



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Joana Rebelo de Sá Cardoso

**Depressão Pós-Parto e Interação Mãe-Bebé: o  
efeito mediador da Perceção da Autoeficácia**



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Joana Rebelo de Sá Cardoso

**Depressão Pós-Parto e Interação Mãe-Bebé: o  
efeito mediador da Perceção da Autoeficácia**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Bárbara Figueiredo**

Junho de 2017

## DECLARAÇÃO

Nome: Joana Rebelo de Sá Cardoso

Endereço eletrónico:

Número de Cartão de Cidadão:

Título da dissertação: Depressão Pós-Parto e Interação Mãe-Bebé: o efeito mediador da  
Perceção da Autoeficácia

Orientador: Professora Doutora Bárbara Figueiredo

Ano de Conclusão: 2017

Designação do Mestrado: Mestrado em Psicologia Aplicada

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS  
PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO  
INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 30/06/2017

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Índice

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Agradecimentos .....            | iii |
| Resumo .....                    | iv  |
| Abstract .....                  | v   |
| Introdução .....                | 6   |
| Depressão Pós-Parto .....       | 6   |
| Interação Mãe-Bebé .....        | 9   |
| Percepção de Autoeficácia ..... | 11  |
| Objetivos .....                 | 13  |
| Metodologia .....               | 14  |
| Amostra/Participantes .....     | 14  |
| Modelo de Investigação .....    | 16  |
| Tratamento Estatístico .....    | 16  |
| Instrumentos/Medidas .....      | 18  |
| Procedimentos .....             | 19  |
| Resultados .....                | 20  |
| Discussão .....                 | 24  |
| Referências .....               | 27  |
| Anexos .....                    | 32  |

## Índice de Figuras

|                |    |
|----------------|----|
| Figura 1 ..... | 17 |
|----------------|----|

## Índice de Tabelas

|                |    |
|----------------|----|
| Tabela 1 ..... | 15 |
| Tabela 2 ..... | 15 |
| Tabela 3 ..... | 21 |
| Tabela 4 ..... | 21 |
| Tabela 5 ..... | 22 |
| Tabela 6 ..... | 23 |
| Tabela 7 ..... | 23 |

## **Agradecimentos**

Às minhas colegas de curso e amigas, Janine, Liliana, Raquel, Rita e Solange, que se tornaram minhas grandes companheiras ao longo do percurso acadêmico e em especial nesta última fase da graduação, mostraram-me o seu apoio incansável e amizade.

Aos meus pais, por terem permitido a realização de um sonho, pelos valores que me transmitiram, pela confiança que depositaram em mim e por me terem mostrado, por exemplo próprio, o verdadeiro valor da família. Sem esquecer o suporte incondicional que demonstraram.

E por fim, ao meu namorado pelo apoio incansável, pelo orgulho incondicional e por ser o meu cúmplice em todos os momentos desta longa caminhada que é a vida.

A todos vós, um sentido obrigado!

## **Resumo**

A depressão pós-parto é uma condição clínica comum, que apresenta sérias implicações não só para a mãe, como para o recém-nascido. Existem vários fatores a ela associados. No presente estudo pretende-se estudar as diferenças na interação mãe-bebé, em díades em que a mãe se encontra ou não deprimida e avaliar o papel mediador da percepção de autoeficácia na relação entre a depressão da mãe e a qualidade da interação da díade. O estudo conta com 63 participantes, contactadas durante o primeiro trimestre de gravidez no Centro Hospitalar do Porto que preencheram, além do questionário sociodemográfico, o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* e *Karitane Parenting Confidence Scale*, a interação foi avaliada através do *Mother Infant Touch*. Os resultados permitem inferir que na interação diádica o toque do bebé é afetado negativamente pela presença de depressão na mãe.

*Palavras-chave:* depressão pós-parto, interação diádica, percepção materna da autoeficácia

*Postpartum depression and mother-infant interaction: the mediating effect of perceived self-efficacy*

**Abstract**

Postpartum depression is a common clinical condition, which has serious implications not only for the mother as for the newborn. There are several factors associated with this condition. The present study aims to analyze the potential effect of perception of self-efficacy in the relationship between postpartum depression and the mother-infant's interaction, comparing mothers with depressive symptoms versus mothers without depressive symptoms. The study includes 63 participants, contacted from the ambulatory unit of obstetrics who answered the sociodemographic questionnaire, Edimburgh Postnatal Depression Scale and Karitane Parenting Confidence Scale, the interaction was assessed by the Mother Infant Touch Scales. Our results allow us to induce that the touch of the baby is affected negatively by the presence of depression in the mother.

*Keywords:* postpartum depression, dyadic interaction, maternal's self-efficacy perception

## **Introdução**

A gravidez, o nascimento de um bebê e a maternidade são eventos complexos e desafiantes pelos quais a mulher passa. Com eles vêm mudanças físicas e psicológicas assim como transições biológicas, sociais e emocionais (Josefsson, 2003). Estes eventos são caracterizados como períodos desenvolvimentais que podem levar a mulher a viver uma crise própria e normativa, num momento de reorganização que lhe permite adaptar-se à nova condição: ser mãe (Canavarro, 2001, p.37). São vários os autores que dividem esta etapa em períodos, conforme as tarefas desenvolvimentais que a mãe sente necessidade de passar para se adaptar a este percurso (Colman & Colman, 1994; Caplan, 1960 as cited in Figueiredo, 2000; Canavarro, 2001). A primeira tarefa surge com as modificações corporais da mulher e com a fase de aceitação da gravidez, sendo uma etapa caracterizada pela ambivalência entre o anseio e o receio da gravidez (Canavarro, 2001). A segunda prende-se com o aceitar da realidade de que existe um feto, passando a focar-se mais na ideia de existir agora um novo ser. Na terceira tarefa, que incide sob o terceiro trimestre de gravidez, a mãe faz uma retrospectiva de como foi enquanto filha para construir uma identidade materna própria, acabando por influenciar a sua perceção de eficácia no novo papel de mãe. Nos meses seguintes – quarta tarefa – a relação conjugal é alvo de avaliação e sofre a reestruturação necessária para que o casal consiga construir, em conjunto, uma base de suporte emocional (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). O período correspondente à quinta tarefa, caracteriza-se como uma fase de preparação para a separação que vai ocorrer entre a mãe e o bebê, que acontece aquando do parto. Nesta fase surgem muitos receios, tanto com o parto como com o futuro bebê, o que provoca na mulher um aumento abrupto da ansiedade. Quando a mãe se vê confrontada com o bebê real surge a sexta tarefa. Por último, a sétima tarefa surge da necessidade de reavaliação e reestruturação que as mulheres que já foram mães sentem, relativamente à sua relação com os outros filhos (Canavarro, 2001). A passagem normalizada por estes estágios confere à nova mãe uma sensação positiva de estar preparada para a mudança que ocorre.

Assim, a chegada de um novo bebê ao seio familiar inicia uma nova fase na vida da mulher – o puerpério (Nagata et al., 2000). Este período é descrito como tendo o seu início após o parto e os três meses seguintes. O pós-parto representa, assim, um momento de grande suscetibilidade na vida da mulher e em especial nos primeiros



meses de vida do bebê. Envolve grandes flutuações a nível hormonal, que agregadas a fatores de risco (Evans, Vicuña, Marín, 2003), podem contribuir para o início insidioso de um episódio depressivo, acabando por se observar uma progressão gradual e agravamento da sintomatologia típica do quadro de um episódio depressivo, afetando 10 a 15% das mulheres e conseqüentemente das suas famílias (Mirhosseini, et al. 2015). Como Pitt descreveu, esta depressão caracteriza-se por ser uma depressão centrada exclusivamente no desempenho e nos comportamentos que a mãe desenvolve em relação ao bebê (Figueiredo, 2001).

Como descrito no estudo de Brummelte e Galea (2015) durante a gravidez e o pós-parto existem alterações dos níveis de esteroides e hormonas peptídicas que poderão contribuir para o aparecimento da depressão pós-parto (DPP). Além destas alterações hormonais, e apesar de serem poucos os estudos acerca da neurobiologia por trás da DPP, sabe-se que o período do pós-parto está associado a alterações neuroplásticas no hipocampo e córtex pré-frontal, que apesar de serem independentes do estado da mãe poderão contribuir para o aparecimento da DPP em mulheres que se encontram mais vulneráveis ao quadro depressivo (Brummelte & Galea, 2015).

