (SD= 2.33), índice ponderal de 2.78 (SD= 0.37), perímetro cefálico de 34.18cm (SD= 4.70). Um número reduzido de bebés foi reanimado no parto (cf. Tabela 1).

Os partos foram eutócitos e distócitos (cf. Tabela 2). Nenhuma das gravidezes foi gemelar, sendo poucas as consideradas de risco médico (cf. Tabela 2), e a maioria das mães é multípara (58%).

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos (bebé)

		N	%
Sexo	Masculino	46	56.8
	Feminino	35	43.2
Peso	$\geq 2500g$	74	91
	$<2500g$	7	9
Índice ponderal	> 2.50	65	80.2
	≤ 2.50	15	18.5
Reanimação	Não	73	90.1
	Sim	8	9.9
Tempo de gestação	> 37	78	96.3
	≤ 37	3	3.7

As mães têm em média uma idade de 28.41 (SD = 5.61), sendo que 3% são adolescentes. A generalidade das mulheres encontra-se empregada (66.7%) e tem a escolaridade obrigatória (70.4%), sendo uma minoria que tem formação superior (cf. Tabela 2). Na maior parte das situações (82.7%), a mulher vive com o companheiro, mas acontece

também que viva só com a família (9.9%) ou com o companheiro e a família (7.4%). A maioria das mulheres vive apenas com o bebê de 3 meses (56.8%), sendo que 30.9% vive com mais uma criança, 3.7%, com duas e apenas 1.2% com três. Quanto ao estatuto matrimonial, a maioria das mães é casada (66.7%) ou vive em regime de coabitação (19.8%), mas 6.2% são solteiras.

Tabela 2 - Características sócio-demográficas (mães)

		N	%
Idade	≥ 18	78	96.3
	<18	3	3.7
Estatuto ocupacional	Empregada	54	66.7
	Desempregada	19	23.5
	A estudar	5	6.2
Escolaridade	≥ 9 ° ano	57	70.4
	< 9 ° ano	24	29.6
Agregado familiar	Companheiro	67	82.7
	Família	8	9.9
	Família e companheiro	6	7.4
Estatuto matrimonial (pós-parto)	Casada	54	66.7
	Em regime de co-habitação	16	19.8
	Solteira	5	6.2
	0	46	56.8
Número de crianças que habitam a casa familiar (excluindo recém-nascido)	1	25	30.9
	2	3	3.7
	3	1	1.2
Gestação	Normal	73	90.1
	Risco	8	9.9
Tipo de parto	Distócito	41	50.6
	Eutócito	40	49.4
Paridade	Múltipara	47	58
	Primipara	34	42

Apenas uma pequena percentagem da amostra referiu ter problemas de ordem física (8.6%), não tomando a maioria qualquer tipo de medicação (63.0%). A maioria refere ainda que não tem qualquer tipo de doença sexualmente transmissível (66.7%), nem consome tabaco (58.0%), bebidas alcoólicas (64.2%), café (43.2%) ou outras substâncias ilícitas (65.4%). Relativamente ao seu estado de saúde psicológico, uma minoria referiu ter problemas (6.2%), não tomar qualquer medicação (64.2%) e não ter uma doença psicológica crónica.

Quanto há relação com o bebé de 3 meses, a maioria das mulheres da amostra não teve períodos de separação com o bebé, ou teve por uma semana (6.2%), mantendo contacto diário com o bebé (7.4%) e sendo o principal motivo dessa separação, a hospitalização do bebé (8.6%).

Verifica-se em algumas mães, uma moderada (16.0%) ou alguma (34.6%) rigidez e constrangimento na rotina de prestação de cuidados do bebé; apesar de a maioria não percepcionar o bebé como difícil (51.9%) e apenas uma pequena percentagem percepcionar alguma dificuldade no lidar com o bebé (14.8%).

A maioria dos pais encontram-se realizados com os seus bebés (59.3%); verificando também uma vinculação forte e imediata por parte quer da mãe (65.4%) quer do pai (59.3%).

2.2. Procedimento

As participantes do estudo foram recolhidas da unidade de consulta externa de Ginecologia/Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis (MJD Porto). As utentes foram contactadas 3 meses após o parto, desde que (critérios de inclusão): 1) soubessem ler/escrever em português, 2) residissem em Portugal há mais de um ano, no caso de não serem de nacionalidade portuguesa. A maioria das utentes (91.27%) a quem foi sugerido acedeu a participar no estudo.

Os dados sociais e demográficos foram recolhidos através de um questionário especificamente desenhado para o efeito (e.g., Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2004) e o EPDS foi administrado.

Com base nas filmagens da administração das BSID (Bayley Scales of Infant Development (BSID, Bayley, 1993) ao bebé, procedeu-se à avaliação do comportamento de retraimento social. Este exame foi filmado por um elemento da equipe de investigação e posteriormente o comportamento da criança durante a consulta foi cotado com a ADBB por dois observadores, que não detinham informações sobre a mãe. Para isso, teve-se em conta, como é indicado, o conjunto do que aconteceu durante a sessão, tendo particularmente em atenção a evolução dos acontecimentos ao longo do tempo.

2.3. Modelo de Investigação

A investigação apoia-se num design *exp post*, correlacional não experimental, uma vez que as variáveis independentes não foram manipuladas, dada a natureza da problemática em estudo, pretendendo-se apenas relacionar efeitos de variáveis, apreciar interações e diferenciar grupos (Almeida & Freire, 1977).

2.4. Tratamento estatístico

Para a análise estatística dos dados foi utilizada a versão 15.0 do programa SPSS – Statistic Program for Social Sciences, programa informático de apoio à estatística.

Utilizou-se como forma de afirmar a fidelidade dos resultados, o acordo entre dois observadores independentes. Na medida em que, se dois observadores independentes produzirem registos similares então isso reflecteria algo de objectivo na observação (Alessi, 1988 as cited in Almeida & Freire, 2007).

Para o cálculo do acordo entre observadores recorreu-se ao κ de Cohen de modo a achar o acordo entre observadores para cada item e ao coeficiente de correlação de Pearson, para achar o acordo entre os dois observadores para os totais da ADBB. Para diminuir a probabilidade de escolher a mesma categoria ao acaso, calcularam-se os valores corrigidos e não corrigidos, sendo os valores não corrigidos as proporções entre o número de concordâncias e o total (concordâncias + discordâncias).

De acordo com Landis and Koch (1977) aceita-se que um acordo entre 80% e mais entre observadores independentes sugere um acordo muito bom; entre 60 e 80% bom; entre 40 a 60% moderado; 20 a 40% fraco e abaixo de 20%, pobre. Tendo em conta esta classificação, podemos dizer que os resultados foram muito significativos quer para o cálculo do acordo entre observadores dos itens do ADBB quer quanto ao total. Os coeficientes de concordância (κ de Cohen) entre os dois observadores nas oito dimensões da Escala ADBB variam entre .38 (*item 5*) e .81 (*item 8*), sendo todos estatisticamente significativos, com excepção do *item 5* (cf. Tabela 5). Se se admitir que os dados podem ser tratados numa escala de intervalos, o coeficiente de correlação de Pearson entre os dois somatórios é de $r = .87$ ($p < .001$). Podemos pois dizer que tanto ao nível das dimensões tomadas isoladamente, como ao nível das pontuações totais existe uma elevada concordância entre os dois observadores (cf. Anexo 2).

Para o cálculo do acordo entre observadores, na medida em que o SPSS só calcula o kappa quando os dois observadores utilizam exactamente as mesmas categorias, utilizou-se outro programa, o *StatXact* (para cálculo do item 3 e 6 do ADBB) (cf., Anexo 2).

Foi efectuada uma análise de estatística descritiva, calculando-se as frequências, médias e desvios-padrão, de modo a caracterizar as variáveis relativamente às condições sócio-demográficas dos participantes do estudo.

De modo a analisar a relação entre a depressão da mãe enquanto variável contínua (através das pontuações totais EPDS) e a retracção social do bebé (através das pontuações médias atribuídas pelos dois observadores a cada item da ADBB e total), recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson ¹. Para examinar as diferenças no comportamento de retracção social do bebé de acordo com a variável independente, Depressão pós-parto da mãe, recorreu-se a uma análise multivariada da variância (Mannova) para os itens e o teste t ² para amostras independentes para a média dos resultados totais da ADBB.

De modo a verificar se as características demográficas da mãe (idade, paridade, estatuto ocupacional, estatuto matrimonial) e do bebé (sexo, índice ponderal, peso à nascença) podem prever os resultados da ADBB de retracção social do bebé, recorreu-se a análises de regressão linear múltipla pelo método *enter* ³; agrupando-se em primeiro as variáveis relacionadas com a mãe e após as variáveis relacionadas com o bebé. De seguida, procurou-se verificar se as mesmas características sócio-demográficas da mãe e do bebé enquanto variáveis independentes poderiam prever os resultados de cada sub-escala da ADBB como variáveis dependentes, recorrendo a análises de regressão linear múltipla.

2.5. Instrumentos e medidas

2.5.1. ADBB (The Alarm Distress de Bebe Scale)

Foi usada a escala “ADBB”, que avalia a presença de sinais precoces de retraimento social no bebé, através de 8 itens (expressões faciais, contacto visual, actividade corporal, actividades de auto-estimulação, vocalizações, vivacidade na reacção à estimulação, relação e

¹ O coeficiente de correlação r dá-nos uma medida da relação entre duas variáveis contínuas; no caso deste estudo, permite-me utilizar toda a informação que disponho ao calcular as correlações das variáveis contínuas: “escala do EPDS” vs. “dimensões da retracção do bebé” .

² A análise da variância estuda o efeito de uma ou mais variáveis independentes numa variável dependente quantitativa (univariada) ou num conjunto de variáveis dependentes quantitativas (multivariadas) (Field, 2005). Neste estudo optou-se pela análise multivariada da variância, recorrendo para tal a uma variável dicotómica, ou seja, ao cutt off de 10 do EPDS para determinar quais das variâncias das pontuações obtidas no ADBB e para cada dimensão são significativas.

O teste t é uma estatística paramétrica que tem como objectivo determinar se as pontuações médias entre dois grupos são significativamente diferentes. Uma forma deste teste (chamado o t para médias independentes) pode ser usado para comparar os resultados médios de dois grupos independentes (Lima & Vieira, 1998). Neste estudo, pretende-se comparar precisamente os resultados médios do EPDS e do ADBB.

³ Na análise de regressão, uma (simples) ou mais (múltipla) variáveis predictoras são usadas para prever uma variável critério. As correlações são úteis mas não dão qualquer informação sobre o poder preditivo das variáveis (Field, 2005). Neste estudo, através desta técnica é possível prever a possível interferência de outras variáveis nos resultados obtidos.

atractividade) que são cotados numa escala de 4 pontos (0,1,2,3 e 4⁴) com base na observação do comportamento da criança (Guedeney & Fermain, 2001).

Um score de 5 ou mais deve chamar à atenção do clínico para a melhor observação da criança e das condições do meio em que se desenvolve, no caso da cotação ter tido lugar em boas condições (Figueiredo & Costa, 2004).

É indicado ter em conta a idade da criança, de forma a avaliar globalmente o carácter normal *versus* anormal do seu comportamento em relação às normas para a idade. A cotação na escala resulta assim da apreciação do que não surge perante a estimulação e a relação com o observador, com base no que seria esperado por parte de uma criança da mesma idade (*idem*).

