

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Implicações Emocionais e Sócio-Cognitivas da Depressão Materna na  
Criança em Idade Escolar

Vando Filipe Lavos Martins

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2011



# Implicações Emocionais e Sócio-Cognitivas da Depressão Materna na Criança em Idade Escolar

**Vando Filipe Lavos Martins**

**Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica (Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica)**

**Orientador: Professor Doutor António Frazão, Professor Auxiliar, ISLA – Leiria**

**Coimbra, Novembro de 2011**

## **Agradecimentos**

Com o fim de uma fase tão determinante na minha vida e com a convicção de que muitas coisas importantes ficarão por dizer, chega o momento de expressar de forma sincera e profunda, gratidão a todos os que contribuíram na realização deste trabalho.

Devo antes de mais, pedir sinceras desculpas por não conseguir traduzir em palavras, os sentimentos que me invadem no momento de prestar sentida homenagem a pessoas sem as quais não tinha chegado até aqui.

Esta travessia, cujas dificuldades lhe aumentaram o brilho só foi possível pela generosidade da minha família, pelo esforço e trabalho árduo e inigualáveis dos meus pais e do meu irmão que permitiram a minha formação e construção.

No entanto, ao chegar ao fim desta estrada, sinto que devo recuar até ao seu início. Devo acrescentar que bem lá no início, os meus pais e o meu mano possibilitaram-me uma infância mágica, cheia de sonhos, de ternura, de sons, de olhares, de cheiros e de amor.

Agradeço ao meu pai, o meu herói, por me dar os fundamentos e princípios pelos quais me pautarei durante toda a minha vida. A ele devo a honestidade, humildade, a honra e a coragem. O meu pai mostrou-me que há muito na vida a que nos devemos agarrar, e embora por vezes ela nos pregue partidas, cá estaremos para a enfrentar e fazer recuar.

Gosto de ver o meu pai, como aquilo que ele é, e como metade daquilo que eu gostaria de ser. Se tiver metade da sua força, enfrentarei o Mundo, se tiver metade da sua coragem, irei à lua, se tiver metade dos seus princípios, serei uma boa pessoa. É isso que o meu pai me ensina todos os dias.

À minha mãe, a minha doce mãe, que me ensinou que é possível ser feliz com muito pouco. A beleza está nos olhos de quem vê, e a minha mãe tem essa beleza intrínseca, essa qualidade inigualável de altruísmo.

No decorrer deste trabalho, muitas foram as vezes que recuei até à minha infância, e em cada vez que o fazia, lá estava a minha mãe de sorriso nos lábios, carinhosa, meiga e sempre presente, e isso motivou-me a tentar perceber noutras crianças quais as implicações que tem a falta de um sorriso assim.

Agradeço ao meu mano, pelo seu presente repleto de brilhantismo e competência que me inspira todos os dias, pela coragem, esforço e bondade, que tanto me orgulham, mas pelo passado de vivências a dois que só nós tão bem sabemos.

Serão eternos os momentos das nossas infâncias e que tanto me inspiraram neste trabalho. O Alf, os jogos de caricas, os berlindes, passando pelos Spectrum's e sega's que nos ocupavam os dias e que nos preocupavam as vidas.

Ao meu irmão, devo simplesmente tudo. A ele devo a minha infância. Falar do meu irmão, é abrir o coração. Agradecer-lhe é algo que faço todos os dias, mas agora que recordo alguns episódios, lembro os tractores de rebuçados com que o meu irmão me surpreendia nos aniversários, lembro do cheiro dos hiper's que ele lia e que fizeram parte do meu crescimento, lembro de como me protegia, lembro-me sobretudo de como éramos felizes. A minha infância foi muito feliz, e isso devo-o a ele e com isso devo-lhe o presente e o futuro.

Ser irmão, é esse sentimento de partilha e de vivências a dois que não se explicam, simplesmente não se podem explicar, “Não há fronteiras entre nós, e se há verdade que me constitui, é saber que somos um só. És a esperança na luz do dia de amanhã, na ternura do dia de hoje. Na fotografia viva de todos os ontens.”

Ainda hoje o meu irmão é tudo isto e muito mais para mim, é ele que me confere segurança, é ele que me faz acreditar que o amanhã vale a pena. Ele foi o pilar que susteve a nossa família e foi quem durante toda a vida me manteve debaixo da sua asa, e sair debaixo dela não consiste numa tarefa fácil, mas também porque fazê-lo? Não o farei. As nossas vidas estão ligadas por mil laços invisíveis de amor. O meu mano é simplesmente um herói, o meu mano é meu, e nada mais me faz tão feliz como isso. Obrigado.

À minha namorada Rita, fonte de amor e ternura infindável, que caminhou sempre de mãos dadas comigo durante todo este processo e a quem devo tanto.

A ela devo a esperança renovada no dia de amanhã, o sorriso no dia de hoje e a felicidade dos sonhos futuros. Uma palavra de gratidão pela ajuda e disponibilidade incansável, pelas noites perdidas junto ao computador, pelos fins-de-semana perdidos, pelas idas ao cinema adiadas, pelos abraços de coragem e força que me fizeram continuar em frente, pelo olhar atento e carinhoso, e acima de tudo, por estar sempre lá para mim e por mim.

“Obrigada por saberes cuidar de mim, tratar de mim, olhar para mim, escutares quem sou, e se ao menos tudo fosse igual a ti”. És fonte de inspiração, és coragem, és calor, és amor, és tudo o preciso e sem o qual não vivo. Estarei sempre contigo, como estiveste comigo, e não

existem palavras que traduzam a gratidão, orgulho e amor que sinto, porque eu e tu, tu e eu, juntos para sempre.

Ao Professor Doutor António Frazão, meu orientador, pela brilhante conciliação que fez entre liberdade, autoridade e responsabilidade, não havendo nele crítica, com a qual não pudesse concordar. Pelo acompanhamento incansável, generosidade e competência demonstrada durante todo o processo. A ele agradeço todos os reforços, sugestões e esclarecimentos, sempre feitos de forma simpática e disponível, “sossegando-me” nos momentos de maiores dúvidas. Foi para mim, um orgulho ser orientado por alguém que tanto admiro e que me acompanha desde os primeiros passos na área da Psicologia.

Ao Dr. Luís Simões, por quem tenho uma grande admiração e amizade, pela forma brilhante e disponível sempre demonstrada, pelos admiráveis conhecimentos que sempre teve à minha disposição, mostrando-me sempre o caminho a seguir, pela bibliografia cedida, pelos oportunos conselhos e tempo disponibilizado em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho. A ele devo grande parte daquilo que sei, agradeço-lhe os contributos na minha formação enquanto psicólogo, e construção enquanto Homem.

À Angelina, pelo carinho, apoio e disponibilidade demonstrada e pelo constante encorajamento para a realização deste trabalho.

Ao meu amigo António Pereira, com quem partilhei dúvidas e vitórias, ele que com a sua amizade, dedicação e conhecimentos contribuiu também para a realização deste projecto.

A toda a minha família, avós, tios e primos, aos pais e à irmã da Rita, eles também parte da minha família, pelo carinho e apoio durante estes anos e que foram determinantes em todo o meu crescimento.

Ao Rui e à Cila pela forma paciente e dedicada na transmissão dos seus conhecimentos fundamentais no tratamento de dados.

Às 24 crianças e respectivas mães participantes, pela disponibilidade que manifestaram, e que foram a minha fonte de inspiração na realização deste trabalho.

## Resumo

A depressão materna tem sido associada a factores que em nada promovem o desenvolvimento infantil. O presente estudo tem como objectivo compreender implicações da depressão materna no desenvolvimento da criança em idade escolar

A amostra foi composta por 24 mães e respectivos filhos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos, do 1º, 2º e 3º ciclo, pertencentes ao Agrupamento de Escolas da Batalha, encaminhados aos Serviços de Psicologia e Orientação.

As crianças foram distribuídas em grupos distintos, G1, constituído por 12 crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos, e G2, composto por 12 crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos.