A DPP, em muito, pode ser comparada a um episódio depressivo *major*, no entanto é considerada atípica, pois o seu quadro clínico comporta sintomas com intensidade diferente e a sua duração não ultrapassa os doze meses, sendo que, em mais de metade das mulheres apenas se estabelece durante semanas ou até meses, não ultrapassando três a seis meses (Figueiredo, 1997).

Existem outras perturbações associadas ao período do pós-parto, que se encontram descritas na literatura:

- a. *Blues* pós-parto, que é considerado uma condição transitória, que ocorre apenas nos primeiros dias a seguir ao parto. Tem uma taxa de incidência de 30 a 80%. Sintomas característicos são choro, confusão, ansiedade, mudanças de humor, insónia e dismorfia. Não é uma condição que requer tratamento, uma vez que os sintomas duram algumas horas e podem estender-se apenas até uns dias. (Beck 1991, O'Hara 1994, Brockington 1996)
- b. Psicose Pós-Parto, é uma perturbação mais grave e também mais rara, que surge após uma fase sem sintomas. A maior parte deste tipo de psicose tem o

seu início nas primeiras 3 semanas após o parto. A sua taxa de incidência é de 0,01 a 0,02%. Os primeiros sintomas são normalmente distúrbios do sono, hipomania e irritabilidade e evoluem para alucinações, delírios e comprometimento no funcionamento normal (Boyce 1994, Brockington 1996). Sendo considerado um quadro clínico de emergência médica que requer tratamento psiquiátrico e hospitalização (Harris, 2002).

- c. A sintomatologia deste transtorno específico (DPP) apresenta-se, de uma certa forma, mais moderada que o anterior, ou mesmo que um episódio depressivo major, tendo alguns sintomas ausentes e outros que adquirem maior destaque. Envolve, então, uma grande ansiedade, associada ao bebê, que se traduz numa preocupação excessiva com a sua saúde e a sua alimentação, sentimentos de incapacidade de desempenhar o papel maternal, isolamento social (Figueiredo, 1997), humor deprimido, redução do interesse pelas tarefas diárias, distúrbio no apetite, dificuldades em dormir, fadiga, falta de energia, sentimentos de culpa excessiva ou de inutilidade e diminuição dos níveis de concentração (Logsdon, Wisner, & Pinto-Foltz, 2006).

Apesar de vários estudos, que investigaram a relação de variáveis sociodemográficas e fatores de risco na mulher, não serem conclusivos e não encontrarem nenhuma relação direta com a DPP (O'Hara & Swain 1996, O'Hara 1997). A literatura aponta para a existência de diversos fatores que poderão ser mais prováveis de estar associados à etiologia desta perturbação nas mulheres, em especial fatores de ordem psicossocial, que poderão agravar ou conduzir ao início da depressão pós-parto na mulher, tais como antecedentes pessoais de sintomas depressivos, expectativas do papel de cuidadora desajustadas, falta de apoio social e familiar, *stress* quotidiano, problemas conjugais, baixa autoestima, temperamento difícil do bebê, *stress* com o cuidado deste e dificuldades socioeconómicas (Mendoza & Saldivia 2015). Este transtorno provoca efeitos não só no bem-estar da mãe, mas também no desenvolvimento normativo do bebê (Mason et al., 2011). Os sintomas depressivos da mãe poderão, segundo Bigelow et. al (2014), afetar o comportamento da mãe em interações com o bebê pois mãe com sintomas depressivos tendem a ser menos envolvidas, mas irritáveis, menos brincalhonas, menos calorosas e mostrar menos emoção.

Estudos de Murray (2003) revelam, as crianças de mães que experienciam DPP encontram-se mais em risco de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e psicológicos, bem como atrasos no desenvolvimento cognitivo e linguístico (Brummelte & Galea, 2015). Num estudo mais recente de Murray, Fearon e Cooper (2015), os autores comprovaram que mecanismos podiam estar na base de problemas desenvolvimentais da criança, incluindo dificuldades na relação mãe-bebê associadas com depressão.

Um estudo descrito por Field (2010) constata que os sintomas depressivos da mãe se encontram associados a uma interação com o bebê mais pobre, incluindo menos vocalizações, menos toques e menos brincadeiras. Num estudo mais recente Dubber, Reck, Muller e Gawlik (2015) sugerem que tanto a DPP como a ligação que a mãe cria com o feto ainda na barriga – medida no estudo através da escala *Maternal-Fetal Attachment* – são dois preditores da interação que estes dois elementos terão no puerpério. Isto implica, conforme descrito no estudo, que uma ligação que se pode traduzir como carente entre a mãe e o feto ao longo da gravidez irá comprometer a interação destes após o parto. Veltema, Conne-Perréard, Bousquet e Manzano (2002) encontraram no seu estudo evidências de que as díades com depressão apresentavam menos comunicação vocal e visual, assim como menos interações de toque e menos sorrisos. A depressão da mãe constitui, assim, um fator de risco para o desenvolvimento do bebê a nível cognitivo, neuropsicológico, emocional e social (Zietlow Schlüte, Nonnenmacher, & Reck, 2014).

A interação mãe-bebê é um processo que se inicia no puerpério, exige uma regulação mútua dos dois elementos e envolve comportamentos de toque e de olhar que se traduzem em proximidade, compromisso e reciprocidade da mãe para com o bebê (Mason et al, 2011). Para Tronick e Cohn (1989), esta interação é caracterizada como um movimento que atravessa estados coordenados e descoordenados entre a díade e é a partir destas trocas estabelecidas nas interações que o bebê aprende também que o seu comportamento acaba por influenciar as outras pessoas que se encontram em seu redor (Frizzo, 2004).

Conforme a Teoria da Vinculação (Bowlby, 1989, como referido em McLeod, 2009), o desenvolvimento infantil é largamente influenciado pela forma como que a criança é tratada desde que nasce, quer pela mãe como pelo pai, mas especialmente pela figura materna. Segundo o autor, uma mãe sensível entra mais facilmente em sintonia

com a criança, e ao manter-se atenta e receptiva aos comportamentos do seu bebé consegue compreender com mais facilidade as necessidades deste, assim como o que mais lhe agrada. Por outro lado, o bebé aprende, numa primeira etapa, a associar a mãe à sua fonte de alimentação o que leva à existência de uma associação entre ser alimentado e receber conforto o que leva – através do condicionamento clássico – o bebé a associar a mãe a conforto. O autor sugere que a relação de vínculo atua como um protótipo para todas as futuras relações que o bebé desenvolver, pelo que uma desregulação desta interação pode ter consequências severas.

Os comportamentos descritos como positivos acabam por se traduzir num saudável desenvolvimento social e emocional do bebé, assim como num vínculo forte e duradouro entre a cuidadora e a criança (Mason et al, 2011). Os comportamentos de contacto, tal como o toque, têm sido referenciados como canais influentes de comunicação não verbal entre as mães e os bebés (Mantis et al., 2014). Posto isto, o desenvolvimento normativo do bebé depende, também, da interação que a mãe tem com este desde os primeiros dias, não descuidando nunca o bebé e oferecendo-lhe sempre resposta quando a situação assim o exigir, permitindo então que este aprenda sobre o ambiente exterior e adquira capacidades de relacionamentos, como as respostas às vocalizações da mãe (comunicação) – aspeto de extrema relevância no relacionamento, pois a mãe torna-se mais sensível para com o bebé, permitindo-lhe compreender melhor o ciclo de sono, respostas a estímulos, reflexos e a atenção que o bebé mostra aos estímulos. Uma interação positiva irá providenciar à mãe uma futura confiança em relação ao seu papel como cuidadora (Logsdon, Wisner, & Pinto-Foltz, 2006). Por outro lado, quando a interação é considerada negativa, através de descuido da cuidadora, ou cansaço extremo, leva a que o bebé sofra implicações no seu crescimento a longo prazo (Murray et al., 1996).

Num estudo desenvolvido por Teti e cols. (1995) a depressão materna foi significativamente associada à qualidade da vinculação dos bebés. Uma vinculação segura e positiva é estabelecida sob condições parentais sensíveis e responsivos, enquanto que vinculações inseguras são desenvolvidas quando o papel maternal se encontra comprometido, como no caso da depressão materna. De acordo com Teti e Gelfand (1991), a forma como as mães que apresentam sintomas depressivos lidam com os seus bebés parece traduzir-se numa indecisão, insensibilidade e confusão principalmente porque lhes faltam capacidades de resolução de problemas necessárias

ou persistência necessária para estabelecer interações sensíveis com o seu filho. No entanto existem mães que, apesar da sua patologia encontram processos compensatórios para interagir com a criança (Frozii, 2004). O estudo recente de Pawluski, Lonstein e Fleming (2017) relata que a depressão no período do pós-parto afeta não só o bem-estar geral da mãe, como também afeta a maneira como esta interage com o bebé e, conseqüentemente, como este se desenvolve. As mães deprimidas tendem a ser mais intrusivas e irritáveis para e com os filhos. Quando observadas, as díades deprimidas exibiram menores níveis de atenção, vocalizações, comunicações visuais e de troca de sorrisos quando comparadas com díades não deprimidas.