O carácter simples e a brevidade da administração (entre 5 e 10 minutos) permitem uma fácil utilização da escala no quadro do despiste precoce de crianças com problemas desenvolvimentais, por exemplo durante a consulta com o pediatra ou o médico de família, por médicos, enfermeiros, psicólogos ou educadores (Guedeney & Fermanian, 2001).

O princípio geral de utilização da escala é aquele que foi descrito por Winnicott sob a designação de “*Set Situation*”. Trata-se de utilizar a situação de exame médico de rotina, numa situação de consulta ou de infantário, tendo em conta uma vasta gama de estimulação diversas, por um período de tempo relativamente breve, de modo a avaliar a resposta da criança a estas estimulações (Figueiredo & Costa, 2008).

2.5.2. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Neste estudo foi aplicado também o EPDS (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), “Edinburgh Postnatal Depression Scale”, escala composta por 10 itens de auto-relato do tipo lickert (numa escala de 0 a 3), que avalia a presença e intensidade de sintomas depressivos nas mães, na semana que precede ao seu preenchimento.

Usamos neste estudo a Versão Portuguesa do EPDS e o ponto de corte de 10 indicativo da presença de depressão minor ou major (Areias, Barros & Figueiredo, 1996 a).

O estudo psicométrico da versão portuguesa indica que são elevadas a consistência interna (Coeficiente de Split-Half = 0,84 e Alpha de Cronbach = 0,85) e a fidelidade teste-reteste ($r = 0.75$) do instrumento (Figueiredo, 1997 cit *in* Figueiredo & Costa, 2004).

⁴ Cada item é cotado numa escala de 0 a 4, que corresponde a: (0) absolutamente normal, (1) dúvida quanto à presença de carácter anormal, (2) discretamente, mas nitidamente patológico, (3) francamente anormal, (4) com carácter patológico severo (Figueiredo & Costa, 2008).

3. Resultados

Na Tabela 3 (ilustrada pela Figura 1), apresentam-se os coeficientes de correlação entre as pontuações no EPDS e as pontuações médias atribuídas pelos observadores nas oito dimensões do comportamento do "bebé" avaliadas pela escala ADBB. Como se pode observar, apenas a correlação entre as pontuações totais no EPDS e a dimensão atractividade atinge o limiar de significação estatística ($r = .26$, $p < .05$). Em magnitude, ainda que não estatisticamente significativas, seguem-se as correlações da depressão materna com a actividade corporal ($r = .12$) e com a actividade auto-estimulação ($r = .10$). As restantes correlações são virtualmente nulas.

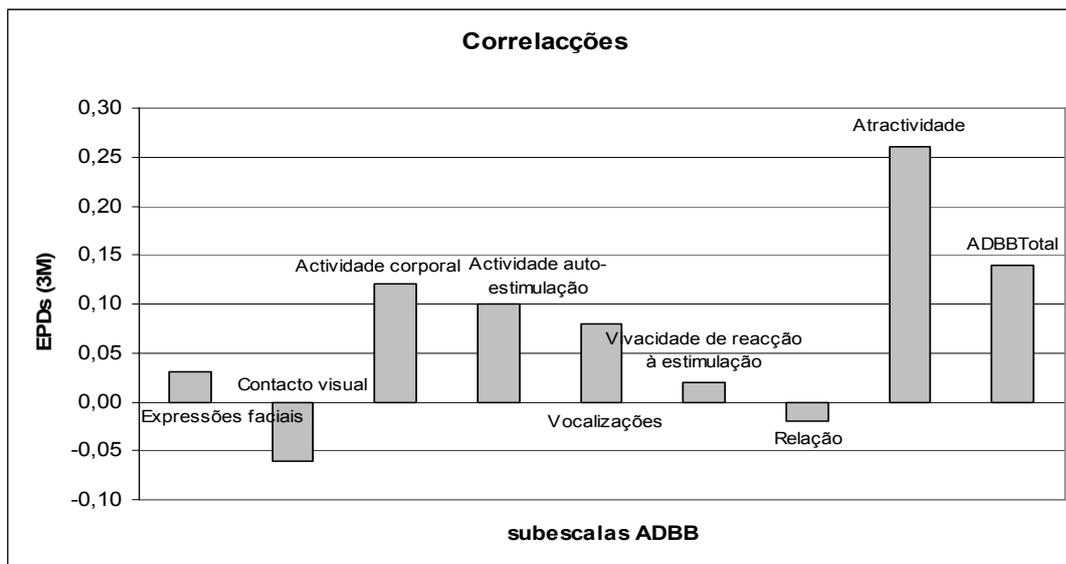
Tabela 3 - Correlações entre o EPDS e os itens e total do ADBB

[N = 81]

subescala	EPDs (3M)	Sig
Expressões faciais	.03	.82
Contacto visual	-.06	.63
Actividade corporal	.12	.27
Actividade auto-estimulação	.10	.37
Vocalizações	.08	.56
Vivacidade de reacção à estimulação	.02	.84
Relação	-.02	.88
Atractividade	.26	.02
ADBBTotal	.14	.22

* $p < .05$

Figura 1 - Correlações entre o EPDS e os itens e total do ADBB



Recorreu-se ao t-test para amostras independentes para testar a diferença da média dos resultados da ADBB entre dois grupos de bebés de 3 meses de mães deprimidas (≥ 10) e não deprimidas (< 10). Os resultados mostraram que não há diferenças significativas entre as médias dos dois grupos, [$t_{(19)} = 0.911$, $p = .374$]; embora os bebés das mães deprimidas tenham mais resultados de retracção ($M = 2.38$; $DP = 2.71$) que os bebés de mães não deprimidas ($M = 1.75$; $DP = 1.49$).

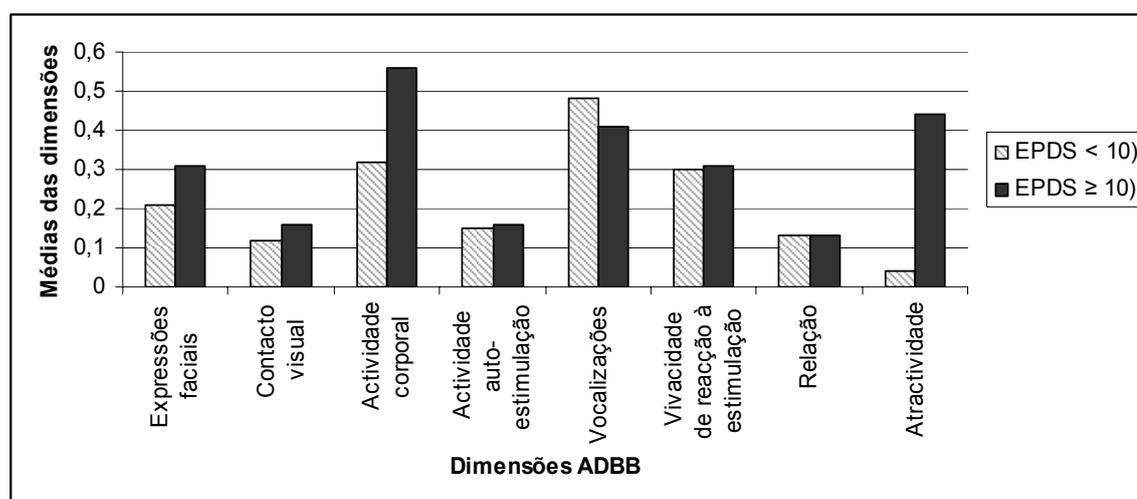
Outro modo de apresentar os dados, optando por dicotomizar a variável independente depressão da mãe, consiste em verificar se as médias nas oito dimensões da escala ADBB diferem significativamente entre mães com depressão e mães sem depressão. Para o efeito, realizou-se uma MANOVA, tomando como VI a depressão (< 10 vs ≥ 10) e como VDs as oito dimensões do comportamento do bebé. O efeito multivariado da depressão não é estatisticamente significativo [Pillai Trace = .158, $F_{(8, 72)} = 1.69$, $p = .115$]. Em relação aos efeitos univariados (cf. Tabela 4), apenas as médias na atractividade (0.04 para as mães não deprimidas e 0.44 para as mães deprimidas), diferem significativamente, [$F_{(1, 79)} = 8.93$, $p = .004$, $MQE = 0.23$].

Tabela 4 - Comparação das 8 dimensões da ADBB entre as mães com depressão pós-parto e sem depressão pós-parto

subescala	EPDS < 10 (n=65)		EPDS ≥ 10 (n=16)		F	Sig
	M	DP	M	DP		
Expressões faciais	0.21	0.36	0.31	0.44	0.98	0.33
Contacto visual	0.12	0.36	0.16	0.4	0.16	0.69
Actividade corporal	0.32	0.49	0.56	0.6	2.82	0.1
Actividade auto-estimulação	0.15	0.37	0.16	0.44	0.01	0.93
Vocalizações	0.48	0.45	0.41	0.46	0.39	0.54
Vivacidade de reacção à estimulação	0.3	0.42	0.31	0.51	0.01	0.92
Relação	0.13	0.37	0.13	0.34	0.03	0.96
Atractividade	0.04	0.18	0.44	1.03	8.93	0*

* p<.05

Figura 2 - Comparação das médias das 8 dimensões da ADBB entre as mães com depressão pós-parto e sem depressão pós-parto



Por fim, procurou-se averiguar através da análise de regressão linear pelo método *enter* se as variáveis - condições sociais e demográficas (idade, paridade, estatuto ocupacional, estatuto matrimonial) e as características do bebé (peso à nascença; índice ponderal, sexo do bebé) - eram passíveis de predizer o retraimento social do bebé aos 3 meses. Nesse sentido, efectuaram-se duas regressões lineares múltiplas, no primeiro modelo agruparam-se como variáveis independentes as condições sociais e demográficas (idade, estatuto ocupacional, paridade, estatuto matrimonial); no segundo, as características dos bebés como variáveis independentes (sexo do bebé, índice ponderal, peso à nascença).

Verificou-se que o primeiro modelo não foi capaz de predizer a retracção social do bebé aos 3 meses ($R^2 = .048$; $F_{(4, 76)} = .955$, $p = .437$), pois as variáveis independentes apenas conseguem explicar 4,8% da variabilidade do resultado do bebé na ADBB. Por sua vez, as características dos bebés também não são passíveis de predizer o resultado do bebé na ADBB ($R^2 = .015$; $F_{(3, 77)} = .402$, $p = .752$), na medida em que explicam apenas 1,5 % desse mesmo resultado.

Procurou-se também verificar se os resultados seriam diferentes tendo como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas da mãe e as características demográficas dos bebés e como variáveis dependentes as dimensões da ADBB (expressões faciais, contacto visual, actividade corporal, actividade de auto-estimulação, vocalizações, vivacidade de reacção à estimulação, relação e atractividade). Efectuou-se para cada dimensão da retracção social análises de regressão linear múltipla.

Os resultados indicam que as variáveis sócio-demográficas da mãe e do bebé não são passíveis de predizer os resultados dos itens da ADBB (cf. tabela 5; ver anexo 3).