A identificação das mães com indicadores de depressão foi feita de forma retrospectiva, através do questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9) e a confirmação diagnóstica através da SCID. Os dados sociodemográficos das mães e crianças foram recolhidos em contexto de entrevista, em que se analisaram dados relativos à gravidez, ao desenvolvimento da criança e ao seu contexto escolar. As mães responderam igualmente ao questionário de capacidades e dificuldades (SDQ) relativo ao comportamento dos seus filhos.

Para a análise do sucesso escolar, foi feito um levantamento das notas a Português e Matemática. Por fim, realizou-se a avaliação psicológica das crianças através da WISC-III.

A partir da análise dos resultados obtidos, conclui-se a existência do impacto negativo da depressão materna no desenvolvimento da criança em idade escolar, observando-se que as crianças que conviveram com a depressão nos três primeiros anos de vida, apresentam piores notas nas áreas estruturantes do Português e da Matemática, e maiores problemas na adaptação escolar. Relativamente aos Q.I.'s, observam-se diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da escala, apresentando estas crianças um perfil de resultados mais baixo.

De acordo com a avaliação feita pelas mães, estas crianças manifestam maiores dificuldades na regulação emocional e apresentam menores habilidades pró-sociais.

**Palavras-chave:** Depressão Materna, Criança, Desenvolvimento.

## Abstract

Maternal depression has been linked to factors that in no way promote child development. The present study aims to understand the implications of maternal depression on child development at school age.

The sample consisted of 24 mothers and their children of both sexes, aged between 8 and 15, from 1st, 2nd and 3rd cycle, belonging to Agrupamento de Escolas da Batalha, referred to the Serviços de Psicologia e Orientação (Psychology and Guidance Services).

The children were divided into distinct groups, G1, consisting of 12 children whose mothers suffered depression in the first three years of life of their children, and G2, composed of 12 children whose mothers did not suffer depression or other psychiatric disorders in the first three years of life of their children.

The identification of mothers with indicators of depression was made retrospectively, by questionnaire on the patient's health (PHQ-9) and diagnosis confirmation by SCID. Socio-demographic data of mothers and children were gathered in the context of the interview, where data on pregnancy, child development and their school context were analysed. Mothers also responded to the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) on the behavior of their children.

For the analysis of academic success, a survey was made of the notes on Portuguese and Mathematics. Finally, there was a psychological assessment of children using the WISC-III.

From the analysis of the results obtained, the existence of the negative impact of maternal depression on child development at school age is concluded, noting that children who lived with depression for the first three years of life, have worse grades in the structuring areas of Portuguese and Mathematics, and major problems in school adjustment. For IQs, there are significant statistical differences in all areas of the scale, presenting these children lower profile results.

According to the assessment made by the mothers, these children have greater difficulty in emotional regulation and have lower pro-social skills.

**Key words:** Maternal Depression, Child, Development

## Índice

Introdução .....	01
O Papel da Mãe .....	02
Vinculação .....	04
Estudos Clínicos .....	05
Quadro Clínico e Diagnóstico da depressão pós-parto .....	07
Repercussões da depressão nas mães .....	08
Repercussões da depressão materna no desenvolvimento da criança .....	09
Repercussões da depressão materna no desenv. Sócio-Emocional da criança .....	10
A depressão materna e o desenvolvimento Cognitivo da criança .....	11
Implicações da depressão materna no desempenho académico da criança .....	14
Materiais e Método .....	20
Participantes .....	20
Local do estudo .....	23
Seleção dos Participantes .....	24
Instrumentos .....	25
Procedimentos .....	31
Tratamento de dados .....	33
Resultados .....	34
Dados relativos à gravidez e ao parto .....	34
Desenvolvimento Psicomotor da criança .....	35
Comparação da caracterização clínica das mães .....	36
Contexto Escolar da criança .....	37
Comparação entre grupos das médias dos Q.I.'s das crianças .....	38
Comparação entre grupos dos resultados nas escalas do SDQ .....	39
Discussão e Conclusão .....	41
Bibliografia .....	49
Anexos .....	55

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Caracterização Sócio-demográfica das mães participantes por grupos .....	21
Quadro 2 – Caracterização Clínica das mães por grupos através do PHQ-9 e após confirmação diagnóstica através da SCID .....	22
Quadro 3 – Distribuição por idade, género, escolaridade e agregado familiar da amostra de crianças pertencentes ao grupo experimental e ao grupo de controlo .....	23
Quadro 4 – Valores da Tabela de Contingência dos dados relativos à gravidez em função do estado de saúde das mães nos primeiros três anos de vida dos seus filhos.....	34
Quadro 5 – Comparação entre grupos dos dados relativos ao desenvolvimento da criança ...	35
Quadro 6 – Comparação entre grupos em relação às características clínicas das mães .....	36
Quadro 7 – Comparação entre grupos dos valores da tabela de Contingência relativos ao contexto escolar das crianças .....	37
Quadro 8 – Comparação entre grupos em relação às médias dos Q.I.'s através do teste <i>t</i> para amostras independentes com o teste equivalente não paramétrico Mann-Whitney .....	39
Quadro 9 – Comparação entre grupos relativamente às médias das escalas do SDQ através do teste <i>t</i> para amostras independentes com o teste equivalente não paramétrico Mann-Whitney	39
Quadro 10 – Comparação entre grupos em relação à pontuação total e às escalas do SDQ ...	40

“No princípio foi o frio. Quem teve frio em pequeno, terá frio para o resto da vida, porque o frio da infância nunca desaparece. No mínimo, fica entranhado nas partes mais recônditas do corpo, a partir de onde se expande por todo o organismo quando as condições exteriores são favoráveis (...) Lembro-me do contacto com os lençóis, gelados (...) Lembro-me da frieza das colheres e dos garfos até aquecerem com o contacto das mãos (...) Lembro-me sobretudo que o frio não vinha de nenhum lugar, pelo que também não havia maneira de o deter. Fazia parte da atmosfera, da vida, porque a condição da existência era a frieza como a da noite é a obscuridade. Estava frio o chão, o tecto, o corrimão das escadas, estavam frias as paredes (...) estavam geladas as carícias. Aquele frio de então é o mesmo que hoje, apesar de aquecimento, espreita nalguns dias de Inverno e faz saltar pelos ares o registo da memória. Quando se teve frio em criança, ter-se-á frio o resto da vida.”

(Millás J.J., 2009, p. 14-15)

## **Introdução**

A criança para se tornar pessoa na sociedade tem de integrar valores para construir a sua realidade psicológica. Ser criança implica, liberdade, vivências individuais, mas sobretudo, vivências de relação.

A criança é assim para o psicólogo, um objecto de eleição, mas como nos tornamos seres humanos? Sair do ventre da mãe já é muito, mas não o suficiente, é necessário ser reconhecido como proveniente de outro ser humano, é necessário ser erguido da terra, como faziam aos seus filhos os pais gregos (Parot, 2004).

Nas duas últimas décadas, tem-se assistido ao aparecimento de um corpo crescente de investigação que aponta a primeira infância como sendo um período privilegiado de interacções.

A fase do recém-nascido, mais do que um aspecto determinante no desenvolvimento do sistema familiar, revela-se uma excelente oportunidade nas descobertas recíprocas entre pais e filhos.

A interacção entre mãe e filho tem ganho cada vez maior relevância e reconhecimento como elemento determinante no desenvolvimento precoce (Bromwich 1990; Morisset, Barnard, Greenberg, Booth & Spieker, 1990) não só porque a interacção entre pais e criança é a primeira relação de socialização que a maioria das crianças experimenta, mas também porque as experiências iniciais destas interacções moldam a percepção com que a criança fica acerca do Mundo e dos seus futuros padrões comportamentais (Barnard & Kelly, 1990).

A primeira infância é a fase mais crítica, e a mais vulnerável no desenvolvimento da criança. É nos primeiros anos de vida da criança que se estabelecem os pilares que no futuro irão sustentar o desenvolvimento intelectual, moral e emocional, não devendo jamais a criança ser negligenciada numa fase tão determinante da sua vida (Brazelton & Greenspan, 2004).

A criança humana é muito dependente, se a abandonarem, o seu progresso será travado e ainda que bem alimentada e protegida, algo lhe faltará em algum momento. A psicologia da criança compara-a a uma planta que pensa, uma planta que se adaptará ao mundo e assimilará as suas características se desde o começo tiver tutores que a guiem (Parot, 2004).