São muitos os autores que entendem que a depressão materna deve ser estudada em termos de interação mãe-bebé, defendendo que quando as mães não retribuem as comunicações dos bebés, como no caso das mães que apresentam um quadro depressivo, o bebé passa a usar cada vez menos essa forma de comunicação, a menos que existam outras pessoas que permitam a estimulação do bebé. Assim, quando as interações não são recompensadas o bebé pode não desenvolver aspetos emocionais, traduzindo-se num bebé retraído e apático (Frizzo, 2004). Field e cols. (1988) desenvolveram um estudo que pretendia investigar a generalização do comportamento deprimido da mãe para o bebé, o estudo envolveu 74 díades mãe-bebé, das quais 40 se encontravam deprimidas e os bebés tinham entre três e seis meses de idade. Os resultados revelaram que os bebés agiam de forma deprimida, não apenas com as suas mães mas também com um adulto não-deprimido, além de que desencadearam neste adulto um comportamento deprimido de interação, caracterizado por uma menor expressão de afeto positivo, menos demonstração de interesse e alegria, menor atividade e mais expressão de raiva e tristeza. Os resultados dos estudos desenvolvidos nesta área corroboram a ideia de que as interações são de natureza recíproca e bidirecional, pressupondo-se uma influência mútua, na qual cada membro afeta e é afetado pelo outro.

A percepção da autoeficácia que a mãe apresenta, é também apontada pela literatura como um fator influenciador da qualidade da interação que esta tem com o bebé (Navarro et al., 2011; Zietlow et al., 2014; Jones & Prinz, 2005). Por sua vez, a relação desenvolvida com o bebé irá influenciar tanto o desenvolvimento deste (Logsdon, Wisner, & Pinto-Foltz, 2006; Murray et al., 1996), como os níveis de percepção de autoeficácia da mãe (Logsdon, Wisner, & Pinto-Foltz, 2006).

A ideia que a mulher apresenta da sua eficácia, a desenvolver o papel de mãe, tem vindo a tornar-se num constructo importante no estudo das relações que a mãe e o bebé desenvolvem, sendo um dos mecanismos associados às dificuldades de estabelecimento desta relação (Zietlow et al., 2014). De acordo com a teoria publicada por Bandura (1977) a autoeficácia refere-se à capacidade de executar um comportamento particular. Esta pode ser, assim, definida como um conjunto de crenças, ou julgamentos, acerca de competências ou aptidões positivas que a mulher cria sobre o seu futuro papel como mãe. A perceção da autoeficácia (PAE) que a mulher apresenta em relação ao seu papel enquanto cuidadora é bastante significativo. A teoria sugere que a perceção que uma mãe tem da sua autoeficácia é dos fatores mais importantes para a determinação dos comportamentos a adotar pela mãe, quer em situações de interação dita “normal”, quer em situações mais adversas (Jones & Prinz, 2005). Um dos fatores que mais influencia positivamente a PAE é o apoio social que a mulher sabe que pode contar, sobretudo se este se proporcionar através de figuras significativas e se estas reforçarem as crenças positivas da mulher de que a tarefa se desenvolverá adequadamente. Fatores como apresentação de sintomatologia depressiva, sintomas de desordens mentais, pobre apoio familiar e social, não ter companheiro, viver acontecimentos *stressantes* nas primeiras seis semanas de puerpério, ter uma escolaridade limitada, experiências no passado de fracasso, o temperamento da criança, história de doenças psiquiátricas e tristeza pós-parto são fatores que podem influenciar negativamente a PAE (Navarro et al., 2011 & Tristão et al., 2015).

Para que a mãe comporte uma perceção positiva da sua eficácia no novo papel é necessário que possua (a) conhecimentos apropriados sobre o cuidado a ter com a criança, (b) confiança nas suas habilidades para as diversas tarefas e (c) crenças de que a sua rede social irá apoiar todos os seus esforços, apesar de respostas contingentes que o bebé poderá apresentar (Coleman & Karraker, 2003).

Pesquisas recentes mostram que existe uma associação entre altos níveis de autoeficácia da mãe e capacidades parentais consideradas mais positivas, como a estimulação, a habilidade de compreender os sinais de comunicação da criança, interações com a crianças mais ativas e diretas, entre outras. Em contradição, quando são revelados baixos níveis de perceção de autoeficácia, normalmente, encontram-se relacionados com depressão materna. Estudos de Teti e Gelfand (1991), mostram que a perceção de autoeficácia que a mãe apresenta se encontra positivamente relacionada

com as competências parentais e negativamente relacionada com a depressão (Leahy-Warren et al, 2012). No estudo longitudinal que desenvolveram, das 86 díades mãe-bebé 48 eram mães deprimidas, que relataram que se sentiam menos eficazes do que as mães não deprimidas, no seu papel de cuidadora (Frizzo, 2004). Assim, a ocorrência da DPP – que pode estar associada à baixa perceção de autoeficácia – pode também influenciar de maneira negativa a construção e ramificação do vínculo mãe-bebé e conseqüentemente o desenvolvimento da criança (Tristão et al., 2015).

A revisão literária efetuada sobre a forma como a DPP afeta a interação da díade mãe-bebé, permite efetivar que apesar dos estudos sobre o tema serem extensos não são encontradas referências de fatores externos que podem contribuir para aumentar ou diminuir a força de como a DPP afeta a interação. Com este estudo pretende-se fortalecer o conhecimento já existente sobre o tema, complementando-o com a hipótese de que pode existir uma variável que influencia a relação entre a DPP e a interação – neste caso a perceção que a mulher apresenta do seu papel de cuidadora.

O presente estudo visa, assim, contribuir para o desenvolver do conhecimento acerca dos fatores que são afetados pela depressão da mãe e também, não menos importante, os fatores que podem ser trabalhados de maneira a aumentar ou diminuir os efeitos da depressão pós-parto na relação da díade. Erguendo-se desta forma o propósito do presente estudo.

## **Objetivos**

Este estudo apresenta-se com o objetivo de testar o potencial efeito da perceção de autoeficácia na relação entre a depressão pós-parto e a interação da díade mãe-bebé, comparando as mães com sintomas depressivos *versus* as mães sem sintomas depressivos. Para tal, pretende-se:

(a) estudar as diferenças na interação mãe-bebé, em díades em que a mãe se encontra ou não deprimida.

(b) avaliar o papel mediador da perceção de autoeficácia na relação entre a depressão da mãe e a qualidade da interação mãe-bebé

De acordo com os objetivos apresentados, a formulação de hipóteses segue a seguinte linha:

- H1: a depressão pós-parto (VI) influencia negativamente a qualidade de interação (VD) da díade;
- H2: a percepção de autoeficácia (VM) é afetada negativamente pela condição depressão(VI) nas mães;
- H3: existência de uma relação de mediação da variável “percepção de autoeficácia” (VM), que atua entre as variáveis depressão pós-parto e interação mãe-bebé;

## **Metodologia**

### **- Amostra**

A amostra, recolhida pelo grupo de investigação *Family: Studies & Intervention*, da Universidade do Minho (Figueiredo, Canário, & Field, 2014), conta com 63 participantes, do sexo feminino, contactadas a partir do Centro Hospitalar do Porto durante o primeiro trimestre de gravidez.

Após a aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto, foram convidadas a participar no estudo mulheres primíparas (30 a 34 semanas). A informação acerca dos objetivos, métodos e procedimentos do estudo foram disponibilizados às mulheres que aceitaram participar e assinar o consentimento informado. Mulheres com parto prematuro (< 37 semanas) ou com morte neonatal foram excluídas do estudo, assim como as participantes que não falavam/escreviam português.