Tabela 5 - Regressões entre as variáveis sócio-demográficas das mães, sócio-demográficos dos bebés e sub-escalas da ADBB

Subescala ADBB	Modelo 1 - Socio-demográficos Mães			Modelo 2 - Sócio-demográficos Bebés		
	R ²	F	Sig.	R ²	F	Sig.
Expressões faciais	0.05	0.90	0.47	0.02	0.40	0.75
Contacto visual	0.02	0.47	0.76	0.01	0.31	0.82
Actividade corporal	0.02	0.31	0.87	0.04	1.00	0.40
Actividade auto-estimulação	0.01	0.13	0.97	0.02	0.63	0.60
Vocalizações	0.09	1.77	0.14	0.01	0.31	0.82
Vivacidade de reacção à estimulação	0.01	0.28	0.89	0.05	1.42	0.24
Relação	0.03	0.64	0.63	0.01	0.36	0.78
Atractividade	0.09	1.76	0.15	0.16	0.43	0.73

* p<.05

Parte III – Discussão e Conclusão

Este estudo confirma a possibilidade de avaliar a resposta de retracção social prolongada em crianças de 3 meses, através de um instrumento de avaliação como o ADBB (*The Alarm Distress de Bebe Scale*).

Os resultados elevados do acordo entre observadores, chegando a níveis de acordo de 80%, validam as observações que foram efectuadas com o recurso à escala ADBB. Resultados obtidos que são similares aos de outros estudos (e.g., Dolberg, Feldman, Keren, & Guedeney, 2006; Mathey et al., 2005) e que realçam as potencialidades desta escala como forma de avaliação do comportamento social e de identificação de bebés em risco.

Através desta escala é igualmente possível observar as diferentes dimensões de retracção social, verificando-se que os resultados do acordo entre observadores (apesar de elevado) oscila conforme a dimensão avaliada, não havendo mesmo acordo no item vocalizações. O que vem reiterar a dificuldade em reconhecer a semiologia da retracção social assim como a necessidade de ter uma escala de avaliação objectiva que sirva de orientação para múltiplos observadores em situação clínica. Surgem aqui os dois primeiros desafios: aperfeiçoar esta escala, reduzindo ao mínimo a sua subjectividade e efectuar uma reflexão acerca do porquê da divergência dos dois observadores quanto às vocalizações dos bebés.

Este estudo vem igualmente a corroborar as conclusões de outros estudos, no sentido de a depressão da mãe poder ter repercursões negativas no comportamento social do bebé (e.g. Pickens & Field, 1993; Field, Healy, Goldstein e Guthertz, 1990; Cohn e Tronick, 1983; Field, 1984; Tronick & Weinberg, 1997; Murray & Cooper, 1997). Contudo, não foi possível identificar nesta amostra, uma relação entre depressão da mãe e os bebés de 3 meses com retraimento social, o que não diverge muito do resultado de alguns estudos mais similares com faixas etárias diversificadas (e.g., Mathey et al., 2005; Dolberg, Feldman, Keren e Guedeney, 2006).

Apenas podermos estabelecer esta relação (depressão pós-parto e retracção social) devido aos resultados obtidos pela dimensão atractividade da escala ADBB ($r = .26, p < .05$). Dimensão definida pela capacidade que a criança tem em captar activamente a atenção, elicitando um sentimento de prazer e de interesse ou a incapacidade de “atrair” os outros, deixando ao observador a sensação de estarmos perante uma criança inatingível (irritável e distante). Dentro da semiologia da depressão precoce esta dimensão poderá constar na descrição do bebé com “atimia global mais próxima da indiferença do que da tristeza ou aflição” ou ainda com “humor deprimido ou irritável” (e.g., Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a, p.133; Luby, 2000; Guedeney, 1999b) (ver Quadro no Anexo 1).

Relação que será estabelecida se considerarmos que, o bebé suscitar ou não interesse, envolve também as outras dimensões, que se interligam, ou seja, o bebé torna-se atractivo de acordo com a sua expressão facial, vocalizações, actividade corporal, reacção à estimulação, se não se centra em demasia em si mesmo e se interage no geral de forma positiva. Em consequência, ao dizermos que há uma relação significativa entre a atractividade do bebé e a depressão pós-parto poderemos estar a remeter para a possibilidade do bebé com a mãe com depressão pós-parto encontrar-se em retracção.

Este resultado chama-nos também a atenção para a importância da atractividade no estado emocional da mãe, ou seja, se remetermos para o modelo bidireccional de stress, o facto do bebé não suscitar interesse e como tal apelar para a interacção, poderá agravar a depressão materna e em consequência aumentar a incapacidade do bebé em “cativar” a mãe para essa mesma interacção.

Mas o que este estudo destaca é a ideia já patente na literatura de que o comportamento que o bebé tem para com aquela mãe generalizou-se para um estranho, ou melhor ainda, generalizou-se para o contexto social daquele bebé. Apesar de investigadores como Palaez-Nogueras et al. (1994) colocarem no seu estudo a hipótese de a interacção do bebé com uma pessoa estranha poder ser mais indutora de stress para ele que a interacção com o seu pai e familiares e podermos considerar que uma situação de avaliação médica leva a uma carga emocional acrescida, este estudo vai mais na direcção da ideia de que crianças de 3 meses mantêm a mesma atitude negativa com outros adultos não deprimidos (e.g., Field et al., 1988).

Curioso será o facto de que os bebés que os dois observadores avaliam como sendo menos atractivos (acordo entre observadores de 81%) ou seja, aqueles em que os observadores acharam que foi mais difícil manter o interesse, são os bebés de mães com depressão pós-parto.

Será um desafio fazerem-se novos estudos que se centrem mais na dimensão da atractividade, tal como é avaliada pela escala ADBB, enquanto sinal de retracção e depressão pós-parto da mãe, já que a sua maioria se foca no interesse do bebé pela mãe (e.g. Cohn & Thronick, 1983; Pickens & Field, 1993) e não na generalização desse interesse para um estranho. Isto, aliando-se ao facto de estudos como de Mathey et al. (2005) constatarem mesmo que as dimensões atractividade, expressão facial e relação com o observador são as que melhor determinam a sociabilidade do bebé.

Este estudo poderá ser analisado de outra forma, encarando os resultados de não haver diferenças significativas ou relação significativa entre a depressão da mãe e a retracção social do bebé (t-test/correlação de Person) ou em relação aos efeitos multivariados (Mannova) da depressão diferirem significativamente apenas nas médias da atractividade,

como consequência da acção de factores protectores que poderão atenuar os efeitos da depressão pós-parto na retracção do bebé.

Se observarmos com atenção as características sócio-demográficas da amostra, verificamos que as mães, na sua maioria, têm a estabilidade do sistema relacional mais próximo, vivendo a maioria com o companheiro e pai da criança (82.7%) e sob a condição civil de casada (66.7%). A maioria tem igualmente idade para encarar a maternidade de forma funcional (96.3% com idade superior a 18 anos). É de realçar também a quase ausência de circunstâncias de vida adversas (66% das mulheres trabalha) e a ausência de comportamentos de risco (consumo de bebidas alcoólicas, etc.).

Por sua vez, as características individuais dos bebés não constituem na sua maioria um risco, sendo pequena a percentagem de partos prematuros e bebés com baixo peso à nascença. Quanto ao índice ponderal, apesar de haver uma percentagem razoável de bebés com um índice ponderal inferior a 2.50 (18.5%), esta variável juntamente com a maioria das condições sociais e demográficas não é passível de predizer os resultados obtidos do bebé pela escala ADBB.

Outro factor protector poderá ser a existência de padrões de vinculação identificáveis por parte dos pais e um sentimento de realização perante o bebé, na maioria da amostra (59%), que de facto não faz parte das características das mães com depressão pós-parto, mencionadas nos estudos pelas descrições negativas dos bebés (e.g., Field et al., 1985).

Contudo, verifica-se com a análise de regressão linear múltipla das características sócio-demográficas da mãe e do bebé que a possível interferência destas variáveis sócio-demográficas (como por exemplo idade e paridade da mãe) no resultado do bebé na ADBB não é significativa, o que irá a reforçar a ideia da influência da sintomatologia depressiva da mãe na atractividade do bebé.

Interessante será também o resultado de, ainda que não estatisticamente significativo, se seguirem as dimensões auto-estimulação ($r = .10$ e actividade corporal. ($r = .12$). Indo ao encontro da ideia, presente na literatura, de que a depressão materna pode levar a que as crianças tenham mais comportamentos de auto-conforto (e.g., Tronick e Weiberg (1997), sendo o seu comportamento também caracterizado por uma menor actividade e letargia (e.g., Field, 1995).

Por fim, colocam-se os seguintes desafios:

Como seria pegar na mesma amostra e efectuar uma segunda avaliação aos 12 meses de idade (efectuar um estudo similar ao de Figueiredo & Costa, 2008), de modo a averiguar se

surtem novos casos de retracção ou se diminuem os identificados e a evolução é positiva; assim como, quais foram as consequências cognitivas e emocionais.

Sabendo que quanto maior for a amostra, maior é a probabilidade de se obter resultados mais significativos, será por fim também um desafio aumentar o tamanho da amostra, aproximando-se mais da maioria dos estudos realizados (e.g., Puura, 2004; Dollberg, 2004; Figueiredo & Costa, in press).

Em síntese... atractividade ou interacção social?

Este estudo poderá dar um novo sentido à noção de interacção social no mundo de hoje. Um bebé atractivo, é assim um bebé que é visto pelos outros como sendo comunicativo, ou seja, que apela para que os outros lhe prestem atenção, recorrendo para isso ao sorriso, à expressão facial, ao corpo e ao vocalizar.

Um bebé desenvolve-se como “ atractivo ” tendo como modelo a mãe deprimida ou não deprimida, mas depois generaliza esse seu comportamento para o seu mundo social. Ao tornar-se “ não atractivo ” o interesse que os outros têm por ele diminui, procurando menos estabelecer uma interacção. Este comportamento do bebé de 3 meses pode assim ditar e explicar futuros padrões de interacção que irão caracterizar as suas futuras vivências.

Neste estudo, a menor atractividade surge como consequência de um padrão relacional estabelecido com mães com depressão pós-parto. Assim, o desenvolvimento da depressão precoce ou retracção é aqui melhor descrito pelo modelo de uma mãe não responsiva do que pela existência de um padrão de “ desregulação ” pré-existente à nascença.

Referencias bibliográficas

- Abrams, S. M., Field, T., Scafidi, F., & Prodromidis, M. (1995). Maternal depression effects on infants Brazelton Scale performance. *Infant Mental Health Journal*, 16, 231-235.
- Affonso, D.D., De, A.K., Horowitz, J.A. & Mayberry, L.J. (2000). An International study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (3), 207-16.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, Z., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment – a psychopathological study of strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. _1991_. An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 333 - 341.
- Ajuriaguerra, J. (1980). Problemas particulares causados por estados de depressão e exaltação na criança. In J. Ajuriaguerra (Ed.), *Manual de Psiquiatria infantil* (pp. 651-663), Rio de Janeiro: Masson do Brazil.
- Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1989) – *Psychopathologie de l'enfant*, Paris Masson.
- Albertsson-Karlgén, U., Graff, M., & Nettelbladt, P. (2001). Mental disease postpartum and parent-infant interaction – Evaluation of videotaped sessions. *Child abuse review*, 10, 5–17.
- Almeida, L. S. & Freire, T. *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (4th ed). Psiquilibrios.
- Alfaya, C. & Shermann, L. (2001). Depressão materna em mães de recém-nascidos com tratamento intensivo neo-natal. *Psicologia*, 32, 115-129.
- Almeida, I., & Dowling, S. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Altshuler L. L., Hendrick, V., & Cohen, L. S., (2000). An update on mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry* , 2 (6), 217 - 222.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text revision). Washington, DC: Author.
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *Archives of General Psychiatry*, 44, 461 - 9.
- Angold, A., Egger, H., Erkanli, A., Keeler, G., Potts, E., & Walker, K. B. (2006). Test-retest reliability of the preschool age psychiatric assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 538 - 549.