No entanto, esta planta frágil ao início torna-se numa planta adulta que denuncia as falhas daqueles que a orientaram.

## **O papel de Mãe**

A experiência materna é um processo que envolve um conjunto infindável de mudanças. Na fase inicial da gravidez são diversas as modificações que ocorrem ao nível orgânico e psicossocial, que mais tarde se podem espelhar na relação afectiva, comportamental e emocional entre a mãe e o bebé.

Há a necessidade da nova mãe em alterar o foco da sua identidade enquanto filha, para uma identidade enquanto mãe, é passar de filho ou filha de alguém para mãe de outrem, visando a alteração dos investimentos emocionais, bem como a sua distribuição de tempo, energia e as suas actividades. Stern (1997) fala-nos em "constelação da maternidade" como a única concepção psíquica que surge com o nascimento do bebé.

Com o nascimento dá-se o “culminar de uma separação, devendo o bebé ser alimentado, limpo, aquecido, protegido e cuidado numa relação profunda, por alguém que o ame, o queira educar e fazer feliz” (Gomes-Pedro et al., 2005, p. 40).

É comum que a as mães sintam alterações mais ou menos ligeiras do humor, tristeza, ansiedade, ou ainda, irritabilidade, dois a cinco dias depois do parto. Este fenómeno é designado por “baby blues” e acontece com aproximadamente 80 por cento das mulheres, sendo uma resposta fisiológica universal à brusca mudança do ambiente interno hormonal (Gusmão, citado por Lamúrias, 2009).

Após o parto, a mãe tem a sensação que o filho lhe foge por entre os dedos. O crescimento do bebé é muitas vezes um processo doloroso para as mães, tornando-se evidente a vontade das mães em manterem os seus filhos pequeninos.

O desenvolvimento que começa nessa idade faz-se no sentido da autonomia, contudo com algumas regressões. Aliás, para a criança, a mãe significa psicologicamente a regressão, no entanto, as mães têm também uma simbologia de organização, calma e pensamento a prazo, porque as mães geram, amamentam, cuidam, dão mimo e afecto (Cordeiro, 2008).

Actualmente, ainda se argumenta que as vivências tardias são de igual modo tão importantes como as primeiras vivências. No entanto aqueles que o fazem, confundem as vivências precoces, que são os alicerces para a construção das nossas capacidades emocionais, sociais e intelectuais e que promovem a capacidade da criança em relacionar-se com os outros, em interpretar os estímulos provenientes do meio envolvente e a pensar, com atitudes e valores adquiridos ao longo da vida.

Apesar das interacções precoces entre mãe e criança poderem ser orientadas em determinada direcção pela natureza biológica da criança, a modificação do meio envolvente

da criança feita em função da adaptação de estilos parentais apropriados pode alterar os resultados, porque a natureza e a afectividade andam de mãos dadas no processo que acompanha o desenvolvimento (Brazelton & Greenspan, 2004).

Por detrás da competitividade inerente ao processo evolutivo, está uma educação que se baseia em afectividade. Quando se fala em afectividade, está implícita a ideia de vulnerabilidade e incapacidade, contudo tem-se assistido a uma mudança de paradigmas no que diz respeito ao papel de mãe.

Se por um lado, é verdade que o papel afectivo e a aceitação da vulnerabilidade estão implícitos nas funções maternas, por outro lado, sabemos actualmente como é determinante e benéfico a longo prazo, a relação próxima de um pai na vida da criança, podendo mesmo o pai ser percebido como meio de compensar a interacção negativa entre a mãe e o bebé como um modelo responsivo e promotor das condições necessárias ao desenvolvimento da criança de forma equilibrada. De outro modo não seria possível manter os padrões relacionais entre a mãe e a criança, pois é necessário haver disponibilidade e envolvimento de outro interveniente adulto, que encoraje e demonstre afecto pela pessoa encarregada de cuidar da criança (Brofenbrenner, citado por Gomes-Pedro, Nugent, Young & Brazelton, 2005).

O período de dependência dos seres humanos, permite o desenvolvimento de capacidades psicológicas baseadas nas emoções durante uma longa infância, objecto de protecção e cuidados (Brazelton & Greenspan, 2004).

Este longo período de dependência completa, e futuramente relativa da criança, estruturada e possibilitada por comportamentos de vinculação entre mãe e bebé, corresponde à base do nosso sucesso de adaptação enquanto seres humanos, orientando-nos desde o primeiro momento para o interesse e afecto pelos outros (Gomes-Pedro et al., 2005).

Assim sendo, nos últimos anos muitos têm sido os estudos feitos que documentaram a grande influência que a mãe, enquanto cuidadora primária, tem a nível do desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança.

A mãe surge então como figura protectora, que satisfaz as necessidades do bebé, e que através dos estímulos visuais, auditivos e tácteis, potencia o desenvolvimento das capacidades pré-programadas geneticamente.

A ligação que une a criança à sua mãe, e que servirá no futuro como pedra basilar para a maioria das suas ligações, tem de ser construída e consolidada.

Para Winnicott (1988), o amor é o nome dessa ligação, é o nome do vínculo que os une.

## **Vinculação**

Os investigadores dos processos de vinculação referem que o modo como o amor e o carinho se desenvolvem e partilham no processo de construção da família, vai influenciar as experiências futuras da criança.

A ligação entre mãe e filho foi estudada desde muito cedo, nomeadamente a literatura psicanalítica tratou o processo de afeição, recorrendo a um vocabulário distinto do utilizado pela psicologia, isto até à década de 1960, época em que os trabalhos de John Bowlby convergiram com os de H.E.Harlow.

Bowlby está na origem da teoria da vinculação (attachment), na sequência do seu interesse no estudo da criança e da família. Estudou os efeitos da perda materna na criança humana, vendo na afeição um processo biológico de protecção através do qual a criança se tende a manter perto dos pais para sobreviver. Segundo o autor esse mecanismo não dependeria de funções primárias e estaria programado logo à nascença, uma vez que, “o amor não se escora nas funções primárias” (Parot, 2004, p. 13).

A teoria da vinculação, define que a necessidade de vinculação não se trata de um produto de aprendizagem como até recentemente se pensou, mas sim da satisfação de uma necessidade básica (fisiológica) tal como a alimentação (Bowlby, 1989).

Neste sentido, desde o nascimento e ao longo do primeiro ano de vida, o bebé começa a estabelecer uma relação privilegiada com o adulto que lhe proporciona cuidados básicos e desse modo, assegura a sua sobrevivência.

Bowlby mostrou que o processo de ligação afectiva entre mãe e bebé constitui um dos mais profundos e essenciais da espécie humana, tal como de outras espécies animais. Trata-se pois de uma ligação indispensável, cuja ausência conduz a perturbações tão graves como o hospitalismo de René Spitz, cujo prolongamento além da infância cria perturbações da personalidade (Parot, 2004).

A vinculação apesar de um processo distinto para cada um de nós, é hoje aceite como um processo indissociável à condição humana, de extrema importância na actividade sócio-emocional da criança.

Formar um vínculo entre a mãe e o bebé é assim determinante na infância e a sua importância parece ser maior nessa idade do que nos períodos posteriores.

A forte ligação que existe entre uma mãe e o seu filho é que no futuro servirá como base para a maioria das ligações deste último. É a atitude emocional da mãe que vai orientar o bebé, dando-lhe qualidade de vida na sua experiência e ajudando a criança a organizar a sua

vida psíquica, por possibilitar-lhe identificações que poderão influenciar o seu desenvolvimento posterior (Spitz, 1996; Klaus, M., Kennel & Klaus, P., 2000; Maldonado, 2002).

Para que seja possível uma troca afectiva favorável na relação, a mãe necessita estar apta a estabelecer um vínculo com o bebé, o que só será possível a partir de uma boa vivência das suas experiências relacionadas com a gestação e o puerpério (Borsa & Dias, 2004).

Para que uma criança se desenvolva de forma sadia, é então necessário que lhe seja facultado um conjunto de bases sem as quais o seu processo evolutivo poderá estar gravemente ameaçado.