A amostra é composta por 63 díades, as mães apresentam idades compreendidas entre os 17 e os 39 anos, apresentando, assim, uma média de 30 anos (SD = 5), na maior parte, mulheres de raça caucasiana (88,9%). A grande maioria (66,6%) encontra-se “empregada”, estando mais de metade (34,9%) “empregada, mas não a trabalhar”. A amostra total apresenta a escolaridade obrigatória (ensino secundário), sendo que, na generalidade (57,1%) as participantes têm formação superior. Em relação ao estatuto matrimonial, a grande parte encontra-se casada (42,9%), 27% da população amostral encontra-se em regime de coabitação e 25,4% estão solteiras (Tabela 1.). A amostra é também composta pelos filhos das participantes. No que diz respeito aos bebés a idade é igual a três meses, o sexo encontra-se igualmente distribuído, sendo que 50,8% da



amostra é composta por bebés do sexo masculino e 49,2% do sexo feminino. O peso médio à nascença é de 3257 gramas, com um desvio-padrão de 407 gramas, o comprimento médio do bebé à nascença é de 495 milímetros, com desvio-padrão de 17 (Tabela 2.)

**Tabela 1.**

*Características sociodemográficas das participantes da amostra (N= 63).*

|                                | N  | %    |
|--------------------------------|----|------|
| <b>Idade</b>                   |    |      |
| ≤ 18                           | 2  | 3,2  |
| > 18                           | 61 | 96,8 |
| <b>Raça</b>                    |    |      |
| Caucasiana                     | 56 | 88,9 |
| Outra                          | 4  | 7,9  |
| <b>Ocupação laboral</b>        |    |      |
| Empregada                      | 20 | 31,7 |
| Empregada, mas não a trabalhar | 22 | 34,9 |
| Doméstica                      | 2  | 3,2  |
| Estudante                      | 2  | 3,2  |
| Desempregada                   | 17 | 27   |
| <b>Habilitações literárias</b> |    |      |
| Ensino Superior                | 27 | 42,9 |
| Bacharelato                    | 2  | 3,2  |
| Licenciatura                   | 22 | 34,9 |
| Pós-graduação                  | 3  | 4,8  |
| Mestrado                       | 6  | 9,5  |
| Doutoramento                   | 3  | 4,8  |
| <b>Estatuto matrimonial</b>    |    |      |
| Solteira                       | 16 | 25,4 |
| Em regime de coabitação        | 17 | 27   |
| Casada                         |    |      |
| Divorciada                     | 27 | 42,9 |
| Viúva                          | 2  | 3,2  |
|                                | 1  | 1,6  |

**Tabela 2.**

*Características dos bebés da amostra.*

|              | n | % |
|--------------|---|---|
| <b>Idade</b> |   |   |

|                    |    |      |
|--------------------|----|------|
| 3 meses            | 63 | 100  |
| <b>Sexo</b>        |    |      |
| Masculino          | 32 | 50,8 |
| Feminino           | 31 | 49,2 |
| <b>Peso</b>        |    |      |
| < 3257 gramas      | 34 | 54   |
| ≥ 3257 gramas      | 29 | 46   |
| <b>Comprimento</b> |    |      |
| <495 milímetros    | 30 | 47,6 |
| ≥ 495 milímetros   | 33 | 52,4 |

### - Modelo de Investigação

O presente estudo é caracterizado com um design *ex-post facto*, uma investigação sistemática e empírica na qual se investigam as possíveis causas de um fenómeno, depois de estas terem apresentado um efeito sobre outra variável, em grupos pré-existentes (mães deprimidas vs mães não deprimidas). No contexto das ciências sociais, este design de investigação é utilizado quando se pretende revelar possíveis relações entre variáveis, através da observação de uma condição já existente e da procura de possíveis fatores que possam contribuir para que essa condição seja satisfeita (Simon & Goes, 2013).

### - Tratamento Estatístico

Na análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o programa informático SPSS – *Statistic Program for Social Sciences*, versão 22.0.

Foi realizada uma análise de estatística descritiva, apresentadas no formato média (M) e desvio padrão (DP), mínimo e máximo para as variáveis do estudo.

Foram estudadas as relações entre as variáveis dependentes e a variável independente recorrendo à Análise Multivariada de Variância (MANOVA). Para estudar o efeito mediador da perceção de autoeficácia realizou-se um conjunto de regressões segundo o método de etapas de Baron e Kenny.

A mediação, enquanto processo de inferência de causalidade, surge enraizada num enquadramento concetual de modelação linear (Baron & Kenny, 1986). Muitos dos estudos realizados optam por focar-se em relações entre duas variáveis: uma dependente (VD), sujeita à influência de uma ou mais dependentes (VD) que se supõe terem o poder

de influenciar (MacKinnon, Fairchild, & Fritz, 2007). A mediação é representada pela inclusão de uma terceira variável que passa a mediar a relação entre as variáveis na relação linear: a VI influencia o Mediador (M), que por sua vez afeta a VD. Na Figura 1 encontra-se representada uma relação típica de mediação onde  $a$  representa a relação entre a VI e o mediador,  $b$ , representa a relação entre o mediador e a VI e  $c'$  a relação entre a VI e a VD, ajustada para o mediador. Os símbolos  $e_2$  e  $e_3$  representam os resíduos do mediador e da VD, respetivamente.

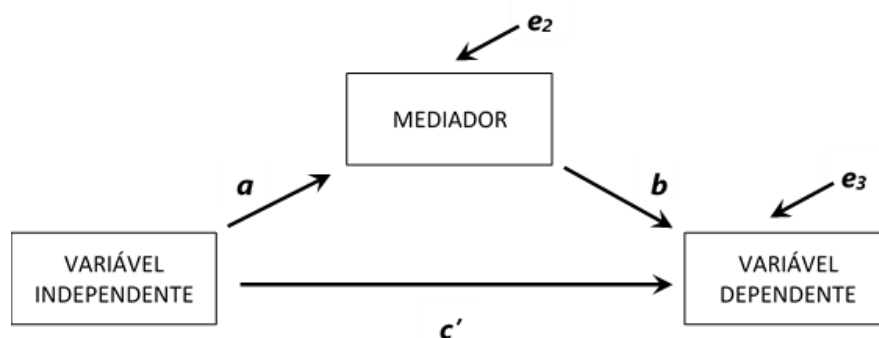


Figura 1: Efeito de mediação (adaptado de MacKinnon, Fairchild, & Fritz, 2007)

As equações dos modelos lineares presentes no modelo de mediação presente na Figura 1 são:

$$Y = \alpha_1 + cX + e_1$$

$$Y = \alpha_2 + c'X + bM + e_2$$

$$Y = \alpha_3 + aX + e_3,$$

onde  $\alpha_i$  correspondem aos valores da constante de cada equação,  $c$ ,  $c'$ ,  $b$  e  $a$ , correspondem, respetivamente, aos coeficientes que relacionam a VD com a VI, VD com a VI ajustado para o mediador, mediador com a VI e por fim VI com o mediador.

O método mais comum para avaliar os efeitos de mediação é o da análise passo-a-passo, abordado pela primeira vez por Baron e Kenny (1996); nesta abordagem quatro passos são considerados. Em primeiro lugar é necessário que exista uma relação estatisticamente significativa entre a VI e a VD, na primeira equação; em segundo, deve ser encontrada uma relação estatisticamente significativa entre a VI e o mediador, na

terceira equação; de seguida, na segunda equação deve coexistir uma relação estatisticamente significativa entre o mediador e a VD, com relações estatisticamente significativas entre a VI e VD, bem como entre o mediador e a VD. Por fim, a magnitude do coeficiente que se refere ao impacto da VI na VD ( $c$ ) deve ser superior à da magnitude do coeficiente da VI na VD ( $c'$ ) ajustado para o mediador (MacKinnon, Fairchild, & Fritz, 2007).

Os resultados obtidos do processo da análise estatística revelam que a amostra não cumpre os requisitos necessários de uma MANOVA: homogeneidade, ausência de *outliers*, teste de homogeneidade de variância. O resultado da atual MANOVA é medido através do coeficiente de Rastreio de Pillai, um teste mais robusto e indicado quando existem violações das premissas da análise multivariada de variância (Pillai, 1955).

## **- Instrumentos**

### *Questionário Sociodemográfico*

Pretende-se com o Questionário Sociodemográfico (Figueiredo et al. 2009) reunir informação social, demográfica e obstétrica sobre as participantes, incluindo idade, etnia, nacionalidade, religião, estado civil, situação emprego, nível de educação, planeamento da gravidez, sexo do bebé, idade gestacional no momento do parto e peso do bebé no momento do nascimento (Figueiredo, Canário & Field, 2014).