Apfel, N., & Seitz, V. (1997). The firstborn sons of African American teenage mothers: perspectives on risk and resilience. In S. Luther, J. Burack, D. Ciecchetti, & Weisz (Eds.), *Development psychopathology – perspectives on adjustment. Risk and disorder* (pp. 486 - 506). Cambridge: Cambridge university Press.

Appleby, L. (1996). Suicidal behaviour in childbearing women. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 107 - 115.

Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996a). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal depression Scale in Portuguese Mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30 - 35.

Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996b). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 36 - 41.

Arfouilloux, J. C. (1982). Depression et separation. *Neuropsychiatrie de L'Efant et de l'Adolescent*, 30 (10-11), 607 - 614.

Assumpção, F., Kuczynski, E., Rego, M. & Rocca, C. (2002). Escala de avaliação da reacção de retracção no bebé: um estudo de validade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60 (1), 56 - 60.

Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in urban area of Portugal: Comparasion of childbearing women and matched controls: *Psychological Medicine*, 26, 135 - 141.

Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27 (5).

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D, & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (2), 52 - 61.

Bayle, F. (2005). A Parentalidade. In I. Leal (Ed.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Fim de século: Lisboa.

Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development II* (2nd ed.). San Antonio: The American Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company.

Beebe, B. (2000). Co-structing mother-infant distress. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 421 - 440.

Beebe, B., Lachmann, F., & Jaffe, J. (1997). Mother-infant structures and pre-symbolic self and object representations. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 133-182.

Beeghly, M., Weinberg, M. K., Olson, K.L., Kernan, H., Riley, J., & Tronick, E. Z. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 71, 169-180.

- Benoit, D. (1993). Failure to thrive and feeding disorders. In C. H. Zeanah (Ed.). *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 317-331). New York: Guilford Press.
- Benoit, D., Zeanah, C.H., & Barton, M. L. (1989). Maternal Attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 10, 185-202.
- Berhman, R. E. Vaughan, V. C. & Nelson, W. E. (Eds.). (1983). *Nelson textbook of pediatrics* (13th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L. L. Hayes, S., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E. Valoriani, V., Kammerer, M. H., & Henshaw, C. A. (2004). TCS-PND Group. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 31 - 37.
- Bion, W. (1991). *O Aprender com a experiência*, Rio de Janeiro: Imago.
- Bowlby, J. (1973/1978). *Attachment et perte: 2. La separation: angoisse et colére*. Paris: PUF.
- Bowlby, J. (1984). *Apego. Trilogia Apego e Perda*. Volume I. São Paulo: Martins.
- Bowlby, J. (1985). *Perda, tristeza e depressão*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent - child attachment and healthy human development*. New York: Basic books.
- Boyce, P. (1994). Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In Cox, John & Holden (Ed.). *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (pp. 82 - 101). London: Gaskell.
- Boyce, P. & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (8), 605 - 612.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1993). *A Relação Mais Precoce: Os pais, aos bebês e a intervenção precoce*. (F. Duarte, Trad.). Lisboa: Terramar (Obra original publicada em 1989).
- Brazelton, T., Koslowski, B., & Main, M. (1974). Origins of reciprocity. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds), *Mother infant interaction* (pp. 57-70). New York: Wiley.
- Brennan, P. A, Hammen, C., Andersen M.J., Bor, W., Najman, J. M. & Williams, G. M. (2000) Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36 (6), 759-66.
- Brockington, I (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: University Press.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363, 303-310.
- Brockington, I. F., Winokur, G. & Dean, C. (1982). Puerperal psychosis. In I. F.

Brockington, & R. Kumar (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp. 37 - 69). London: Academic Press.

Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A. Gonsales, B. K., Braguittoni, E. & Rennó Jr, R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerperio: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista Psiquiatria Clinica*, 33 (2), 92 -102.

Campbell, S. B. & Cohn, J. F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of abnormal Psychology*, 100, 594-599.

Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In L. Murray, & P. J. Cooper (Ed.). *Postpartum depression and child development* (pp. 165 -197). New York: The Guilford Press.

Campbell, S. B., Breaux, A. M., Ewing, L. J., Szumowski, E. & Pierce, E. W. (1986). Parent - identified problem preschooler: Mother-child interaction during play at intake and 1-year follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, 14, 425 - 440.

Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4, 29 - 47.

Campbell, S.B., Cohn, J.F., & Meyers, T. (1992). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349 - 357.

Canavarro, M.C. (2001a). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.18 - 49). Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C. (2001b). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Caplan, H. L., Cogill, S. R., Alexandra, H., Robson, K. M. Katz, R., & Kumar, R. (1989). Maternal depression and the emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry*, 154, 818 - 822.

Cassidy, J., & Berlin, L. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971 - 991.

Chabrol, H., Bron, N., & LeCamus, J. (1996). Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 19, 149 -152.

Chung, T., Lau, T., Yip, A., Chiu, H. & Lee, D. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 830 - 834.

Clerget, S. (1999). *Não estejas triste meu filho: Compreender e tratar a depressão durante os primeiros anos de vida*. Porto: Âmbar.

- Cohn, JF & Tronick, E.Z (1983). Three-month-old infants reaction to stimulated maternal depression. *Child Development*, 54, 185 -193.
- Cohn, F.C. & Tronick, E. Z. (1988). Specificity of infant's response to mother's affective behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 242 -248.
- Cohn, J.F, Campbell, S.B, Mattias, R. & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology*, 26, 15 - 23.
- Cohn, J. F., Matias, R., Thronick, E. Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In E. Z. Tronick & Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbance* (pp. 31-45). San Francisco: Jossey- Bass.
- Colleta, N. D. (1983). At risk for depression: a study of young mothers. *The journal of Genetic Psychology*, 142, 301-310.
- 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 (6), 1243 -1258.
- Colman, L.L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. (I. Belchior, Trad). Lisboa: Colibri. (Obra original publicada em 1991).
- Cooper, J. P., & Murray, L. (1997). Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 97 - 99.
- Cooper, J. P., & Murray, L. (1998). Fortnightly review: Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884 -1886.
- 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., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L. & Molteno, C. (1999). Post partum depression and mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *British Journal of Psychiatry*, 175, 554 - 558.
- Cox, J. L., & Holden, J. M. (Eds.). (1994). *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell.
- 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.
- Crockenberg, S. & Leerkes, E. (2000). Infant social and emotional development in family context. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of Infant mental Health* (2nd ed., pp. 60 - 90). New York: The Guilford Press.

Crockenberg, S., & Smith, P. (1982). Antecedents of mother-infant interaction and infant irritability in the first months of life. *Infant Behavior and Development*, 5, 105 - 119.

Cruvinel, E., & Boruchovitch, E. (2003). Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7 (1), 77-84.

Cummings, M. E., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.

Cutrona, C. E., & Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-Efficacy: A Mediation model of postpartum depression *Child Development*, 5, 1507-1518.

Davidson, J., & Robertson, E. (1985). A follow-up of postpartum illness: 1946-1978. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 451 - 457.

Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Yamada, E., Hessel, D., & Osterling, J. (1999). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal electrical brain activity during interactions with mother and with a familiar, nondepressed adult. *Child Development*, 70, 1058 - 1066.

Deal, L. W., & Holtz, V. L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 national maternal and infant survey. *American Journal of Public Health*, 88, 266 - 270.

Demyttenaere, K., Lenaerts, H., Nijs, P., & Van Assche, F. A. (1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 95 - 102.

Dennis, C-LE., Janssen PA, & Singer, J. (2004). Identifying Women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 110, 338 - 346.

Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26, 3 - 6.

Dollberg D. (2004) Sustained withdrawal behaviour in clinic-referred and non-referred infants. In A. Guedeney (chair), *The use of the alarm distress baby scale (ADBB)*. Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia.

Dollberg, D., Feldman, R., Keren, M., & Guedeney, A. (2006). Sustained withdrawal behaviour in clinic-referred and nonreferred infants. *Infant mental health journal*, 27 (3), 292 - 309.

Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Scandinavica*, 106 (6), 426 - 433.

- Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L. & Widstromm, A. M. (2003). The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archive of Woman Mental Health*, 6 (3), 211-216.
- Emde, R. N. (1985). The affective self: Continuities and transformations from infancy. In J. D. Call, E. Galenson & R. L. Tyson (Eds.), *Frontiers of Infant Psychiatry II* (pp. 39-54). New York: Basic Books.
- Eppright, T. Badley, S. & Sanfacon, J (1998). The Diagnosis of infant psychopathology: current challenges and recent contributions. *Child Psychology and Human Development*, 28 (4), 213 - 222.
- Erikson, E. (1978). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1959).
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. & Golding, J. (2001), Cohort of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257 - 260.
- Feinemann, J. (2000). Sobreviver à Depressão pós-parto: Identificar, compreender e superar a depressão pós-parto. (E. Viterbo, trad.). Lisboa: Âmbra. (Obra original publicada em 1997).
- Feldman, R. & Keren, M. (2004). Expanding the scope of infant mental health assessment: A community-based approach. In R. Del-Carmen-Wiggins & A. S. Carter (Eds.), *Handbook of infant mental health assessment* (pp. 443-465). Cambridge: Oxford Press.
- Feldman, R. Weller, A., Sirota, L. & Eidelman, A., I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: The contribution of mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo Care) to family interaction and touch. *Journal of Family Psychology*, 17, 94 -107.
- Ferreira, T. (2001). Evolução melancólica. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, (1), 15-23.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2th ed.) London: Sage Publications.
- Field, T. M. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, 517 - 522.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49 - 66.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1 -13.
- Field, T. (1996). Attachment and separation in young children, *Annual. Review of Psychology*, 47, 541-61.
- Field, T. (1997) Depressed mothers and their infants. In L. Murray & P.J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 221-236). New York: The Guilford Press.
- Field T. (1998). Early interventions for infants of depressed mothers. *Pediatrics*, 102 (5), 1305 - 10.

Field, T. (2000). Infants of depressed mothers. *Stress, coping and depression* (pp. 3-22). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Field, T. (2007). Early Interventions for Infants of Depressed Mothers. *Pediatrics*, 1305 - 1310.

Field, T., Veja-Lahr, N., Scafidi, F. & Goldstein, S. (1986). Effects of maternal unavailability on mother-infant interactions. *Infant Behavior and Development*, 9, 473 - 478.

Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Shanberg, S., Kuhn, C. Yando, R. & Bendell, D. (2001). Depressed withdraw and intrusive mother's effects on their fetus and neonates. *Infant Behavior and Development*, 24, 27-39.