Torna-se necessário um comportamento parental, isto é, um conjunto de cuidados prestados à criança, devendo ser proporcionado um ambiente adequado ao seu desenvolvimento cognitivo e social, podendo responder ao seu desconforto, aos comportamentos disruptivos e às suas dificuldades interpessoais, (Rutter, citado por Pires, 2001).

Parece haver uma correlação evidente entre a sensibilidade parental e o equilíbrio no desenvolvimento da criança. Quanto maior o investimento da mãe na sua relação com o bebé, tanto mais eficaz serão as respostas desta, na medida que poderá mais facilmente ser sensível a comportamentos do seu filho, respondendo-lhe de forma rápida e condizente com o que lhe é pedido.

A vinculação surge assim, segundo Bowlby, como, uma realidade instintiva, na base da qual se encontra uma relação forte da criança com a mãe.

Neste sentido o autor é tido como um dos pioneiros na forma como abordou as relações precoces entre mãe e filho.

Outros pioneiros, como Erikson, Anna Freud, e Dorothy Burlingham, referiram que, para ser possível atravessar com êxito as fases da primeira infância, as crianças não precisam apenas de não passar privações, precisam sim, de cuidados sensíveis e afectivos para poderem formar as capacidades de confiança, empatia e solidariedade (Brazelton & Greenspan, 2004).

### **Estudos clínicos**

Ao longo da história, tem-se assistido ao surgimento de diversos estudos que documentaram que crianças privadas de um estímulo adequado apresentavam vários níveis de alteração do desenvolvimento.

Um dos mais recentes exemplos dos resultados da negligência das necessidades das crianças nos primeiros anos de vida, foi o estudo levado a cabo nos orfanatos da Roménia, por Carlson e Earls (citado por Brazelton & Greenspan, 2004), onde se descuravam os cuidados afectivos e uma interacção intelectual e social adequada.

Consequentemente as crianças destes orfanatos desenvolveram graves deficiências a nível físico, intelectual e social, conseguindo apenas comunicar através de gestos. Não tinham desenvolvido a linguagem nem as capacidades que lhes permitissem comunicar necessidades básicas ou desejos.

Quando dividiram estas crianças em dois grupos distintos, sendo o grupo experimental constituído por crianças entre os dois e os nove meses de vida, sujeitas a um programa intensivo de estímulos físicos e psicológicos, e o grupo de controlo da amostra, composto por crianças das mesmas idades privadas desse programa, os autores concluíram que apesar de se ter verificado um longo e demorado processo de aprendizagem, que resultou num maior crescimento, e melhor desenvolvimento motor e mental por parte das crianças que constituíam o grupo experimental, a verdade é que após seis meses do fim desse programa, estas crianças não apresentavam nenhum desses índices superiores aos do grupo de controlo.

Trata-se assim de um fenómeno comum que os resultados de privações precoces acabem por não ser superados nunca (Brazelton & Greenspan, 2004).

Assim, subjacente a esta ausência de cuidados, as crianças não têm as oportunidades para estimular a afectividade, a interacção ou a aprendizagem.

Para além disso, e ainda de acordo com Brazelton e Greenspan (2004), a qualidade da afectividade, a interacção existente entre mãe e bebé e os cuidados primários prestados à criança, são o que está associado ao estágio de desenvolvimento no qual a criança se encontra.

Neste sentido, a qualidade dos cuidados prestados à criança nos primeiros anos de vida, consiste numa variável basilar para o processo de desenvolvimento durante toda a sua vida.

Contudo, nem todos os pais biológicos têm capacidade de prestar cuidados de boa qualidade nos primeiros anos de vida do bebé, como é o caso das mães com quadro depressivo.

Deste modo, o interesse por esta temática da depressão pós-parto tem ganho relevância crescente, o que se deve ao facto de aparecerem indicadores que vão no sentido de defender que o estado de depressão materna se pode repercutir de forma negativa no estabelecimento das primeiras interacções na díade mãe-bebé, bem como no desenvolvimento afectivo, social e cognitivo da criança (Motta, Lucion & Manfro, 2005).

## **Quadro Clínico e Diagnóstico da depressão pós-parto**

A depressão materna pós-parto é um distúrbio emocional, caracterizado por um sentimento de incapacidade e de inadequação relacionados com a melhor maneira de lidar com o bebé.

De acordo com Gusmão (citado por Lamúrias, 2009), a depressão pode ser caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, com uma determinada duração e impacto. Humor depressivo, falta de prazer, falta de energia ou agitação, pessimismo, ideias de morte, dificuldades de concentração, alterações de peso e apetite, dores de todo o tipo podem ser alguns dos sintomas.

Segundo o mesmo autor, esta perturbação parece afectar grande parte da população mundial feminina, encontrando-se em Portugal uma taxa de incidência entre os treze e dezasseis por cento.

A depressão pós-parto tem o seu início geralmente entre os segundo e terceiro meses após o nascimento do bebé, podendo em alguns casos durar mais (O'Hara, citado por Figueiredo, 2001).

Segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV, não existe diferenciação entre as características clínicas da depressão pós-parto e as características do episódio depressivo major.

Deste modo, a depressão pós-parto, é classificada como episódio depressivo major, tendo um período mínimo de 2 semanas, durante as quais há humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades. O indivíduo, também, deve experimentar, pelo menos, quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui: alterações no apetite ou peso, sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio. Deve haver, ainda, um prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou de outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2002).

Uma vez revistos e preenchidos os critérios de episódio depressivo major segundo o DSM-IV-TR, deve ser especificado o estado clínico actual, características e início durante as quatro semanas após o parto.

A depressão pós-parto como expressão de sofrimento e dor humana que é, conduz a comportamentos bio-psico-sociais adjacentes a eventos ansiogénicos que alteram de todo, a

perspectiva comum acerca da experiência em ser mãe, levando a consequências nefastas na relação mãe-bebé.

Brites, Moreira & Baptista (2000), sublinham ainda outros aspectos a ter em conta: as queixas somáticas, crises de choro, labilidade humoral, irritabilidade, medos hipocondríacos, relacionamento com o parceiro prejudicado, havendo mesmo, desinteresse na relação sexual.

Ainda de acordo com os autores, uma das consequências mais comuns, é o sentimento de culpa da mãe, isto por acharem que não amam o seu filho ou por uma avassaladora sensação de inaptidão para o papel de cuidadora recentemente adquirido.

### **Repercussões da depressão nas mães**

Uma depressão pós-parto é assim, mais do que uma simples tristeza momentânea, é antes, “o resultado de uma falência do cérebro na capacidade de adaptação à mudança e de resposta aos estímulos. Compromete, por vezes, as competências maternas básicas pragmáticas (lavar, vestir, alimentar), mas sempre as competências maternas afectivas, relacionais e de vinculação” (Gusmão, citado por Lamúrias, 2009, p. 31).

As mães deprimidas podem encontrar-se mais voltadas para si, para as suas preocupações, não se encontrando disponíveis para aquilo que as rodeia, inclusive para o seu bebé. Estas mães descuidam os cuidados maternos por não se encontrarem disponíveis nem investidoras na relação com o bebé, o que leva a uma incapacidade no planeamento, o que por sua vez condiciona a sensibilidade materna (Pires, 1990).

Quando em depressão, a mente deixa-se toldar por pensamentos negativos e destrutivos de forma recorrente, o que interfere directamente com a capacidade de resposta.

Assim, a relação caracteriza-se por um fraco envolvimento emocional, culpabilidade, hostilidade, ressentimento e comunicação de afectos negativos.

Esta situação é experimentada pelo bebé como uma experiência de desfalecimento psíquico, que seria para a psique o que o desmaio é para o corpo físico (Green, 1988).

O impacto do humor materno na amamentação parece reunir de igual modo, algum interesse. Alguns estudos defendem que a sintomatologia depressiva no período pós-parto precoce pode ter consequências como a diminuição do tempo de amamentação, o aumento das dificuldades em amamentar e a diminuição da quantidade de leite eficaz, o que se pode reflectir na relação entre mãe e bebé, uma vez que, em termos psíquicos, o aleitamento consiste num processo muito importante na vida do bebé e da mãe (Hatton et al., 2005).

É assim, de extrema importância que mães e pais sejam alertados acerca dos benefícios do aleitamento materno para o bebé e para a relação deste com a mãe.