### *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

O EPDS é um método de *screening* eficiente, utilizado para identificar pacientes em risco de depressão pós-parto. Fácil de administrar, sendo uma escala de auto relato que, em 10 itens, avalia sintomas comuns da depressão, nos últimos 7 dias. Cada item é pontuado de 0-3, tendo um alcance mínimo de 0 (zero) e máximo de 30 (Cox, Holden, Sagovsky, 1987), apresenta ponto de corte em situações de depressão pós-parto igual a 7. A versão portuguesa apresenta boa consistência interna ( $\alpha = .85$ ) e tem vindo a ser utilizado em vários estudos que decorrem durante a gravidez e no período pós-parto (Figueiredo, Pacheco & Costa, 2007).

### *Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS)*

Esta escala tem como objetivo medir a percepção de autoeficácia que os cuidadores de bebés (dos 0 aos 12 meses) apresentam. Apesar da escala englobar três subescalas (*parenting, support, child development*), como a PAE é estudada como um constructo unidimensional os autores atribuem um score total. Encontra-se distribuída por 15 itens, com pontuação de 0 (zero) a 3 (três) e quanto maior a pontuação do cuidador, maior a sua percepção de autoeficácia. Sendo o ponto de corte 39, pedem alguma atenção clínica às pontuações iguais ou inferiores a 35, não negligenciando os itens que pontuam 0 (zero) ou 1 (um) mesmo nas pontuações mais altas, pois mostra falta de confiança do cuidador naquele aspeto particular (Črnčec, Barnett & Matthey, 2008). Contudo, a escala apresenta-se ainda em processo de validação para a população portuguesa.

#### *Mother infant touch (MIT)*

As escalas MIT são um instrumento observacional, que permitem avaliar a qualidade da interação da mãe-bebé, em situações de interação face a face (onde é pedido à mãe para interagir com o filho sem intervenção de outras pessoas ou objetos) e em situações alimentares. A avaliação é efetuada através de um vídeo, de duração de 5 minutos, previamente gravado pelo avaliador, onde é possível fazer a observação e respetiva cotação dos comportamentos de toque e olhar realizados pela mãe e pelo bebé. A cotação do toque e do olhar é efetuada a cada 10 segundos do vídeo, onde é possível cotar o toque na categoria de “*affectionate touch*” “*negative touch*” ou “*touch*” e o olhar na categoria “*affectionate gaze*” ou “*gaze*”. A escala apresenta-se dividida em quatro constructos (os comportamentos do Toque e do Olhar da mãe e também os comportamentos de Toque e Olhar do bebé). A cotação é feita através das percentagens de tempo em que o comportamento é visível. Encontra-se atualmente em processo de validação para a população portuguesa.

#### **- Procedimentos**

Após a aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto, os participantes foram contactados a partir da unidade ambulatória de obstetrícia, aquando da sua primeira consulta. Os objetivos e os procedimentos foram explicados aos participantes. Depois de assinarem o consentimento informado foram administrados o Questionário Sociodemográfico e o EPDS – a administração deste foi realizada aos 3

meses. O KPCS foi administrado às mães após o nascimento do bebê, no máximo até 15 (quinze) dias após o nascimento. Estas escalas foram preenchidas pelas mães através do telefone, de uma carta ou de um *e-mail*. A medida MIT careceu de uma deslocação do avaliador à casa das participantes juntamente com uma câmara de filmar, para que o profissional pudesse gravar dois vídeos da interação dos dois elementos – nas duas situações: alimentar e face a face – de modo a possibilitar uma futura cotação.

## Resultados

Após a recolha dos dados estar completa, a amostra conta com um total de 63 díades participantes, da qual 74,6% não apresentam depressão conforme a escala EPDS e 25,4% apresentam resultados superiores ao ponto de corte estabelecido (Tabela 3.).

De modo a responder ao primeiro objetivo apresentado “estudar as diferenças na interação mãe-bebé, em díades em que a mãe se encontra ou não deprimida” foi realizada uma análise apropriada à necessidade de analisar a variância dos valores da interação diádica conforme a depressão. Nas Tabelas 4. e 5. apresentam-se os valores obtidos referentes à análise estatística MANOVA utilizada de modo a satisfazer a primeira hipótese (H1) do estudo. O valor do Rastreio de Pillai, no caso da relação entre a depressão pós-parto e a interação alimentar da díade é de ,061;  $F(4,24) = ,393$   $p = ,812$   $\eta^2 = ,061$ ; o que significa que a variância da qualidade da interação alimentar, nesta amostra, apenas se encontra controlada pela condição “depressão” em 6,1%. Na situação de interação face a face da díade, o valor do Rastreio de Pillai é ,165;  $F(6,54) = 1,779$   $p = ,121$   $\eta^2 = ,165$  o que indica que, apesar do resultado não ser estatisticamente significativo, uma maior percentagem (16,5%) da qualidade da interação alimentar é controlada pela condição “depressão.” Este resultado mostra, como reportado, que não existe significância estatística nos valores obtidos, no entanto os dados não providenciam evidências capazes de falsear a hipótese nula, a falta de significância não significa dizer que a hipótese nula é verdadeira. Procedeu-se à análise de variância para a variável mediadora (perceção de autoeficácia) em função da variável “depressão”, onde foi encontrado um resultado estatisticamente significativo ( $p = .039$ ), podendo assim aferir-se que 38,7% da perceção de autoeficácia é controlada pela condição da variável independente (Tabela 5.), o que nos permite aceitar a hipótese 2 (H2).

Relativamente à análise da possível variável mediadora percepção de autoeficácia, os valores obtidos da análise de regressão associados ao efeito da depressão no toque do bebé (via  $c_1$ ;  $\beta = -.528$ ;  $p < .001$ ), mostraram-se significativos, assim como os valores associados ao efeito da depressão no toque afetivo do bebé (via  $c_2$ ;  $\beta = -.471$ ;  $p < .001$ ) no entanto os valores entre o preditor e a possível mediadora (via  $a$ ;  $\beta = -.213$ ;  $p = .094$ ) não se mostraram significativos. Por fim, esta mesma equação de regressão mostrou que os valores de correlação entre a interação ao nível do toque do bebé (via  $c'1$ ) e do toque afetivo do bebé (via  $c'2$ ) e a percepção de autoeficácia (controlando a variável preditora “depressão”) apresentam-se não significativos ( $\beta = .088$ ;  $p = .449$ ;  $\beta = .031$ ;  $p = .780$ ; respetivamente). Os resultados refutam a terceira hipótese (H3) do estudo uma vez que nenhuma mediação foi encontrada.

### Tabela 3.

*Estatísticas descritivas dos constructos em estudo.*

|  | N  | Mínimo | Máximo | Média  | Desvio-Padrão |
|--|----|--------|--------|--------|---------------|
| Depressão Pós-Parto                        | 63 | .00    | 17.00  | 4.968  | 3.930         |
| Com DPP                                    | 16 |        |        |        |               |
| Sem DPP                                    | 47 |        |        |        |               |
| Percepção                                  | 63 | 27.00  | 45.00  | 40.889 | 4.012         |
| Autoeficácia                               |    |        |        |        |               |
| Interação face a face Mãe – toque          | 63 | 3.45   | 100    | 70.94  | 23.377        |
| Interação face a face Mãe – toque afetivo  | 63 | .00    | 96.55  | 29.055 | 23.377        |
| Interação face a face Mãe – olhar          | 63 | .00    | 14.29  | 1.221  | 2.484         |
| Interação face a face Mãe – olhar afetivo  | 63 | 85.71  | 100    | 98.779 | 2.484         |
| Interação face a face Bebé – toque         | 63 | .00    | 100    | 25.625 | 32.827        |
| Interação face a face Bebé – toque afetivo | 63 | .00    | 100    | 50.653 | 38.301        |
| Interação face a face Bebé – olhar         | 61 | .00    | 100    | 12.810 | 24.994        |
| Interação face a face Bebé – olhar afetivo | 61 | .00    | 100    | 86.780 | 25.330        |
| Interação alimentar Mãe – toque            | 63 | 7.14   | 100    | 91.553 | 15.241        |
| Interação alimentar Mãe – toque afetivo    | 63 | .00    | 92.86  | 8.447  | 15.241        |

|  |    |     |     |        |        |
|--|----|-----|-----|--------|--------|
| Interação alimentar Mãe – olhar          | 63 | .00 | 90  | 3.566  | 11.689 |
| Interação alimentar Mãe – olhar afetivo  | 63 | 10  | 100 | 96.434 | 11.689 |
| Interação alimentar Bebê - toque         | 54 | .00 | 100 | 56.890 | 42.774 |
| Interação alimentar Bebê – toque afetivo | 54 | .00 | 100 | 43.109 | 42.774 |
| Interação alimentar Bebê – olhar         | 36 | .00 | 100 | 39.420 | 40.983 |
| Interação alimentar Bebê – olhar afetivo | 36 | .00 | 100 | 60.580 | 40.983 |