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Yando, R., et al. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17, 140-151.

Field, T., Healy, B., & LeBlanc, W. (1989). Sharing and synchrony of behaviour states and heart rate in nondepressed versus "depressed" mother-infant interactions. *Infant Behavior and Development*, 12, 357 - 376.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M (1990). Behavior state matching and synchrony in mother-infant interaction of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7 - 14.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Shanberg, S., Zimmerman, E.A. & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behaviour even with nondepressed adults. *Child Development*, 59, 1569 -1579.

Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega - Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression and early-mother interactions. *Developmental Psychology*, 21 (6), 1152 - 1156.

Figueiredo, B. & Costa, R. (in press). Estudo de validação da versão portuguesa da Alarm Distress Baby Scale (ADBB). *Acta Pediatrca Portuguesa*.

Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento da Maternidade. In I. Soares. (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da vida* (pp. 349 - 374). Coimbra: Quarteto.

Figueiredo, B. (2001a). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto.

Figueiredo, B. (2001b). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22, (3), 329-339.

Figueiredo, B. (2001c). *Mães e bebés*. Textos universitários de ciências sociais e humanas. Fundação Calouste Gulbenkian.

- Figueiredo, B. (2005). Depressão na gravidez: Quais as consequências para a mãe e o bebé?. In I. Leal (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 23 - 47). Lisboa: Fim de século.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mother. *Archives of Women's Mental Health*, 10 (3), 103-109.
- Figueiredo, B. Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Grávidas adolescentes grávidas adultas. Diferentes Circunstancias de Risco?. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 97-105.
- Flynn, H. A. (2005). Epidemiology and phenomenology of postpartum mood disorders. *Psychiatric Annals*, 35, 7, 544 - 555.
- Fontaine, K. R., Jones, C. L., & Hopkins, J. (1997). Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 59 - 63.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebé em contexto de depressão materna. Aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo. Maringá*, 10, (1), 47 - 55.
- Frizzo, G.B. & Piccinini, C.A. (2007). Depressão maternal e a interação triádica pai-mãe-bebé. *Psicologia Reflexão Crítica*, 20 (3), 351 - 360.
- Gale, S. & Harlow, B.L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24 (4), 257 - 66.
- Gauvain-Piquard, A., Rodary, C., Rezvani, A., & Lemerle, J. (1987). Pain in children aged 2-6 years: a new observational rating scale elaborated in a pediatric oncology unit. *Pain*, 31, 177-188.
- Gauvain-Piquard, A., Rodary, C., Rezvani, A., & Sebouti, S. (1999). The development of the DEGR: A scale to assess pain in young children with cancer. *European Journal of Pain*, 3, 165 - 176.
- Gissler, M Hemminki, E, & Lonnqvist, J. (1996). Suicides after pregnancy in Finland 1987-94: register linkage study. *British Medical Journal*, 313, 1431 -1434.
- Goldberg, W. A. (1988). Perspectives on the transition to parenthood. In G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp.1-20). Cambridge: University Press.
- Gonçalves, M. J., & Silva, P. C. (2003). A classificação diagnostica das perturbações da saúde mental da primeira infância: Uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, 1, 13-21.
- Gorman, L., O'Hara, M., Figueiredo, B., Hayes, S., Jaquemain, M., Kammerer, M., Klier, C., Rosi, S., Seneviratne, T., Sutter-Dallay, A-L. & TCS-PND Group (2004). Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry*, 184 (46), 17-23.

Gotlib, I. H., Whiffen, 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*, 122-132.

Guedeney, A. (1987). Les aspects psychosomatiques des malnutritions Protéino-caloriques de la première enfance. *La Psychiatrie de l'enfant, 1*, 155-190.

Guedeney, A. (1995). Kwashiorkor, depression and attachment disorders. *The Lancet, 346* (8985), 1293.

Guedeney A., (1997). From early withdrawal reaction to infant depression. A baby alone does exist, *Infant Mental Health Journal, 18* (4) 339-349.

Guédénay, A. (1998). Les enjeux d'une classification et ses liens à la psychopathologie chez le jeune enfant. *Devenir, 10* (1), 17-25.

Guedeney, A. (1999a). Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant: analyse critique de la littérature et propositions. Revue critique des problèmes d'actualité. *La Psychiatrie de l'enfant, 42*, (1), 299-331.

Guedeney, A. (1999b). De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 47* (1-2), 63-71.

Guedeney, A. (2000). Infant depression and withdrawal: Clinical assessment. In J. Osofsky & H. Fitzgerald (Eds.), *WHAIM handbook of infant mental health* (Vol. 4, pp. 455-484). New York: Wiley.

Guedeney, A. (2004a). Perturbações da Vinculação na criança pequena. In Guedeney, N. & Guedeney, A. *Vinculação conceitos e aplicações*. (pp. 131 -140). Lisboa: Climepsi.

Guedeney, A. (2004b). L'échelle ADBB: intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant. *Médecine & Enfance, 24* (6), 367-371.

Guedeney, A. (2005). La position de retrait chez le bébé ou l'échec à maintenir le lien. The position of withdrawal for the infant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 53*, 32-35.

Guedeney A., (2007). Withdrawal behaviour and depression in infancy. *Infant Mental Health Journal, 28* (4), 393-408.

Guedeney, A & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *Infant mental health Journal, 22* (5), 559-575.

Guedeney, A. Charron, J. Delour, M. & Fermanian, J. (2001). L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB). *Psychiatrie de l'enfant, 44* (1), 211-231.

- Guedeney, A., Dumond, C., Grasso, F., & Starakis, N. (2004). Comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Du concept à l'outil diagnostique. *Medecine/Sciences*, 20, 1046-10469.
- Guillaud-Bataille, J. M. (1994). Réflexions cliniques à propos de la dépression avant l'âge de trois ans. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence*, 42 (3), 55-62.
- Hammen, C. Shih, J. H., & Brennan, P. A. (2004). Intergenerational transmission of depression: Test of an interpersonal stress model in a community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 511-522.
- Hann, D. M., Osofsky, J. D., & Culp, A. M. (1996). Relating the adolescent mother-child relationship to preschool outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 17 (4), 302 - 309.
- Harmon R.J., Wagonfield S., & Emde R.N. (1982). Analytic depression: a follow-up from infancy to puberty with observation and psychotherapy, *Psychoanalytic Study of the Child*, 37, 67 - 94.
- Harrington RC. (1990). Depressive disorder in children and adolescents. *British Journal of Hospital Medicine*, 43, 108 -12.
- Harris, B. (2002). Postpartum depression. *Psychiatric Annals*, 32 (7), 405 - 415.
- Hart, S., Field, T., Del Valle, C., & Pelaez-Nogueras, M. (1998). Depressed mother's interactions with their one-year-old infants. *Infant Behavior and Development*, 21, 519 - 525.
- Hau, F., & Levy, V., (2003). The maternity blues and Hong-Kong Chinese Women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, 75, 197 - 203.
- Hay, D. F., & Kumar, R. (1995). Interpreting the effects of mother's postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 25 (3), 165 - 181.
- Hay, D.F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (7), 871 -89.
- Henshaw C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives Womens Mental Health*, 6 (Suppl.2), 33 - 42.
- Henshaw, C. Foreman, D. & Cox, J. (2004). Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression., *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 267 - 272.
- Herzog, D. B., & Rathbun, J. M. (1982). Childhood depression: developmental considerations. *American Journal of Diseases of Childhood*, 13, 115 - 120.

Hipwell A. E., Goosens F.A, Melhuish E. C, & Kumar R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12, 157 - 175.

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 (3), 445 - 453.

Hoffman, Y. & Drotar, D. (1991). The impact of postpartum depressed mood on mother-infant interaction: like mother, like baby?. *Infant Mental Health Journal*, 12, 65 - 80.

Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Del Valle, C. & Pickens, J. (1994). Infants of "depressed" mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal*, 15, 348 - 357.

Hudson, D.B., Elek, S.M., & Cambell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35, 445 - 453.

Ibañez, M. (2001) L'amour maternel: contexte environnemental de l'enfant Facteur de risqué, facteur de protection. *Spirale*, 18, 20 - 28.

Joffe, W. G., & Sandler, J. (1967). Remarques sur la souffrance, la depression et l'individuation, *Psychiatrie de l'Enfant*, 10 (1), 23 -156.

Jongenelen, I. (1998). *Gravidez na adolescência - uniformidade e adversidade no desenvolvimento*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade do Porto, Porto.

Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C. & Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80 (3), 251-255.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1999) *Tratado de Psiquiatria*. (6th ed.). Porto Alegre: Artmed.

Kazdin A. E. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 31 (1), 121 - 60.

Kendell, R. E., Chalmers, J. C. & Platz, C. (1987). Of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, 662 - 673.

Kendell, R. E, McGuire R.J, Connor, Y., & Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders* ,3, 317 - 26.

Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues III: Associations with obstetric, psychological and psychiatric factors. *British Journal of Psychiatry*, 155, 367- 373.

Kitzinger, S. (1996). *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. (A. F. Bastos & L. Leitão, Trad). Lisboa: Editorial Presença. (Obra Original publicada em 1978).

- Klaus, M. H., Kennel, J. H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Klopemhouwer, 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.
- Kohut, H. (1977). *Restoration of the Self*, Nova Iorque: International Universities Press.
- Kreisler, L. (1987). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Privat, Toulouse.
- Kumar, R., & Robson, K. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35 - 44.
- Kurstjens, S., & Wolke, D. (2001) *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life, 42 (5), 623 - 636.
- La Vecchia C., Lucchini F., & Levi, F. (1994). Worldwide trends in suicide mortality, 1955-89. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 53 - 64.
- Landis J. R., & Koch G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159 -174
- Leadbeater, B. & 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-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behaviour problems in preschoolers of adolescent mothers. *Development Psychology*, 32, 280 - 288.
- 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.
- Leal, I. (2005a). Da psicologia da gravidez á Psicologia da Parentalidade. In I. Leal (Ed.). *Psicologia da gravidez e da Parentalidade* (pp.9-19). Lisboa: Fim de século.
- Leal (Ed.). (2005b). *Psicologia da gravidez e da Parentalidade*. Fim de século, Lisboa.
- Leal, I (1990). Nota de Abertura. *Análise Psicológica*, 8 (4), 365 - 366.
- Lebovici, S., & Soulé, M. (1970). *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lee, C. & Bates, J. (1985). Mother-child interaction at age two years and perceived difficult temperament. *Child Development*, 56, 1314 -1325.

Lima, D. (2004). Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 11 - 20.

Lima, M. P. & Vieira, C. M. C. (1998). *Metodologia de Investigação Científica. Caderno de textos de apoio às aulas práticas* (6th ed.).

Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24, 203 - 217.

Logsdon, M., C. & Usui, W. (2001). Psychosocial Predictors of Postpartum Depression in Diverse Groups of Women. *Western Journal of Nursing Research*, 23 (6) 563 - 574.

Lopes S. (2004). The Distress Alarm Baby Scale: A validity and reliability study. In

A. Guedeney (Chair), *The Use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB)*. Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia.

Luby, J. (2000). Depression. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of Infant mental Health* (2nd ed., pp. 382 - 396). New York: The Guilford Press.