Enquanto está a mamar, o bebé tem uma sensação de bem-estar, podendo deste modo, apreciar a ternura da mãe, ganhando um sentimento de confiança nele próprio, mas acima de tudo com a mãe (Diekmeyer, 1998).

Apesar de ser possível substituir a mãe no que se refere aos cuidados primários, contudo na parte afectiva a mãe jamais é substituível, e uma mãe deprimida não está disponível do ponto de vista interior (Fernandes, citado por Lamúrias, 2009).

### **Repercussões da depressão materna no desenvolvimento da criança**

Apesar da maioria das mulheres com depressão pós-parto, a ultrapassarem durante o primeiro ano de vida do bebé, a verdade é que ficam susceptíveis para a ocorrência de mais episódios depressivos no futuro (Gusmão, citado por Lamúrias, 2009).

A literatura indica assim que a depressão materna pode afectar o recém-nascido em múltiplas dimensões. Os bebés apresentam grande vulnerabilidade ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe.

O puerpério é assim, desde o primeiro momento, um universo de possibilidades, onde a ligação entre a mãe e a criança se inicia irremediavelmente, quer com intensa proximidade e intimidade, quer com desígnios de falência dessa hipótese relacional.

Sob uma perspectiva desenvolvimentista interessa ressaltar o impacto que esta perturbação pode vir a trazer no futuro da criança, sendo possível que algumas consequências se manifestem apenas tardiamente.

As crianças filhas de mães com depressão são percebidas como mais difíceis, mais irritadiças, com menor desenvolvimento cognitivo e motor, têm uma vinculação menos segura com a mãe por não haver um investimento na relação, e mais dificuldades em reagir de forma adaptativa face a situações stressantes. Apresentam maiores dificuldades escolares, são menos competentes socialmente, têm baixa auto-estima, são mais indiferentes à expressão depressiva da mãe e têm maior probabilidade de sofrerem de distúrbios psicológicos, nomeadamente, depressão e distúrbios comportamentais (Goodman & Gotlib, 1999).

Outro aspecto que tem vindo a ser documentado prende-se com o facto dos filhos de mães deprimidas serem mais susceptíveis a perturbações do sono, e a dificuldades alimentares

(Marcus, 2009). É característico destas crianças um choro mais frequente e menos sorrisos, para além de uma menor interacção corporal e comunicação visual e vocal (Righetti, Conner-Perreard, Bousquet & Manzano, 2002).

O estudo da parentalidade surge deste modo, como um potencial mecanismo para medir a associação entre depressão materna e o comprometimento do desenvolvimento da criança.

Parecem existir dados que demonstram que as mães depressivas são menos propensas a adoptar disciplina positiva (Bluestone & Tamis-LeMonda, 1999).

Estas práticas parentais negativas podem contribuir assim, para um maior desajuste entre as crianças filhas de mães deprimidas.

Assim sendo, os padrões familiares que remetem para segundo plano os afectos, podem comprometer significativamente as capacidades cognitivas e emocionais da criança.

Por outro lado, interacções emocionais com bebés e crianças baseadas no carinho e afecto contribuem para o desenvolvimento adequado do sistema nervoso central (Brazelton & Greenspan, 2004).

### **Repercussões da depressão materna no desenvolvimento Sócio-Emocional da criança**

Os sintomas de depressão interferem em todas as relações interpessoais, especialmente no desenvolvimento da interacção entre a mãe e o seu filho.

A criança para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente necessita de efectuar interacções contingentes recíprocas, que vão sendo cada vez mais complexas, com pelo menos uma pessoa mais velha, como a mãe, com quem a criança desenvolva uma ligação emocional forte, recíproca e irracional. A essa pessoa compete-lhe satisfazer as necessidades da criança, estimulando o seu desenvolvimento, se possível por toda a sua vida (Brofenbrenner, 1989; Brofenbrenner & Morris, 1997, citados por Gomes-Pedro et al., 2005).

Contudo, o processo de desenvolvimento destes padrões relacionais só incentiva o desenvolvimento da criança, caso seja feito regularmente, por períodos de tempo prolongados e sob condições em que não se registem interrupções frequentes e pressões externas ambientais e/ou emocionais. É necessário que o cuidador primário do bebé se disponibilize e lhe dedique muito tempo.

As relações são assim, cruciais para a regulação do nossos sentimentos e comportamentos, assim como, para o nosso desenvolvimento intelectual.

Assim sendo, uma mãe deprimida poderá não ter a energia necessária para padrões de interacção tão morosos, o que se reflectirá no futuro, pois as primeiras vivências de relação

entre mãe e bebé facultam os elementos essenciais para a formação de um forte sentido de auto-estima e motivação para a aprendizagem futura da criança (Brazelton & Greenspan, 2004).

Neste sentido, é correcto afirmar que a aprendizagem mais importante é a que é privilegiada pela interacção humana, funcionando as relações emocionais afectivas como bases primárias determinantes no desenvolvimento social e intelectual da criança.

Um aspecto a ressaltar, é que na literatura acerca do desenvolvimento da criança, ainda são poucos os estudos que se debruçaram sobre os efeitos que os conflitos da interacção entre mãe e filho têm a nível do desenvolvimento sócio-emocional das crianças.

Contudo têm havido alguns estudos, nomeadamente os de Tronick e Weinberg (2000), que após várias observações feitas acerca da relação entre mãe e filho, concluíram que as crianças cujas mães manifestavam quadro depressivo apresentavam dificuldades para se envolver e manter uma interacção social, tendo défices na regulação dos seus estados afectivos.

Deste modo, se na fase inicial da vida, o recém-nascido não começar desde logo a estabelecer uma relação afectiva com a mãe e com o pai, poderá mais tarde revelar dificuldades em relacionar-se com outras crianças.

Os mesmos autores concluíram ainda, que durante a interacção social, as mães com depressão pós-parto envolviam-se menos intensamente com os seus filhos, consequentemente, muitos desses bebés apresentavam elevados níveis de apego inseguro com a mãe, e fracos desempenhos em testes de desenvolvimento.

As relações e as interacções emocionais são aspectos determinantes no processo de aprender a comunicar e a pensar, permitindo à criança a distinção entre os comportamentos adequados e inadequados, entre o certo e o errado, desenvolvendo-se deste modo, um sentido moral (Brazelton & Greenspan, 2004).

### **A Depressão materna e o Desenvolvimento Cognitivo da Criança**

Apesar do estudo do desenvolvimento da criança ser um dos domínios mais activos da psicologia, o desenvolvimento cognitivo e a evolução das capacidades intelectuais parecem ainda reunir maior interesse por parte dos investigadores, deixando para segundo plano os aspectos afectivos e sociais desse processo.

No entanto, o desenvolvimento da criança tem sido concebido, em qualquer um destes domínios, como uma sucessão de fases, sendo delineados os períodos pelos quais a criança

deverá passar para seguir um desenvolvimento normal, devendo o desenvolvimento, salvas devidas exceções, seguir o mesmo percurso e situações similares em todas as crianças (Sim-Sim, 1998).

Ao longo da história do desenvolvimento da criança, a normalização caminhou lado a lado com a visão biológica do desenvolvimento (Gomes-Pedro et al., 2005).

No entanto, para se compreender este processo, é necessário reconhecer tudo aquilo que envolve a criança, reconhecendo a riqueza e pluralidade de experiências que existem nas suas vidas. É fundamental “observar as crianças inseridas no teatro e na animação da vida familiar” (Dunn, citado por Gomes-Pedro et al., 2005, p. 256).

Neste sentido, tem havido um crescente interesse na relevância das experiências que a criança tem durante os primeiros anos de vida, especialmente das adversidades pelas quais a criança passa nesta fase inicial do seu desenvolvimento cognitivo. A linguagem é um aspecto fundamental do desenvolvimento cognitivo e é especialmente importante porque pressupõe muita comunicação entre pais e filhos pequenos, e ajuda a prever o subsequente desempenho académico da criança.

A palavra humana é muito mais do que o resultado de um simples processo de partilha, ela afirma o invisível (Parot, 2004), é fonte de pensamento e de emoções, é a linguagem que nos molda, mais do que falar com ela, somos falados por ela.