Notas. Depressão Pós-Parto (valores EPDS); Percepção Autoeficácia (valores KPCS); Interação Face a Face e Alimentar (valores MIT)

#### Tabela 4.

*Análise da variância da Interação Alimentar Mãe-Bebê em função da Depressão.*

| Variáveis                                | R <sup>2</sup> (R <sup>2</sup> aj) | F     | Gl (erro Gl) | Eta quadrado (E <sup>2</sup> ) | Sig. |
|--|------------------------------------|-------|--------------|--------------------------------|------|
| Interação alimentar Mãe – toque          | .075 (-.221)                       | .253  | 15 (47)      | .451                           | .508 |
| Interação alimentar Mãe – toque afetivo  | .075 (-.221)                       | .253  | 15 (47)      | .451                           | .508 |
| Interação alimentar Mãe – olhar          | .114 (-.169)                       | .403  | 15 (47)      | .377                           | .545 |
| Interação alimentar Mãe – olhar afetivo  | .114 (-.169)                       | .403  | 15 (47)      | .377                           | .545 |
| Interação alimentar Bebê – toque         | .365 (.163)                        | 1.804 | 15 (47)      | .579                           | .453 |
| Interação alimentar Bebê – toque afetivo | .359 (.154)                        | 1.752 | 15 (47)      | .579                           | .453 |
| Interação alimentar Bebê – olhar         | .234 (-.011)                       | .956  | 15 (47)      | .027                           | .870 |
| Interação alimentar Bebê – olhar afetivo | .215 (-.036)                       | .858  | 15 (47)      | .027                           | .870 |

Notas. R<sup>2</sup>aj = R<sup>2</sup>ajustado; Resultados estatisticamente significativos \*p<.05 \*\*p<.01

#### Tabela 5.

*Análise da variância da Interação Face a Face Mãe-Bebê e da Percepção de Autoeficácia em função da Depressão.*

| Variáveis | R <sup>2</sup> (R <sup>2</sup> aj). | F | Gl (erro Gl) | Eta quadrado (E <sup>2</sup> ) | Sig. |
|-----------|-------------------------------------|---|--------------|--------------------------------|------|
|-----------|-------------------------------------|---|--------------|--------------------------------|------|



|   |              |       |         |       |       |
|---|--------------|-------|---------|-------|-------|
| <b>Interação face a face Mãe – toque</b>          | .458 (.285)  | 2.646 | 15 (47) | 3.107 | .083  |
| <b>Interação face a face Mãe – toque afetivo</b>  | .458 (.285)  | 2.646 | 15 (47) | 3.107 | .083  |
| <b>Interação face a face Mãe – olhar</b>          | .149 (-.122) | .550  | 15 (47) | .462  | .499  |
| <b>Interação face a face Mãe – olhar afetivo</b>  | .149 (-.122) | .550  | 15 (47) | .462  | .499  |
| <b>Interação face a face Bebê - toque</b>         | .524 (.372)  | 3.452 | 15 (47) | 4.280 | .043* |
| <b>Interação face a face Bebê – toque afetivo</b> | .372 (.171)  | 1.855 | 15 (47) | 6.850 | .011* |
| <b>Interação face a face Bebê – olhar</b>         | .449 (.273)  | 2.552 | 15 (47) | .138  | .712  |
| <b>Interação face a face Bebê – olhar afetivo</b> | .316 (.098)  | 1.449 | 15 (47) | .166  | .685  |
| <b>Percepção Autoeficácia</b>                     | .387 (.191)  | 1.974 | 15 (47) | .387  | .039* |

Notas.  $R^2_{aj}$  =  $R^2$  ajustado; Resultados estatisticamente significativos \* $p < .05$  \*\* $p < 0.01$

### Tabela 6.

*Análise dos efeitos de mediação da Percepção de Autoeficácia na relação entre a Depressão e o Toque do Bebê na Interação Mãe-Bebê.*

| Passos                                 | $R^2$ | $\beta$ | T      | Sig.   |
|--|-------|---------|--------|--------|
| Primeiro passo (via c1)                |       |         |        |        |
| VD: interação face a face – toque bebê | .279  | -.528   | -4.855 | .000** |
| Preditor: Depressão                    |       |         |        |        |
| Segundo passo (via a)                  |       |         |        |        |
| VD: percepção autoeficácia             | .045  | -.213   | -1.702 | .094   |
| Preditor: depressão                    |       |         |        |        |
| Terceiro passo (via b1 e c'1)          |       |         |        |        |
| VD: interação face a face – toque bebê |       |         |        |        |
| VM: percepção autoeficácia (via b1)    | .280  | .031    | .280   | .780   |
| Preditor: Depressão (via c'1)          |       | -.521   | -4.648 | .000** |

Nota. Resultados estatisticamente significativos \* $p < .05$  \*\* $p < 0.01$

### Tabela 7.

*Análise dos efeitos de mediação da Percepção de Autoeficácia na relação entre a Depressão e o Toque Afetivo do Bebê na Interação Mãe-Bebê.*

| Passos   | $R^2$ | $\beta$ | T     | Sig.   |
|--|-------|---------|-------|--------|
| Primeiro passo (via c2)                        |       |         |       |        |
| VD: interação face a face – toque afetivo bebê | .222  | .471    | 4.174 | .000** |

---

|   |      |       |        |        |
|---|------|-------|--------|--------|
| Preditor: Depressão                               |      |       |        |        |
| Segundo passo (via a)                             |      |       |        |        |
| VD: percepção autoeficácia                        | .045 | -.213 | -1.702 | .094   |
| Preditor: depressão                               |      |       |        |        |
| Terceiro passo (via b2 e c'2)                     |      |       |        |        |
| VD: interação face a face –<br>toque afetivo bebê |      |       |        |        |
| VM: percepção autoeficácia<br>(via b2)            | .230 | .490  | 4.226  | .000** |
| Preditor: Depressão (via c'2)                     |      |       |        |        |
|   |      | .088  | .763   | .449   |

---

*Nota.* Resultados estatisticamente significativos \*p<.05 \*\*p<0.01

## Discussão

A redação da discussão de uma dissertação é um momento singular para o investigador, na medida em que delimita os últimos passos de uma trajetória percorrida visando alcançar o objetivo proposto para o trabalho, que foi testar o potencial efeito da percepção de autoeficácia na relação entre a depressão pós-parto e a interação da díade mãe-bebê, tendo na amostra mães com sintomas depressivos e mães sem sintomas depressivos.

A interação é condição necessária não só para a inserção social do indivíduo, mas também para seu desenvolvimento cognitivo pleno (Vieira & Prado, 2004; Yamamoto e Lopes, 2004; Seidl-de-Moura, 2009; Pessôa, 2009).

Os nossos resultados mostram que a depressão pós-parto apenas afeta significativamente a o toque do bebê na sua interação com a mãe.

Ao contrário do nosso estudo, a maior parte da literatura refere que a depressão da mãe pode afetar negativamente a interação mãe-bebê, sobretudo ao nível do no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança (Cummings & Davies, 1994; Dodge, 1990; Field, 1998; Tronick & Weinberg, 1997).

Os resultados do nosso estudo podem eventualmente explicar-se tendo em conta os aspetos psicossociais da amostra, ou seja, como refere Daher (1999), a ocorrência de sintomas depressivos nas mães muitas vezes ocorre dependendo do grande número de experiências vitais negativas durante esse período; do baixo apoio emocional durante a gravidez; da solidão; da menoridade; de ser solteira; do menor nível educacional; do menor nível socioeconómico.

A corroborar esta ideia temos um estudo de Alfaya e Schermann (2001), que refere existem fatores de risco que podem predispor a mulher à depressão nesse período, nomeadamente, eventos adversos na vida, tais como: desemprego materno e paterno, abandono por parte do pai da criança, grandes dificuldades financeiras e nascimento prematuro do bebé.

Na mesma perspetiva, O'Hara (1997) defende que as variáveis demográficas, como idade da mãe, salário e nível socioeconómico, podem influenciar a depressão materna, mas é necessário mais estudos para corroborar esta relação.

Outros autores defendem principalmente como fatores de risco: a gravidez indesejada, a primiparidade, as complicações obstétricas, a ausência de aleitamento materno, a ausência de suporte da família e amigos, além de história patológica e familiar de transtornos de humor. Salientam, contudo, os aspetos biológicos como principais responsáveis pela depressão pós-parto (Coutinho & Coutinho, 1999).