Luby, J. L., Mrakotsky, C., Heffelfinger, A., Brown, K., Hessler, M., & Spitznagel, E. (2003). Modification of DSM-IV Criteria for Depressed Preschool Children. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1169 -1172.

Lundy, B., Field, T., & Pickens, J. (1996). Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior and Development*, 19, 419 - 424.

Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R. & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (12), 1367 - 1374.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure, disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behaviour. In M. Yogman & Brazelton (Eds), *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Discovery of an insecure, disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press.

Maldonado, M.T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva (4th ed.) (Obra original publicada em 1976).

Marcé, L. V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchée et des nourices*. Paris: Bailliére.

Marcelli, D. (1993). Dépression de l'enfant. *Psychopathologie de l'enfant*, 334-345. Paris : Masson.

- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra* (5th. ed.). (P. C. Ramos, Trad.), Porto Alegre: ArtMed. (Trabalho original publicado em 1982).
- Marcelli D. (1999). La dépression dans tous ses états : du nourrisson à l'adolescent... et après. Deuxième partie, le nourrisson : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 47 (1-2), 489-501.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi (obra original publicada em 1982).
- Marino, R. Weinman, M., & Soudelier, K. (2001). Social work intervention and failure to thrive in infants and children. *Health & Social Work*, 26, (2), 90 - 98.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., & Blow, K. L. (2003). Depressive Symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12 (4), 373 - 380.
- Matos, A. C. (1985). Depressão, depressividade e depressibilidade. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 1, 41- 47.
- Matthey, S. Guedeney, A., Starakis, N., & Barnett, B. (2005). Assessing the social behavior of infants: use of the ADBB Scale and relationship to mother's mood. *Infant Mental Health Journal*, 26 (5), 442 - 458.
- Mayberry L.J., Affonso, D.D. (1993). Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health Care Women International*, 14 (2), 201 - 11.
- Mazet, P.H. (1998). L'intérêt clinique d'une classification des troubles du nourrisson. *Devenir*, 10 (1), 77-87.
- Mazet, P. H. & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Mazet, P. H. & Stoleru, S. (2003). Grandes agrupamentos nosográficos. In P. Mazet & S. Stoleru (Ed.), *Psicopatologia do lactente e da criança pequena* (pp. 229-241). Lisboa: Climepsi. (obra original publicada em 1988).
- McDonnell, M. A., & Glod, C. (2003). Prevalence of Psychopathology in Preschool-Age Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 16 (4), 141 - 52.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association*, 287, 762 - 765.
- Misés, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, Durand, B, Garrabé, J., Golse, B., et al. (2002). CFTMEA 2000: nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Médico-Psychologiques*, 160, 213 - 215.

Moehler, E., Kagan, J., Parzer, P., Brunner, R., Reck, C., Wiebel, A., Poustka, L., & Resch, F. (2007). Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology*, *40* (6), 446 - 52.

Moses-Kolko E.L., & Roth, E.K. (2004). Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. *Journal of the American Medical Women's Association*, *59*, 181 - 91.

Munk-Olsen, T., Laursen, M. T., Pedersen, B. C., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New Parents and Mental Disorders. A Population-Based Register Study. *American Medical Association*, *296*, 2582 - 2589.

Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A., & Saito, H., (1998). Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol. Obstet. Investig.* *46*, 99 - 104.

Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *33*, 543-561.

Murray, L., & Cooper, P. (1997) (Eds.), *Postpartum depression and child development*. New-York: The Guilford Press.

Murray L., Cooper P, & Hipwell A. (2003). Mental Health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, *6* (2), 71-77.

Murray, L. & Threvarthen, C. B. (1985). Emotional Regulation of interactions between two months olds and their mothers. In T. Field, & N. Fox (Ed.), *Social perceptions in infants* (pp. 177 - 197). Norwood: N. J.: Ablex.

Murray, L. & Threvarthen, C. B. (1986). The infant's role in mother-infant communication, *Journal of Child Language*, *13*, 15-29.

Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P., & Stein, A. (1999). The socio-emotional development of five year old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*, 1259 -1272.

Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F., & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *38*, 109 -119.

Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y., & Honjo, S., (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101* (3), 209 - 217.

Nappi, R., Petraglia, F., Luisi, S., Polatti, F., Farina, C., & Genazzani, A., (2001). Serum allopregnanolone in women with postpartum blues. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. *97* (1), 77 - 80.

National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Research Network (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child

- functioning at 36 months. NICHD Early Child Care Research Network. *Developmental Psychology*, 5 (5), 1297 - 310.
- Nonacs, R., & Cohen, L. (1998). Postpartum mood disorders and treatment guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (supp.2), 33 - 40.
- Nylen, K. J., Segre, L.S., & O'Hara, W. O. (2005). Public Health Implications of Postpartum Depression. *Psychiatric Annals*, 35, 599 - 609.
- O' Hara, M. W., & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression- meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8 (1), 37 - 54.
- O' Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray, & P. J. Cooper, (Ed.), *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New-York: The Guilford Press.
- O' Hara, M. W., Neunaber, D. J. & Zeroski, E. M. (1984), Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158 -171.
- O' Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective study of postpartum blues: Biological and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*, 48 (9), 801 - 806.
- O' Hara, M. W., Zekoski, E. Philipps, L., & Wright, E. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and non-childbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 3 -15
- Oates, M. (1994). Postnatal mental illness: organisation and function of services (1994). In Cox, John & Holden (Ed.). *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (pp. 9 - 33). London: Gaskell.
- Ollendick, T., O. & Hersen, .M. (1993) *Handbook of child psychopathology* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Onozawa, K., Kumar, R.C., Adams, D., Dore, C., & Glover, V. (2003). High Epsds scores in women from ethnic minorities living in London. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (Suppl 2), 551 - 555.
- Oosthuizen, P., Russouw, H., & Roberts, M. (1995). Is puerperal psychosis a bipolar mood disorder? A phenomenological comparasion. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 77 - 91.
- Osofsky, J., Eberhart-Wright, A., Ware, L., & Hann, D. (1992). Children of adolescent mothers: a group at risk of psychopathology. *Infant Mental Health Journal*, 13 (2), 119 -131.
- Pacheco, A., Costa, R. & Figueiredo, B. (2003a). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatologica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 35 - 59.

Pacheco, A. Costa, R. & Figueiredo, B. (2003b). Caracterização Social e Demografica das Utentes da Consulta externa de Grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis no ano 2000. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34 (4), 227 -238.

Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C. & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregivers' reactivity/sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 23, 23 - 29.

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.

Pearce, J. (1977). Depressive disorder in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 79 - 82.

Pelaez-Nogueras, M. Field, T. , Cigales, M., Gonzales, A. & Clasky, S. (1994). Infants of depressed mothers show less "depressed" behavior with a familiar caregiver. *Infant Mental Health Journal*, 15, 358 - 367.

Petti, T. A. (1981). Depression in children - A significant disorder. *Psychosomatics*, 22, 444 - 447.

Petti, T.A, (1989). Depression. In Thomas H. Ollendick and Michel Hersen (Ed.). *Handbook of Child Psychopathology* (pp. 229-246). New York: Plenum Press.

Pfost, K. S., Stevens, M. J. & Lum, C. U. (1990). A counselor's primer on postpartum depression. *Journal Counseling & Development*, 69, 148 -151.

Piccini, C. A., Rapport, A., Centerano-Levandowski, D. & Royer-Voigt, P. (2002). Social Support perceived by adolescent and adult mothers: from pregnancy to the infant's third month of life. *Psico*, 33, 9 - 36.

Pickens, J. & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 29, 986 - 988.

Pitt, B. (1968). Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325 -1335.

Pitt, B. (1973). Maternity blues. *British Journal of Psychiatry*, 122, 431 - 433.

Polan, H. J., & Hofer, M. (1999). Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. In Cassidy & P. Shavers (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 162 -180). New York: Guilford Press.

Powell, G. F. & Bettes, B. A. (1992). Infantile depression, non organic to thrive, and DSM-III-R: A different perspective. *Child Psychiatry and Human Development*, 22 (3), 185 -198.

Powell, G. F., & Low, J. (1983), Behavior in non organic failure to thrive, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 4, 26 - 33.

- Poznanski, E. O. & Zrull, J. P. (1970). Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children. *Archives of general Psychiatry*, 23, 8 -15.
- Promodis, M., Abrams, S., Field, T., Scafidi, F., & Rahdert, E. (1994). Psychosocial stressors among depressed adolescent mothers. *Adolescence*, 29 (114), 331 - 343.
- Puura, K. (2004). The Alarm distress baby scale in assessment of two-month-old infants. In A. Guedeney (Chair), *The use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB)*. Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia.
- Rabouam, C. (2004). Avaliação da vinculação no bebé. In Guedeney, N.; Guedeney, A (Eds.). *Vinculação conceitos e aplicações* (pp. 89 - 99). Lisboa: Climepsi.
- Radke-Yarrow, M. & Zahn-Waxler, C. (1990) Research on affectively ill parents: some considerations for theory and research on normal development. *Development and Psychopathology*, 2, 349 - 366.
- Raynor, P., & Rudolf, M.C.J. (2000) Anthropometric indices of failure to thrive. *Archives of Disease in Childhood*, 82, 364 - 36.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, P. & Lourenço, M. C. (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade. Perspectiva sistémica. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Righetti, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorder*, 70 (3), 281 - 306.
- Righetti, V. M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18 month-old-infant. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12 (2), 75 - 83.
- Rosello, P. A., Perez, A. T., Cercos, L. C. & Garcia - Iturrospe, A. C. (2002). Influence of behaviour, attitudes and childrearing on the development of the child in mothers with postpartum depression. *Acta Esp. Psiquiatria*, 30 (5), 292 -300.
- Rubin, K. H. & Lollis, S. P. (1988), Origins and consequences of social withdrawal. In J. Teresa Belsky, T. Nezworski (Eds.). *Clinical implications of attachment*, Hillsdale, NJ Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 219 - 252.
- Rutter M. (1988). Depressive disorders. In: Rutter R, Tuma AH, I (eds). *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*. New York: Guilford.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental Psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853 - 880.

Rutter, M., Tizard, J. & Whitmore, K. (Eds.). (1970). *Education, health and behaviour*. London: Longmans.

Sá, E. (1997). *A Maternidade e o Bebê*. Fim de século.

Sadovsky, E. (1981). Fetal movements and fetal health. *Seminars in Perinatology*, 5, 2, 131 - 143.

Shaffi, M. & Shafii, S. L. (1992). Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. In M. Shaffi & S. L. Shafii (Eds.), *Clinical Guide to Depression in children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Press.

Sameroff, A. & Fiese, B. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention: theory, practice and analysis* (pp. 119 - 149). New York: Cambridge University Press.

Seifer, R., Sameroff, A., Anagnostopolou, R., & Elias, P. (1992). Mother-Infant interaction during the first year: Effects of situation, maternal mental illness, and demographic factors. *Infant Behavior and Development*, 15, 405 - 426.

Seiner, S. H. & Gelfand, D. M. (1995). Effects of mother's simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions. *Child Development*, 66, 1519 - 1528.

Shaffer D. (1988). The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, (9), 36 - 41.

Shevell, M., Majnemer, A., Rosenbaum, P., & Abrahamowicz, M. (2001). Profile of referrals for early childhood developmental delay to ambulatory subspecialty clinics. *Child Neurology*, 16, 645 - 650.