A criança para ser “resgatada” do mundo sem fala de onde nasce, tem de ser embebida nas palavras dos outros. Assim, qualquer criança adquire a língua da comunidade a que pertence, desde que se encontre exposta a esta.

É impossível conceber a vida sem linguagem, pois é através da língua humana que representamos o mundo, permitindo-nos que a partilha de um sistema linguístico nos remeta ao mesmo clube de falantes, proporcionando novas experiências e facilitando as aprendizagens individuais e sociais.

De acordo com Perry e Polard (1998), a falha persistente na manipulação dos bebés nos primeiros meses de vida, principalmente a falha de um olhar responsivo da mãe e de um falar com o bebé contribui para que não se desenvolvam de forma adequada as conexões neuronais. De igual modo, parecem existir evidências que estas falhas, estão associadas a alterações no padrão de apego e no desenvolvimento motor e mental dos bebés.

Importa não esquecer, que é a mãe o primeiro professor da linguagem cognitiva, apesar do pai, bem como outras pessoas, poderem contribuir neste ensino. A mãe ensina através da repetição de sons, sendo que o bebé vai adaptando os neurónios corticais de forma a

reconhecer este conjunto de sons que caracterizam a língua (Kuhl, citado por Gomes-Pedro et al., 2005).

Não menos importante, é a linguagem emocional ensinada ao bebé durante os comportamentos de vinculação, na medida que as suas ramificações são muito abrangentes para a criança em desenvolvimento, constituindo assim, a base para interações interpessoais, para a cognição social e para a herança cultural (Gomes-Pedro et al., 2005).

A orientação constante através dos comportamentos de vinculação para o rosto da mãe, ou para a sua voz, permite ao bebé aprender a distinguir os sons e naturalmente a desenvolver a linguagem.

A associação repetida da emoção da criança a expressões faciais específicas da mãe possibilita o desenvolvimento de uma linguagem partilhada (Gomes-Pedro et al., 2005).

Para além disso, a interacção de gestos emocionais é um aspecto preponderante na formação da noção do “eu”, começando o bebé a reagir a estímulos emocionais (Brazelton & Greenspan, 2004).

A partir do momento em que a criança nasce, é através da sua mãe que ela comunica com o mundo, funcionando esta última, como mediadora na relação da interacção que a criança irá manter com o meio que a envolve.

Torna-se assim necessário para que a criança se converta num adulto saudável, que lhe propiciem um bom princípio, e esta tarefa cabe à mãe enquanto cuidadora primária.

Contudo quando deprimida, a mãe poderá não estar disponível para atender às demandas do seu filho, o que se pode repercutir de forma nefasta no desenvolvimento da criança, nomeadamente a nível da linguagem, uma vez que de forma directa ou indirecta é resultante dos cuidados primários.

Os aspectos cognitivos, especificamente o desempenho académico e o coeficiente de inteligência, têm sido abordados em estudos que avaliaram a mãe desde a gravidez até a fase escolar da criança.

Pesquisas recentes levadas a cabo por Grace, Evindar e Stewart (2003) acerca desta temática, salientaram a existência de repercussões da depressão pós-parto a nível do desenvolvimento cognitivo das crianças, referindo a presença de limitações nas funções mentais da linguagem, para além de um Q.I. inferior ao esperado para as respectivas faixas etárias, mais especificamente, entre crianças do sexo masculino.

De acordo com Hay et al. (2001), existem limitações graves nas funções da atenção e nas funções do cálculo, em crianças filhas de mães com um diagnóstico de depressão por um período mínimo de três meses.

Ainda segundo os mesmos autores, estas crianças por volta dos onze anos de idade, apresentavam maior susceptibilidade a beneficiarem de medidas educativas específicas capazes de promover as competências e conhecimentos adequados.

O desenvolvimento cognitivo, emocional, social, moral e autónomo das crianças funcionam como as bases sobre as quais assentarão as aprendizagens futuras. Deste modo, o desenvolvimento a estes níveis da criança irá determinar o sucesso ou insucesso da adaptação escolar.

### **Implicações da depressão materna no Desempenho Académico da Criança**

Ao longo do inevitável ofício de crescer, a criança vai atravessando desta forma, diversos estágios de desenvolvimento, sendo que, cada uma destas etapas têm como objectivo, dotar a criança dos fundamentos da inteligência, da saúde emocional, da moral e das competências académicas. Torna-se necessário, para que a criança mais tarde se consiga relacionar com os outros, que aqueles que dela cuidaram lhe tenham propiciado um conjunto de experiências afectivas na fase inicial da sua vida (Brazelton & Greenspan, 2004).

Para interpretar os sinais sociais, é necessário que sejam envolvidas em jogos e negociações interactivas. Deste modo, uma criança com dois anos de vida é já capaz de interpretar as expressões faciais dos adultos, aprendendo a decifrar emoções e sinais, ajustando desta forma os seus comportamentos. A criança deverá ser capaz de se envolver em interacções recíprocas, que se constroem em função dos padrões comportamentais precoces desenvolvidos nos primeiros meses de vida (Brazelton & Greenspan, 2004).

Os padrões comunicacionais estabelecidos desde o início entre a criança e os seus pais, definem assim as bases para os padrões futuros.

Os jogos do “faz de conta” promovem a criatividade e a imaginação da criança, no entanto, são também meios de auxílio para a criança aprender a relacionar uma representação com um desejo, e mais tarde recorrer a essa representação para pensar.

Assim, a capacidade de criar representações mentais de relações, resultará na formação de um pensamento mais elaborado, conseguindo por volta dos três, quatro anos, relacionar os sentimentos vividos, entendendo-os no contexto das relações com os grupos pares (Gomes-Pedro et al., 2005).

As interacções emocionais constituem assim, os pilares cognitivos e as capacidades intelectuais da criança, incluindo a sua criatividade e a capacidade do pensamento abstracto.

As emoções funcionam como os organizadores internos da nossa mente, ou seja, a criança reconhece o que vê pelas interações emocionais que experimentou, fazendo uso desse conhecimento no mundo cognitivo (Brazelton & Greenspan, 2004).

Com a entrada num novo estágio de desenvolvimento, a criança necessita dos tipos de interações estabelecidos nos estágios anteriores, e a privação das vivências necessárias pode resultar numa série de défices.

Desta forma, quando a criança entra na idade escolar tem que ter já experimentado uma diversidade de experiências basilares, indispensáveis ao seu desenvolvimento.

Para as crianças em idade escolar, as experiências académicas e de socialização surgem como buscas determinantes no desenvolvimento. De acordo com Lindahl (1988), o ingresso na escola consiste na fase onde a criança procura de forma incessante o reconhecimento social através da sua capacidade para se produzir no mundo adulto.

Tendo por base os pressupostos característicos do desenvolvimento infantil, tem-se verificado um maior interesse no estudo dos factores que podem contribuir ou dificultar tal processo, constituindo assim, mecanismos de risco ou de protecção do desenvolvimento.

Deste modo, existem factores de protecção que permitem à criança responder de forma mais adequada perante situações adversas, parecendo existir um menor impacto da depressão materna na relação mãe-bebé e no posterior desenvolvimento da criança quando outros factores de risco não estão associados, tais como, o baixo apoio do marido, famílias muito grandes, ou mesmo, um nível socioeconómico baixo, (Motta et al, 2005).

O estudo de Essex *et al.* (2006) concluiu que a exposição a factores de risco é mais precoce e mais grave em famílias de baixo e médio níveis socioeconómicos, bem como, em filhos de mães com quadro depressivo, o que se deve ao facto destes sofrerem uma maior exposição ao stress familiar crónico. Consequentemente, estas crianças apresentam uma desregulação emocional na pré-escola, e posteriores dificuldades sociais e académicas durante o início da fase escolar, aumentando assim, os riscos do desenvolvimento de sintomas mais graves por volta dos nove anos de idade.

Interessa neste ponto, evidenciar que existe uma relação directa entre a depressão pós-parto e um mau aproveitamento escolar por parte daqueles que padecem deste distúrbio.