Ainda, sobre esta questão, existem autores que referem que o próprio bebé pode contribuir para a depressão materna, para isso contribuiu a irritabilidade do bebé e o fraco desenvolvimento motor do mesmo (Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996)

Em relação às diferenças das interações entre mães deprimidas e os seus bebés, os estudos reportam com mais frequência, o choro, os efeitos negativos em maior número, o evitamento do contacto visual (Boyd, Zayas, & McKee, 2006) e a baixa frequência de afetos positivos (Svanberg, Mennet & Spieker, 2010). Além disso, estudos sugerem que as mães com depressão, habitualmente revelam dificuldade em perceber e interpretar os sinais dos seus filhos / afetando negativamente o desenvolvimento da comunicação e as habilidades da criança sócio-emocionais (Cohn, Matias, Tronick, Connell & Lytens-Ruth, 1986), ou seja, faz surgir no bebé o que Stern (1997), chama de “microdepressão”, que se caracteriza pelo desaparecimento da sua animação, uma deflação de sua postura, uma diminuição do afeto positivo e da expressão facial.

Outros estudos concluem que mães deprimidas geram altos níveis de confusão nos seus bebés e que revelam incongruências entre as suas comunicações verbais e não-verbais (Hwa Froelich, Loveland Cook & Flick, 2008; Siegel & Hartzell, 2003). Neste sentido, Trevarthen (1993) enfatiza a importância da expressão não-verbal e afetos

positivos das mães, a um correlato verbal congruente, para alcançar uma comunicação eficaz e ligação positiva.

Também Field, Healy, Goldstein e Guthertz (1990) têm estudado as interações entre mães deprimidas e mães não deprimidas e verificaram que existem mais interações coincidentes positivas em díades mãe-bebê de mães não deprimidas. Analogamente, também ocorrem comportamentos coincidentes, todavia estes eram de natureza negativa. Segundo os autores supracitados, significa que os bebês tendem a espelhar o comportamento predominante da mãe, independentemente de ele ser positivo ou negativo.

Ainda no mesmo sentido, um estudo que envolveu 74 díades mãe-bebê, das quais 40 se encontravam deprimidas e os bebês tinham entre três e seis meses de idade, com o objetivo de investigar a generalização do comportamento deprimido da mãe, evidenciou que os bebês agiam de forma deprimida, não apenas com as suas mães mas também com um adulto não-deprimido, além de que desencadearam neste adulto um comportamento deprimido de interação, caracterizado por uma menor expressão de afeto positivo, menos demonstração de interesse e alegria, menor atividade e mais expressão de raiva e tristeza. Os resultados dos estudos desenvolvidos nesta área corroboram a ideia de que as interações são de natureza recíproca e bidirecional, pressupondo-se uma influência mútua, na qual cada membro afeta e é afetado pelo outro (Field e cols., 1988).

Apesar disso, recentemente as investigações não se têm centrado apenas na investigação sobre os efeitos na interação de mães deprimidas e não-deprimidas nos primeiros meses de vida do bebê, prolongando a duração dos estudos e os resultados não revelaram diferenças na interação de mães deprimidas e não-deprimidas com seus bebês de dois meses. Apesar disso, aos seis meses mães deprimidas foram menos positivas com seus bebês, assim como os bebês mostraram-se menos positivos (Field, 1995).

Existem, igualmente evidências empíricas que mostram as implicações da depressão pós-parto nas relações e interações estabelecidas entre a mãe e a criança aos dezoito meses Murray et al., (1996), vinte e oito e trinta e seis meses (Leadbeater, Bishop, & Raver, 1996) e aos quatro anos de idade (Caplan et al., 1989).

Ainda segundo Murray et al., (1996), a depressão pós-parto tem revelado um impacto cognitivo da criança, evidenciando uma associação entre distúrbios na qualidade da interação/relação com a mãe deprimida no primeiro ano de vida do bebê e baixo desenvolvimento cognitivo aos dezoito meses (Murray et al., 1996) e aos quatro anos de idade depressão pós-parto e relatos sobre problemas (Hay & Kumar, 1995).

Apesar destes resultados, Field, (1995) acrescenta que mães que estiveram deprimidas durante os primeiros meses após o parto, mas cuja depressão não ultrapassou os seis meses de vida do bebê, tiveram crianças que também não se mostraram deprimidas na interação aos doze meses. Por outro lado as mães que permaneceram deprimidas além dos seis meses tiveram bebês que revelaram ter desenvolvido um “estilo” depressivo na interação com um ano de idade.

Por fim, partilhamos totalmente da opinião de Barbosa (2003), ao referir que os contactos iniciais da mãe com o bebê podem provocar uma enorme ansiedade. Só mais tarde é que esta relação se consolidará e se tornará organizada e controlada, facilitando a interação entre ambos.

## Referências

Alfaya, C. & Schermann, L. (2001). Depressão materna em mães de recém-nascidos com tratamento intensivo neonatal. *Psico*, 32, 115-129.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.

Barbosa, F., Maus, K., Lima, P., Zirmerman, E., & Lima, P. (2003). Episódio depressivo maior com início no pós-parto: Fatores de Risco. *Revista Feminina da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(1) 3-77.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 1173-1182.

Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-82.

Beck C. (1991) Maternity blues research: A critical review. *Mental Health Nursing*; 12: 291-300

Bigelow, A. E., Power, M., Gillis, D. E., Maclellan- Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2014). Breastfeeding, skin- to- skin contact, and mother–infant interactions over infants' first three months. *Infant mental health journal*, 35(1), 51-62.

Boyce P. (1994) Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. Cox J, Holden J, eds. *Perinatal Psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London. Gaskell.

Boyd, R., Zayas, L. & Mc Kee, M. (2006). Mother-infant interaction, life events, and prenatal and postpartum depressive symptoms among minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 139-148.

Brockington I. *Motherhood and mental health*. Oxford. Oxford University Press. 1996

Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and behavior*, 77, 153-166.

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

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

Gonçalves, J. I. D. C. (2009). *Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebé*. Dissertação de Mestrado, Braga, Portugal. Consultado em: [repositorium.sdum.uminho.pt](http://repositorium.sdum.uminho.pt)

Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., Wilkinson, E. L., Read, J., & Acheson, R. (2017). A pilot randomized controlled trial of time-intensive cognitive–behaviour therapy for postpartum obsessive–compulsive disorder: effects on maternal symptoms, mother–infant interactions and attachment. *Psychological Medicine*, 1-11.

Cohn, J., Matias, R., Tronick, E., Connell, D. & Lyons-Ruth, K. (1986). Face to face interaction of depressed mother and their infants. *New Direction for Child and Adolescent Development*, 34, 31-45.

Colman, L.L. & Colman, A. (1994). Gravidez: A experiência psicológica. (I. Belchior, Trad). Lisboa: Colibri. (Obra original publicada em 1991)

Coutinho, T., & Coutinho, M. (1999). Depressão Pós-Parto. *Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, nº7, p.571-577.

Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 157-165.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.

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

- Črnčec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). *Karitane Parenting Confidence Scale: Manual*. Sydney: Sydney South West Area Health Service.
- Daher, S., Baptista, N. & Dias, R. (1999). Aspectos Relevantes da Depressão na Gravidez e dos Transtornos Pós-Parto. *Revista PSICO-USF, Bragança Paulista*, v. 4, nº1, p.77-89.
- Dodge, A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26, 3-6.
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of women's mental health*, 18(2), 187-195.
- Evans, M., Vicuña, M., & Marín, R. (2003). Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 491-494.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27, 200-203.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior state-matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho
- 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. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto.
- Gouveia, V. V., Guerra, V. M., Sousa, D. M. F. D., Santos, W. S., & Costa, J. D. M. (2009). *Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: evidências de sua validade fatorial e consistência interna*. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 87-98.
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 276-291.
- Harris BR, Oretti R, Lazarus J, Parkes A, John R, Richards C, Newcombe R, Hall R. Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 327-330
- Hay, 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.

Hwa-Froelich, D., Loveland-Cook, C. & Flick, L. (2008). Maternal Sensitivity and Communication Styles. Mother with Depression. *Journal of Early intervention*, 31(1), 44-66.

Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical psychology review*, 25(3), 341-363.

Josefsson, A. (2003). Postpartum depression: epidemiological and biological aspects.

Leadbeater, J., Bishop, S., & Raver, C. (1996). Quality of mothertoddler interactions, maternal depressive symptoms, and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32, 280-288.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of clinical nursing*, 21(3-4), 388-397.