Silva, M., & Nóbrega, J. (1983). Estudo do Parto em mães adolescentes Portuguesas. *Arquivo Clínico da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, 8, 29 - 42.

Small, R., Brown, S., Lumley, J. & Astbury, J. (1994). Missing voices: what women say and do about depression after childbirth. *Journal Reproductive and Infant Psychology*, 12, 89 - 103.

Snow, C.W. (1998). *Infant development* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Solomon, J., & George, C. (1999). The measurement of security in infancy and childhood. In J. Cassidy & P. Shavers (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 287 - 316). New York: Guilford Press.

Sptiz, R. (1965). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Ed. Martins Fontes.

Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Stocky, A., & Lynch, J. (2000) Acute Psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract res Clin Obstet Gynaecol*, 14, 73 - 87.
- Suomi, S.J. (1999). Attachment in rhesus monkeys. In J. Cassidy & P. Shavers (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 181 -197). New York: Guilford Press.
- Szigethy, E.M. & Ruiz,P. (2001). Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 158 (1), 22 - 27.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001) Using multivariate statistics. New York: HarperCollins.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 4 (8), 389 - 398.
- Termine, N. & Izard, C. (1988). Infants' responses to their mothers expressions of joy and sadness. *Developmental Psychology*, 24 (2), 223 - 229.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918 - 929.
- Teti, D.M. & Gelfand, D.M. (1997) Maternal cognitions as mediators of child outcomes in the context of postpartum depression. Em L. Murray & P., .J. Cooper (Orgs), *Postpartum depression and child development* (pp. 136 -163). New York, NY: The Guilford Press.
- Thompson, R. A., Lamb, M. E. & Estes, D. (1982). Stability of infant-mother attachment and its relation to changing life circumstances in an unselected middle classe sample. *Child Development*, 53, 144 -148.
- Threvarthen, C. (1977). Descriptive analyses of infant communicative behaviour. In H. Shaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction* (pp. 227-270). London: Academic Press.
- Thronick, E. Z. & Weiberg, M. K. (1997). Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-84). New York: The Guilford Press.
- Tronick, E. Z., & Weinberg, M. K. (2000). Gender differences and their relation to maternal depression. In S. L. Johnson, A. M. Hayes, T. M. Field, N. Schneiderman & P. M. McCabe (Eds.), *Stress, Coping, and Depression* (pp.. 23-34). Mahweh, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Troutman, B., & Cutrona, C. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 69 - 78.
- Uriarte, A., G. (2006). Estados emocionales en el postparto. *Medicina Naturista*,10, 438 - 487.
- Vaz serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: edição do autor.

Weinberg, M. Tronick, E., Cohn, J., & Olson, K. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35, 175-188.

Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Merikangas, K.R., Leckman, J.F., Prusoff, B.A., & Caruso, K.A. et al (1984). Onset of major depression in early adulthood: increased familial loading and specificity. *Archives General Psiquiatria*, 14 (12), 1136-43.

Whiffen, V. E. (1991). The comparasion of Postpartum depression. A Rose by any other name. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 16, (3), 160 -165.

Whiffen, V.E. & Gotlib, I.H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274 -279.

Winnicott, D. W. (1954 -1955). La position depressive dans le development affectif normal. In D. W. Winnicott (Ed.), *De la Pédiatrie a la psychanalyse* (pp.149 – 168. Paris: Payot.

Winnicott, D.W. (1988). *Bebés e as suas mães*. Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1991). *Further thoughts on babies and persons. In the child, the family and the outside world*. Londres: Penguin Books.

Winnicott, D. W. (1993), A preocupação maternal primaria. *Textos seleccionados: da Pediatria á psicanálise* (4th ed, pp. 491-498). Rio de Janeiro: Livraria São Francisco.

Wisner, K. L., Peindl, K. S., Gigliotti, T. & Hanusa, B. H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 176 - 180.

Wright, C. & Birks, E. (2000) Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child: Care, Health and Development*, 26 (1), 5 -16.

Yalom, I. D., Lunde, D. T., Moos R. H. & Hamburg, D.A. (1968). Postpartum blues syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 18, 16 - 27.

Yando, R., Field, T., Bendell, D., Lang, C., Martinez, A., & Pickens, J. (1994). Depressed mothers' ratmgs of their preschool children's behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*. In Review.

Yonkers K. A., Ramin S. M., Rush, A. J. Navarrete, C. A. Carmody T, & March, D. et al. (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1856 -1863.

Yoshida, K., Yamashita, H., Ueda, M., & Tashiro, N. (2001). Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of "Satogaeri bunben". *Pediatrics International*, 43, 189 -193.

Zanotti, D. V., Saito, K. C., Rodrigues, M. D. & Otani, M. A. P. (2003). Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Revista Nursing*, 61 (6), 36 - 42.

- Zeanah, C. H. (1993). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- Zeanah, C.H. (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization off attachment disorders of infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 42 - 52.
- Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 21, 230 - 236.
- Zeanah, C. H. Boris, N. W., & Sheeringa, M. S. (1996). Psychopathology in infancy, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (1), 81 - 99.
- Zeanah, C. H. & Boris, N. W. (2000). Disturbances and disorders off attachment in early Childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 332-349). NY:The Guilford Press.
- Zeanah, Mammen & Lieberman, (1993). Disorders of attachment. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 332 - 349). NY:Guilford Press.
- Zeedyk, M. S. (1998). Parent – Infant interaction: Interpreting meaning in infant’s actions. In C. A Niven & A. Walker (Eds), *Current issues in infancy and parenthood* (pp.158 - 178). Oxford, England: Butterworth Heinemann.
- Zenel, J. A. (1997) Failure to thrive: A general Pediatrician’s Perspective. *Pediatrics in Review*, 18, 371 - 378.
- Zero to three, National Center for Infant Clinical Programs. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: DC: 0-3R (Rev.ed.)*. Washington, DC: Zero to Three Press.
- Zuckerman, B., Bauchner, H., Parker, S. & Cabral, H. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy, and newborn irritability. *Journal of Development Behaviour and Pediatrics*, 11 (4), 190 -194.

Anexos

Anexo 1 – Quadro síntese

Correspondência entre os estudos que indicam a relação mãe deprimida-bebê deprimido; o retraimento social do bebê referenciado na literatura e os itens da ADBB (Alarm Distress Baby Scale; Guedeney & Fermanian, 2001)

Bebés de mães deprimidas	Retraimento social	Adbb (itens)
<p>Condição experimental “<i>still face</i>”: bebês mostram expressões faciais de desagrado (e.g., Cohn & Thronick, 1983; Field, Veja-Lahr, Scafidi, & Goldstein, 1986; Murray & Threvarthen, 1985; Termine & Izard, 1988); outros estudos mostram que bebês de 3 meses de mães deprimidas, passam significativamente mais tempo evidenciando expressões de tristeza e raiva e menos tempo demonstrando interesse do que bebês de mães não deprimidas (Pickens & Field, 1993); assim como tem uma menor frequência de sorrisos (Righetti, Bousquet & Manzano, 2003).</p>	<p>“Atonia afectiva ou rigidez facial” (e.g., Kreisler, 1987; Kadzin, 1990; Shaffi & Shaffi, 1992; ausência de variações afectivas (e.g., Guedeney, Dumond, Grasso & Starakis, 2004)</p>	<p>Expressões Faciais</p>
<p>Condição experimental “<i>still face</i>”: o bebê desvia o olhar (Cohn & Thronick, 1983; Field, Veja-Lahr, Scafidi, & Goldstein, 1986; Murray & Threvarthen, 1985; Termine & Izard, 1988); bebês de mães deprimidas têm menos contacto ocular (Tronick & Weiberg, 1997)</p>	<p>“Ausência de comportamentos positivos como o contacto ocular” (e.g., Matthey et al., 2005)</p>	<p>Contacto visual</p>
<p>Bebês de mães deprimidas mostram menor interacção corporal (Righetti, Conne-Perreard, Bousquet & Manzano, 2002; Dollberg et al, 2006; Field, 1997, 2000); menor actividade e letargia (Field, 1995); menor tonicidade motora, menor actividade, e menor robustez, de acordo com a avaliação da escala de Brazelton (escala de avaliação do comportamento neonatal) (e.g., Abrahms, Field, Scafadi, & Promodis, 1995; Field, 1995; Field et al., 2003).</p>	<p>“Inércia motora e atraso no desenvolvimento psicomotor” (e.g., Kreisler (1987; Ajuriaguerra e Marcelli, 1989; Mazet, 2003; Kadzin, 1990; Shaffi & Shaffi, 1992; Clerget, 1999; Marcelli, 2005)</p>	<p>Actividade corporal</p>

Bebés de mães deprimidas	Retraimento social	Adbb (itens)
Bebés de mães deprimidas mostram mais comportamentos de auto-conforto (gestos de auto-estimulação) (Tronick & Weiberg, 1997)	“Comportamentos repetitivos, frequentemente de auto-estimulação” (e.g., Joffe & Sandler, 1967; Mazet, 2003; Marcelli, 2005)	Actividade de auto-estimulação
Bebés de mães deprimidas mostram um choro mais frequente (Righetti et al., 2003)	“Ausência de expressões vocais” (e.g., Guedeney, Dumond, Grasso & Starakis, 2004); “protestos vocais” (e.g., Matthey et al., 2005); “choro de dor e choro irritável e queixoso” (e.g., Shaffi & Shaffii, 1992); “diminuição da capacidade de protestar ou queixas excessivas” (e.g., Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a, p 133; Luby, 2000; Guedeney, 1999b)	Vocalizações
Bebés de mães deprimidas mostram-se menos envolvidos na exploração de objectos (Hart, Field, Delvalle e Pelaez-Nogueras, 1998)	“Diminuição do prazer e interesse nas actividades adequadas à sua idade” (e.g., Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a, p. 133; Luby, 2000; Guedeney, 1999b)	Vivacidade de reacção à estimulação
Díades deprimidas passam mais tempo em interacção negativa (protesto, raiva, evitamento) do que positiva (por exemplo, de brincadeira) comparativamente com as díades não deprimidas; sendo os bebés emocionalmente menos responsivos (e.g., Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990; Hoffman & Drotar, 1991; Pickens & Field, 1993; Feldman, & Keren, 2004; Feldman, Keren, Gross-Rozval, & Tyano, 2004 as cited in Dollberg et al., 2006; Righetti, Bousquet & Manzano, 2003; Lundy, Field, & Pickens, 1996; Murray & Threvarthen, 1985)	“Pobreza interactiva” (e.g., Kadzin, 1990, Kreisler, 1987, Sandler e Joffe cit in Ajurriaguerra, 1980, Shaffi & Shaffii, 1992); “retracção relacional” (e.g., Guedeney, Dumond, Grasso & Starakis, 2004); “reportório restrito de interacções sociais ou de iniciativas para com o outro” (e.g., Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a, p. 133; Luby, 2000; Guedeney, 1999b);	Relação
Bebés de mães deprimidas que tem atitudes positivas muito breves (e.g., Cohn & Tronick, 1983); que evidenciam menos interesse pela interacção (Pickens & Field, 1993) ou seja que mostram uma indisponibilidade emocional (Field, 1995); tendem a afastar-se fisicamente e a apresentar comportamentos negativos para chamar a atenção (e.g., Seiner & Gelfand, 1995)	“Humor deprimido ou irritável” (e.g., Guedeney, 1999a; Guedeney, 2004a, p 133; Luby, 2000; Guedeney, 1999b); “Sorriso anémico” (e.g., Shaffi & Shaffii, 1992); “Atimia global, mais próxima da indiferença do que da tristeza ou aflicção” (e.g., Kreisler, 1987; Kadzin, 1990; Shaffi & Shaffi, 1992) Apatia (e.g., Guedeney, Dumond, Grasso & Starakis, 2004)	Atractividade

Anexo 2 - Cálculo da concordância entre observadores

Proporção de concordâncias entre os dois observadores nas oito dimensões da escala ADBB (N=81)

Item	Proporção de concordâncias	
	Corrigida (κ)*	Não Corrigida
Expressões faciais	.58	.85
Contacto visual	.74	.93
Actividade corporal	.71	.85
Actividade de auto-estimulação	.5	.92
Vocalizações	.38	.66
Vivacidade de reacção à estimulação	.43	.8
Relação	.80	.95
Atractividade	.81	.97

Nota. Os valores não corrigidos correspondem à razão entre o número de concordâncias e o número total de crianças observadas. Os valores corrigidos são o coeficiente κ de Cohen.