Neste sentido, estudos como este têm contribuído para esta perspectiva, concluindo-se que crianças cujas mães apresentem diagnóstico de depressão pós-parto, têm maior probabilidade de apresentarem dificuldades de aprendizagem e por consequência défices no desempenho académico.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), define as dificuldades de aprendizagem como dificuldades que interferem significativamente no desempenho escolar ou em actividades do quotidiano, e que incluem ler, escrever, ou capacidades matemáticas apesar da existência de um quociente de inteligência normal (APA, 2002).

As dificuldades de aprendizagem são também definidas por uma discrepância significativa entre a capacidade de aprendizagem da criança e uma área académica específica, baseado num teste psicológico individual, como é a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças.

As dificuldades escolares estão muitas vezes relacionadas com os julgamentos e percepções que as crianças fazem de si próprias, podendo mesmo, reflectir a imagem que as mães têm delas. Deste modo, e de acordo com Goodman e Gotlib (1999), é comum que as crianças que convivem com depressão materna apresentem afectos, cognições e comportamentos similares aos das suas mães, sugerindo assim, uma visão negativa partilhada nas vivências do dia-a-dia.

As consequências da depressão materna são medidas assim, em função do impacto que esta condição assume nos indicadores de adaptação da criança, nomeadamente, no desempenho de tarefas de desenvolvimento características do período em que a criança se encontra. Assim, para que possamos aceder aos eventuais efeitos que uma depressão pós-parto tenha no desenvolvimento da criança em idade escolar, torna-se necessário, a avaliação do desempenho académico e da adaptação ao ambiente escolar, esta última, possível pela análise da capacidade da criança em se dar bem com os colegas e pela sua conduta pró-social.

Hay e Pawlby (2003), para avaliarem o comportamento pró-social de crianças em idade escolar que conviveram com depressão materna, recorreram ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), bem como à observação de tarefas de interacção entre mãe e filho.

No estudo levado a cabo por estes autores, verificou-se que o grupo de mães com depressão, tendia a relatar menores habilidades pró-sociais dos seus filhos, apesar de se ter observado que estas crianças revelavam maiores habilidades pró-sociais do que as crianças do grupo de controlo da amostra.

Num outro estudo, Silk, Shaw, Skuban, Oland & Kovacs (2006), chegaram à conclusão que as mães depressivas eram menos dotadas de recursos essenciais para o ensino de habilidades de regulação emocional aos seus filhos. Segundo os autores, isto prender-se-ia com o facto de estas mães revelarem dificuldades em regular as próprias emoções.

Os mesmos autores concluíram ainda que as dificuldades comportamentais das crianças expostas à depressão materna, seriam o espelhar das influências da aprendizagem social e da

escassez de recursos das respectivas mães na modelação dos comportamentos mais adaptativos.

Não podemos esquecer que na fase inicial da vida de uma criança, a presença da mãe de forma persistente e contínua, permite que seja ela a seleccionar os estímulos e o ambiente a que o bebé deverá estar atento (Gomes-Pedro et al., 2005).

Gross (1994) revelou ainda que as mães com depressão colocavam menos imposições e limites aos seus filhos, o que se reflectia num entrave à aprendizagem de normas sociais, que supõem controlo e regulação emocional.

As interacções entre mãe e criança potenciam assim uma abundância de efeitos benéficos ou prejudiciais nos circuitos nervosos, moldando as capacidades adaptativas contidas nas memórias da criança. O bebé encontra-se literalmente nos braços da mãe, aberto e dependente das suas acções (Gomes-Pedro et al., 2005).

Nos primeiros três anos de vida, qualquer criança necessita de ter a seu lado, um ou mais adultos encarregues de cuidar delas, capaz de manter com a criança um relacionamento próximo e consistente (Brazelton & Greenspan, 2004).

O modo como os pais cuidam dos seus filhos é de extrema importância, uma vez que, durante os três primeiros anos de vida, ocorre um extraordinário desenvolvimento cerebral e os padrões de desenvolvimento do sistema nervoso irão determinar as reacções da criança nos anos seguintes (Gomes-Pedro et al., 2005).

Face à relevância da depressão materna enquanto condição de vulnerabilidade para o desenvolvimento infantil, a presente revisão procurou uma extensa explicação acerca do desenvolvimento da criança e das condições que comprometem um desenvolvimento sadio.

Contudo, e apesar de vários estudos publicados apontarem no sentido de uma concordância entre a depressão materna e os efeitos no desenvolvimento da criança nos diferentes níveis, é ainda insuficiente o desenvolvimento da investigação que permita o esclarecimento acerca da forma como a depressão materna se encontra associada à problemática das dificuldades de aprendizagem em idade escolar.

Assim, torna-se evidente a necessidade de se levarem a cabo estudos de seguimento mais longos, constituindo este um dos principais obstáculos, ou seja, a dificuldade em se desenvolverem estudos longitudinais, o que tornaria possível uma observação mais precisa e um melhor acompanhamento da criança e da respectiva família em intervalos regulares.

Constata-se assim, a importância de se considerar o maior número de dados possível acerca dos processos de desenvolvimento na criança nos primeiros anos da sua vida, e sobretudo sobre o fenómeno que regula a adaptação às interacções com a mãe.

A investigação pode assim facultar às famílias, informação que possibilite a modificação das suas atitudes e comportamentos, para que cada criança tenha a mesma oportunidade de se desenvolver fazendo uso de todo o seu potencial.

Assim e tendo por base as considerações anteriormente referidas, este estudo procura compreender as implicações da depressão materna no desenvolvimento da criança em idade escolar.

Deste modo, objectiva-se a avaliação das dificuldades de aprendizagem de crianças em idade escolar que convivem com mães que sofreram depressão nos três primeiros anos de vida dos seus filhos, comparando este perfil com o de crianças que convivem com mães sem historial de perturbações de ordem psiquiátrica e/ou psicológica.

Pretende-se ainda, como objectivos específicos: a comparação do perfil demográfico e clínico apresentado pelas mães; a caracterização dos indicadores sócio-emocionais e comportamentais apresentados por crianças em idade escolar que convivem com mães com historial depressivo, comparando-as com as crianças pertencentes ao grupo de controlo da amostra; a identificação das crianças que apresentam piores resultados nas áreas investigadas, através da análise das notas escolares a Português e Matemática; por fim, a comparação dos resultados obtidos através da administração da escala de inteligência de Wechsler para crianças – terceira edição (WISC-III) através do Q.I. de Escala Completa, e de uma análise mais detalhada acerca do perfil de resultados apresentados na parte verbal da escala (Q.I. Verbal), entre o grupo experimental e o grupo de controlo, no sentido de clarificar a relação existente entre a depressão materna e o funcionamento cognitivo destas crianças.

Quando se fala em dificuldades de aprendizagem, estas não devem ser atribuídas a uma única causa, pois são muitos os aspectos que podem prejudicar o funcionamento cerebral, e os problemas psicológicos dessas crianças. Frequentemente poderão ser complicados, até certo ponto, pelo seu ambiente familiar e escolar.

A etiologia do défice no desempenho escolar em crianças filhas de mães com depressão, parece assim ser de ordem multifactorial, resta procurar verificar se existe no entanto um défice em áreas específicas do desempenho académico nesta população.

Desta forma, serão tidas em consideração na presente investigação, variáveis demográficas das mães (idade, estado civil, nível de escolaridade e história ocupacional), e variáveis demográficas dos filhos (género, a idade, o agregado familiar, ano de escolaridade), procurando-se a compreensão dos respectivos contextos familiares.

Importa ainda referir que, será tida em consideração a idade da criança em que se iniciou a depressão materna.

A variável independente trabalhada nesta investigação consiste deste modo, na depressão materna, enquanto a variável dependente se refere ao desenvolvimento da criança, com as seguintes dimensões: dificuldades de aprendizagem nas áreas estruturantes (Português e Matemática), os aspectos cognitivos das crianças, as suas dificuldades emocionais e sociais na adaptação escolar e na relação com os colegas, bem como os seus eventuais problemas comportamentais na escola e em casa.

Uma vez reconhecida a importância dos processos de vinculação para a sobrevivência e desenvolvimento da criança, sabe-se de igual forma que a sua importância não termina na infância (Gomes-Pedro et al., 2005).