Logsdon, M. C., Wisner, K. L., & Pinto-Foltz, M. D. (2006). The impact of postpartum depression on mothering. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(5), 652-658.

MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation Analysis. *Annual Review of Psychology*, 58 (593), 1-10.

Mantis, I., Stack, D. M., Ng, L., Serbin, L. A., & Schwartzman, A. E. (2014). Mutual touch during mother–infant face-to-face still-face interactions: Influences of interaction period and infant birth status. *Infant Behavior and Development*, 37(3), 258-267.

Mason, Z. S., Briggs, R. D., & Silver, E. J. (2011). Maternal attachment feelings mediate between maternal reports of depression, infant social–emotional development, and parenting stress. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(4), 382-394.

Mendoza, B. C., & Saldivia, S. (2015). An update on postpartum depression. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887.

Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child development*, 67, 2512-2526.

Murray, L., Fearon, P., & Cooper, P. (2015). Postnatal Depression, Mother–Infant Interactions, and Child Development. Identifying perinatal depression and anxiety: Evidenced-based practice in screening, psychosocial assessment, and management, 139-164.

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

Navarro, C., Navarrete, L., & Lara, M. A. (2011). Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. *Artículo Original Salud Mental*, 3434(1), 37–43.



- O'Hara MW. Postpartum depression: Causes and consequences. New York. Springer-Verlag. 1994
- O' Hara, M. W., & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-metaanalysis. *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.
- Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2017). The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends in Neurosciences*.
- Pessôa, F. (2009). A fala materna e o desenvolvimento da linguagem inicial. In M. L. Seidl-de-Moura, D. M. L. F. Mendes, & L. F. Pessôa. *Interação social e desenvolvimento* (pp. 117-129). Rio de Janeiro: Editora CRV.
- Pillai, K. C. S. (1955). Some new test criteria in multivariate analysis. *The Annals of Mathematical Statistics*, 117-121.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of affective disorders*, 70(3), 291-306.
- Simon, M. K., & Goes, J. (2013). Ex post facto research. Retrieved September, 25, 2013.
- Seidl-de-Moura, L. (2009). Interações sociais e desenvolvimento. In M. L. Seidl-de-Moura, D. M. L. F. Mendes, & L. F. Pessôa. *Interação social e desenvolvimento* (pp. 20-36). Rio de Janeiro: Editora CRV.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Svanberg, P., Mennet, L. & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 363-378.
- Tabachnick, B. G. (2008). Multivariate statistics: an introduction and some applications. In Invited workshop presented to the American Psychology-Law Society, Jacksonville, FL.
- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of infant communication. En U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of knowledge* (pp. 121-173). New York: Cambridge University Press.
- Tronick, Z., & Weinberg, K. (1997). Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. J. Cooper (Orgs.), *Postpartum depression and child development* (pp. 54-81). Nova York: Guilfor.
- Vieira, L., & Prado, B. (2004). Abordagem evolucionista sobre a relação entre filogênese e ontogênese no desenvolvimento infantil. In M. L. Seidl-de-Moura. *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento* (pp. 155-204). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Yamamoto, E., & Lopes, A. (2004). Dize-me o que falas e te direi o que comes: aquisição da linguagem e composição da dieta em crianças. In M. L. Seidl-de-Moura. *O bebê do século XXI e a psicologia em desenvolvimento* (pp. 205-228). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zietlow, A.-L., Schlüter, M. K., Nonnenmacher, N., Müller, M., & Reck, C. (2014). Maternal Self-confidence Postpartum and at Pre-school Age: The Role of Depression, Anxiety Disorders, Maternal Attachment Insecurity. *Maternal and Child Health Journal*, 18(8), 1873–1880.

## ANEXOS

### Anexo 1. Escala *Mother Infant Touch*

#### Mother-infant touching and gazing behavior in feeding interactions

Stop the video each 10 seconds and look at-the-moment mother and infant's touching and gazing behaviors, having into account what happened during the 10 seconds to a better understanding of the situation. For each category (touch and gaze) choose only one of the 2 or 3 following options, if touch and gaze present. If not, code with not applicable. For touch: AT, NT, or T, and for gaze: G or AG, according with the definitions you will find in the following table. Codes the first 5 minutes of the video.

| Mother   | Infant  |
|--|---|
| <p><u>Touch</u><br/>           AT – Affectionate touch<br/>           only when <u>skin</u> and <u>positive active touch</u> is involved; includes: <i>hugging, rubbing, kissing, nuzzling, rocking, caressing, and stroking</i>.<br/>           NT – Negative Touch<br/>           only when <u>negative touch</u> is involved; includes: <i>poking, tickling, jabbing, shaking, tapping, scratching, pinching, pulling, pushing and constraining</i>.<br/>           T – Touch<br/>           Mother touches the infant – includes <u>all other kind</u> of touches, excluding affectionate and negative touch, for example: <i>holding infant limbs, adjusting parts of the infant body, adjusting infant</i></p> | <p><u>Touch</u><br/>           AT – Affectionate touch<br/>           only when <u>skin</u> and <u>positive touch</u> is involved.<br/>           NT – Negative Touch<br/>           only when <u>negative touch</u> is involved.<br/>           T – Touch<br/>           Infant touches the mother – includes <u>all other kind</u> of touches, excluding affectionate and negative touch.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><i>clothing, etc.</i></p> <p><u>Gaze</u><br/> G – Gaze<br/> Mother looks at the infant (any part of the infant body, <u>excluding face/eyes</u>)<br/> AG – Affectionate gaze<br/> Mother looks at the infant <u>face/eyes</u></p> | <p><u>Gaze</u><br/> G – Gaze<br/> Infant looks at the mother (any part of the infant body, <u>excluding face/eyes</u>)<br/> AG – Affectionate gaze<br/> Infant looks at the mother <u>face/eyes</u></p> |
|--|---|



<sup>1</sup>Stroking – soft, rhythmic, continuous touching of the infant’s body using one hand

<sup>2</sup>Poking – one-finger continuous touch of the infant body

<sup>3</sup>Tickling – arrhythmic touching of the infant’s body using the finger tips of one hand

|  |  |
|--|--|
| <p><b><u>Mother</u></b><br/> <b>T</b> – Touch – Mother touch the infant<br/> <b>AT</b> – Affectionate touch, only when skin is involved<br/> (including kiss)<br/> <b>G</b> – Gaze – Mother looks at the infant<br/> <b>AG</b> – Affectionate gaze, Mother looks at the infant<br/> eyes</p> | <p><b><u>Infant</u></b><br/> <b>T</b> – Touch – Infant touch the mother<br/> <b>AT</b> – Affectionate touch, only when skin is involved<br/> <b>G</b> – Gaze – Infant looks at the mother<br/> <b>AG</b> – Affectionate gaze, infant looks at the mother<br/> eyes</p> |
| <p><b><u>Mother-infant Interaction</u></b><br/> <b>M (A)T</b> Mutual Affectionate Touch<br/> <b>M (A)G</b> Mutual Affectionate Gaze</p>  |  |

|                                   |                     | 1 |   |   |   |   |   | 2 |   |   |   |   |   | 3 |   |   |   |   |   | 4 |   |   |   |   |   | 5 |
|-----------------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|                                   |                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 |
| <b><i>Mother</i></b>              | <b><u>Touch</u></b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                   | <b>AT</b>           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                   | <b><u>Gaze</u></b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                   | <b>AG</b>           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b><i>Infant</i></b>              | <b><u>Touch</u></b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                   | <b>AT</b>           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                   | <b><u>Gaze</u></b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                   | <b>AG</b>           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b><i>Mother &amp; Infant</i></b> | <b>AT</b>           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                   | <b>AG</b>           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

| <i>Case Number</i>   |                  |             | Tot |
|----------------------|------------------|-------------|-----|
|                      | <i>M</i>         | <i>T</i>    |     |
|                      |                  | <i>(A)T</i> |     |
|                      |                  | <i>G</i>    |     |
|                      |                  | <i>(A)G</i> |     |
| <i>Date</i>          | <i>I</i>         | <i>T</i>    |     |
| <i>Date of birth</i> |                  | <i>(A)T</i> |     |
| <i>Infant age</i>    |                  | <i>G</i>    |     |
| <i>Total time</i>    |                  | <i>(A)G</i> |     |
| <i>IRS play</i>      | <i>M &amp; I</i> | <i>(A)T</i> |     |
|                      |                  | <i>(A)G</i> |     |