Cálculo da concordância entre observadores

(Cohen's Kappa)

Expressões faciais - Observador 1 * Expressões faciais - Observador 2 Crosstabulation

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.575	.113	5,079	.000
N of Valid Cases		75			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente de concordância entre os dois observadores para a dimensão *expressões faciais* é de $K = .58$, $p < .001$ (moderado).

Contacto visual - Observador 1 * Contacto visual - Observador 2 Crosstabulation

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	,740	,118	7,353	,000
N of Valid Cases	75			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente de concordância entre os dois observadores para a dimensão *contacto visual* é de $K = .74$, $p < .001$ (bom).

Actividade corporal - Observador 1 * Actividade corporal - Observador 2 Crosstabulation

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	,714	,082	6,710	,000
N of Valid Cases	75			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente de concordância entre os dois observadores para a dimensão *actividade corporal* é de $K = .71$, $p < .001$ (bom).

Actividade de auto-estimulação - Observador 1 * Actividade de auto-estimulação - Observador 2 Crosstabulation

Symmetric Measures

		Value
Measure of Agreement	Kappa	.(a)
N of Valid Cases		75

a Kappa statistics cannot be computed.They require a symmetric 2-way table in which the values of the first variable match the values of the second variable.

Cohen's Kappa

agree (row = item1_4, col = item2_4, method = asymp, time_limit = none);

Data File: cohen's kappaitem6.sav

Row Variable: item1_4

Column Variable: item2_4

Number of Observations: 81

Summary of the Test Statistic:

			95.00% CI Limits	
Coefficient	Estimate	ASE1	Lower	Upper
Kappa	0.5	0.1039	0.2963	0.7037

O coeficiente de concordância entre os dois observadores para a dimensão actividade de auto-estimulação é de $K= 0.5$, $p < < 0.001$ (moderado).

Vocalizações - Observador 1 * Vocalizações - Observador 2 Crosstabulation

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	,379	,105	3,494	,000
N of Valid Cases	75			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente de concordância entre os dois observadores para a dimensão vocalizações é de $K = .38$, $p < 0.001$ (não é estatisticamente significativo); (com $K < .40$).

Vivacidade de reacção à estimulação - Observador 1 * Vivacidade de reacção à estimulação - Observador 2 Crosstabulation

Symmetric Measures

	Value
Measure of Agreement Kappa	.(a)
N of Valid Cases	75

a Kappa statistics cannot be computed.They require a symmetric 2-way table in which the values of the first variable match the values of the second variable.

Cohen's Kappa

```
agree ( row = item1_6, col = item2_6, method = asymp, time_limit = none );
```

Data File:

Row Variable: item1_6

Column Variable: item2_6

Number of Observations: 81

Summary of the Test Statistic:

			95.00% CI Limits	
Coefficient	Estimate	ASE1	Lower	Upper
Kappa	0.4319	0.09078	0.2539	0.6098

O coeficiente de concordância entre os dois observadores para a dimensão vivacidade de reacção à estimulação é de $K = .43$, $p < 0.001$ (moderado).

Relação - Observador 1 * Relação - Observador 2 Crosstabulation

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	,804	,110	7,664	,000
N of Valid Cases	75			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente de concordância entre os dois observadores para a dimensão *relação* é de $K = .80$, $p < 0.00$

Atractividade - Observador 1 * Atractividade - Observador 2 Crosstabulation

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Measure of Agreement Kappa	,819	,124	7,214	,000
N of Valid Cases	75			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente de concordância entre os dois observadores para a dimensão *attractividade* é de $K = .81$, $p < 0.001$ (muito bom).

Cálculo da proporção (não corrigida) de concordâncias

Item 1: $(53+11)/75 = .85$

Item 2: $(65+5)/75 = .93$

Item 3: $(45+19)/75 = .85$

Item 4: $(63+6)/75 = .92$

Item 5: $(28+22)/75 = .66$

Item 6: $(48+12)/75 = .8$

Item 7: $(65+6)/75 = .95$

Item 8: $(68+ 5)/75 = .97$

Anexo 3

Cálculo das regressões múltiplas entre os dados sócio-demográficos da mãe e do bebé e as subescalas da ADBB
(adaptado de Tabachnick & Fidell, 2001)

variáveis	Expressões faciais (V.D)	idade	estatuto matrimonial	estatuto ocupacional	paridade	B	β
idade	0.11					0.01	0.10
estatuto matrimonial	-0.08	0-02				-0.06	-0.10
estatuto ocupacional	0.13	-0.09	0.14			0.14	0.16
paridade	0.08	0.39	0.02			0.05	0.06
						Constante=	-0.077
M	0.23	28.41	2.16	1.23	1.42		
DP	0.38	5.61	0.62	0.43	0.50		
							R ² .045
							R ² Ajustado -.005
							R .212

*p< 0.01

Regressão linear múltipla da paridade, estatuto matrimonial, estatuto ocupacional e idade do sujeito (V.I) e expressões faciais

variáveis	contacto visual (V.D)	idade	estatuto matrimonial	estatuto ocupacional	paridade	B	β
idade	0.09					0.01	0.10
estatuto matrimonial	-0.12	0.02				-0.07	-0.12
estatuto ocupacional	0.01	-0.09	0.14			0.03	0.04
paridade	0.02	0.39	0.02			-0.01	-0.01
						Constante =	.059
M	0.12	28.41	2.16	1.23	1.42		
DP	0.37	5.61	0.62	0.43	0.50		
							R ² .024
							R ² Ajustado -.027
							R .155

*p< 0.01

Regressão linear múltipla da paridade, estatuto matrimonial, estatuto ocupacional e idade do sujeito (V.I) e contacto visual

variáveis	actividade corporal (V.D)	idade	estatuto matrimonial	estatuto ocupacional	paridade	B	β
idade	-0.03					0.00	-0.01
estatuto matrimonial	-0.03	0.02				-0.04	-0.05
estatuto ocupacional	0.11	-0.09	0.14			0.14	0.11
paridade	-0.05	0.39	0.02	-0.12		-0.04	0.04
						Constante =	.354
							R ² .016
M	0.37	28.41	2.16	1.23	1.4		R ² Ajustado -.036
DP	0.57	5.61	0.62	0.43	0.50		R .127

*p< 0.01

Regressão linear múltipla da paridade, estatuto matrimonial, estatuto ocupacional e idade do sujeito (V.I) e actividade corporal

variáveis	(V.D) auto-estimulação	idade	estatuto matrimonial	estatuto ocupacional	paridade	B	β
idade	0.01					0	-0.01
estatuto matrimonial	-0.08	0.02				-0.05	-0.07
estatuto ocupacional	-0.02	-0.09	0.14			-0.01	-0.01
paridade	0.03	0.39	0.02	-0.12		0.03	0.03
						Constante =	0.23
							R ² .007
M	0.15	28.41	2.16	1.23	1.42		R ² Ajustado -.046
DP	0.38	5.61	0.62	0.43	0.50		R .082

*p< 0.01

Regressão linear múltipla da paridade, estatuto matrimonial, estatuto ocupacional e idade do sujeito (V.I) e actividade de auto-estimulação

variáveis	(V.D) Vocalizações	idade	estatuto matrimonial	estatuto ocupacional	paridade	B	β
idade	-0.17					-0.01	-0.10
estatuto matrimonial	-0.16	0.02				-0.11	-0.15
estatuto ocupacional	-0.06	-0.09	0.14			-0.07	-0.07
paridade	-0.22	0.30	0.02	-0.12		-0.17	-0.19
						Constante =	1.25
							R ² .085
M	0.47	28.41	2.16	1.23	1.42		R ² Ajustado .037
DP	0.45	5.61	0.62	0.43	0.50		R .292

*p< 0.01

Regressão linear múltipla da paridade, estatuto matrimonial, estatuto ocupacional e idade do sujeito (V.I) e vocalizações

variáveis	(V.D) Vivac. de reacção à estimulação	idade	estatuto matrimonial	estatuto ocupacional	paridade	B	β
idade	-0.03					-0.01	-0.06
estatuto matrimonial	-0.04	0.02				-0.04	- 0.05
estatuto ocupacional	0.05	-0.09	0.14			0.07	0.06
paridade	0.07	0.39	0.02	-0.12		0.09	0.10
						Constante = 0.31	
							R ² .014
M	0.30	28.41	2.16	1.23	1.42		R ² Ajustado -.038
DP	0.44	5.61	0.62	0.43	0.50		R .120

*p< 0.01

Regressão linear múltipla da paridade, estatuto matrimonial, estatuto ocupacional e idade do sujeito (V.I) e vivacidade de reacção à estimulação

variáveis	(V.D) Relação	idade	estatuto matrimonial	estatuto ocupacional	paridade	B	β
idade	0.02					0.00	0.06
estatuto matrimonial	0.02	0.02				0.00	0.01
estatuto ocupacional	0.17	-0.09	0.14			0.14	0.16
paridade	-0.06	0.39	0.02		-0.12	-0.05	-0.07
						Constante = -.078	
							R ² .033
M	0.13	28.41	2.16	1.23	1.42		R ² Ajustado .033
DP	0.36	5.61	0.62	0.43	0.50		R .181

*p< 0.01

Regressão linear múltipla da paridade, estatuto matrimonial, estatuto ocupacional e idade do sujeito (V.I) e relação

variáveis	(V.D) Atractividade	idade	estatuto matrimonial	estatuto ocupacional	paridade	B	β
idade	0.08					0.01	0.08
estatuto matrimonial	-0.06	0.02				-0.08	-0.10
estatuto ocupacional	0.25	-0.09	0.14			0.33	0.28
paridade	0.05	0.39	0.02	-0.12		0.05	0.05
						Constante = -.394	
							R ² .085
M	0.12	28.41	2.16	1.23	1.42		R ² Ajustado .036
DP	0.50	5.61	0.62	0.43	0.50		R .291

*p< 0.01

Regressão linear múltipla da paridade, estatuto matrimonial, estatuto ocupacional e idade do sujeito (V.I) e atractividade