Deste modo, e com base na fundamentação apresentada, podem-se formular as seguintes hipóteses:

1. As crianças que conviveram com mães deprimidas nos seus primeiros três anos de vida, apresentam maiores dificuldades de aprendizagem nas áreas estruturantes do Português e da Matemática, em comparação com as crianças cujas mães não apresentaram quadro depressivo e/ou outros distúrbios psicológicos.
2. As crianças filhas de mães com quadro depressivo durante os primeiros três anos de vida da criança apresentam um Q.I. Verbal e um Q.I. de Escala Completa inferiores ao das crianças do grupo de controlo da amostra.
3. As crianças filhas de mães deprimidas apresentam maiores dificuldades de regulação emocional, e maiores problemas comportamentais, comparativamente com as crianças correspondentes ao grupo de controlo da amostra.

## **Materiais e Método**

O presente projecto seguiu uma metodologia correlacional, visto se pretender o estabelecimento de associações entre as variáveis estudadas. Assim, com este tipo de metodologia de comparação entre grupos, pretende-se explorar as eventuais relações entre a depressão materna e as dificuldades de aprendizagem da criança. Trata-se de uma abordagem quantitativa e qualitativa, de corte transversal.

### **Participantes**

Participaram no estudo empírico, 24 mães e respectivos filhos do sexo masculino e feminino, do 1º, 2º e 3º ciclo, pertencentes ao Agrupamento de Escolas da Batalha.

Tendo por base, a construção de dois grupos de comparação a partir das características clínicas das mães pertencentes à amostra, as crianças com base nas avaliações foram distribuídas em dois grupos distintos.

A amostra do presente estudo é assim constituída, por crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos ( $n = 12$ ), formando o grupo experimental (G1), e por crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos ( $n = 12$ ), compondo o grupo de controlo (G2).

Relativamente ao tamanho da amostra, trata-se da amostra disponível nos processos analisados nos Serviços de Psicologia e Orientação (S.P.O) do agrupamento, perfazendo um total de vinte e quatro crianças ( $n = 24$ ).

A amostra, faz assim referência a crianças que foram encaminhadas aos S.P.O. do agrupamento.

No que se refere às mães participantes no estudo, a idade destas variou entre os 26 e os 50 anos, constituindo uma média de 38,88 anos (D.P. = 5,89).

Conforme se pode observar no quadro 1, é evidente uma maior prevalência das participantes na faixa etária compreendida entre os 35 e os 50 anos de idade, quer nas mães que correspondem ao grupo 1, quer nas que compõem o grupo 2 da amostra.

Ainda de acordo com o exposto no mesmo quadro, pode-se observar que a maioria das participantes eram casadas (70,80 %), enquanto que 20,80 % eram divorciadas.

No que diz respeito às habilitações literárias, constata-se que 45,80 % concluíram o 9.º ano ou equivalente e apenas 8,30 % das participantes seguiram o ensino superior, sendo esta última percentagem relativa unicamente às mães do grupo de controlo.

Em termos ocupacionais, observa-se ainda que 62,50 % se encontravam a trabalhar a tempo inteiro e 8,30% estavam desempregadas. Apenas 4,20% das participantes estavam de baixa e 8,30% reformadas, ambos os casos apenas observados entre as mães que sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos (G1). Quanto ao local de residência, a maioria vivia em meio rural (91.7%).

**Quadro 1. Caracterização sócio-demográfica das mães participantes por grupos**

	G1		G2		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Idade (anos)</b>						
≤ 35	3	12,5	4	16,7	7	29,2
>35 ≤ 50	9	37,5	8	33,3	17	70,8
<b>Estado Civil</b>						
Solteira	0	0	2	8,3	2	8,3
Casada	8	33,3	9	37,5	17	70,8
Divorciada	4	16,7	1	4,2	5	20,8
<b>Habilitações Literárias</b>						
1.º Ciclo (4ª classe)	0	0	2	8,3	2	8,3
2.º Ciclo (5º e 6º anos)	7	29,2	2	8,3	9	37,5
3.º Ciclo (9º ano/Rvcc)	5	20,8	6	25	11	45,8
Ensino Superior	0	0	2	8,3	2	8,3
<b>História Ocupacional</b>						
Tempo Inteiro	7	29,2	8	33,3	15	62,5
Part-Time	1	4,2	3	12,5	4	16,7
De baixa	1	4,2	0	0	1	4,2
Desempregada	1	4,2	1	4,2	2	8,3
Reformada	2	8,3	0	0	2	8,3
<b>Meio Social</b>						
Rural	12	50	10	41,7	22	91,7
Urbano	0	0	2	8,3	2	8,3
<b>Total</b>	12	50	12	50	24	100

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

No que se refere à caracterização clínica das participantes, e de acordo com o Quadro 2, em termos de diagnóstico resultante da aplicação do PHQ-9 e após confirmação diagnóstica através da SCID, 16,70 % apresentam indicadores de depressão Major Moderada, 4,2 % indicadores de depressão Major Moderada-Severa, e 29,20 % indicadores de depressão Major Severa.

Por sua vez 41,70 % não apresentaram indicadores de depressão, e apenas 8,30 % apresentaram indicadores de depressão Major Leve, o que perfaz um total de 50% da amostra sem diagnóstico de depressão.

**Quadro 2. Caracterização Clínica das mães por grupos através do PHQ-9 e após confirmação diagnóstica através da SCID**

Grupo da Amostra	Indicadores de Depressão	Diagnóstico	
		Depressivo	Não Depressivo
<b>Grupo 1</b>	Depressão Major Moderada (10-14)	N 4 16,70%	-
	Depressão Major Moderada-Severa (15-19)	N 1 4,20%	-
	Depressão Major Severa (>20)	N 7 29,20%	-
	<b>Total</b>	N 12 50,00%	-
<b>Grupo 2</b>	Ausência de Indicadores (0-5)	N -	10 41,70%
	Depressão Major Leve (6-9)	N -	2 8,30%
	<b>Total</b>	N -	12 50,00%

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

Relativamente às crianças, foram recolhidas informações através de entrevistas estruturadas, nomeadamente no que diz respeito à idade, ao sexo, à escolaridade e ao agregado familiar.

No que se refere à idade das crianças, esta variou entre os 8 e os 15 anos, constituindo uma média de 11,33 anos (D.P. = 2,53).

O quadro 3 diz respeito aos dados da caracterização sócio-demográfica das crianças pertencentes à amostra estudada.

De entre as 24 crianças, prevalecem aquelas que se encontram na faixa etária entre os 7 e os 9 anos de idade (37,50%), sendo a maioria do sexo masculino (58,30%).

No que diz respeito à escolaridade observou-se uma distribuição idêntica de crianças a frequentar o 1º e o 3.º ciclo (41,70% cada), não existindo diferenças entre o grupo 1 e o grupo 2 como se pode observar no quadro

Quanto ao agregado familiar, verificou-se que a maioria das crianças, quer de um grupo ou de outro, vivia com ambos os pais (75%).

**Quadro 3. Distribuição por idade, género, escolaridade, e agregado familiar da amostra de crianças pertencentes ao grupo experimental e ao grupo de controlo**

	<b>G1</b>		<b>G2</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>						
7 aos 9 anos	5	20,8	4	16,7	9	37,5
10 aos 12 anos	3	12,5	4	16,7	7	29,2
13 aos 15 anos	4	16,7	4	16,7	8	33,3
<b>Sexo</b>						
Feminino	5	20,8	5	20,8	10	41,7
Masculino	7	29,2	7	29,2	14	58,3
<b>Escolaridade</b>						
1.º Ciclo	5	20,8	5	20,8	10	41,7
2.º Ciclo	2	8,3	2	8,3	4	16,7
3.º Ciclo	5	20,8	5	20,8	10	41,7
<b>Com quem vive</b>						
Pai e Mãe	4	16,7	2	8,3	6	25
Mãe	2	8,3	1	4,2	3	12,5
Pai, Mãe e irmã (s)	5	20,8	7	29,2	12	50
Mãe e irmão(s)	1	4,2	0	0	1	4,2
Mãe e outros (avós, padrasto, etc)	0	0	2	8,3	2	8,3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

### **Local do Estudo**

O presente estudo decorreu nos Serviços de Psicologia e Orientação (S.P.O) do Agrupamento de Escolas da Batalha, localizado na Vila da Batalha, sede do Concelho.

O trabalho nesta área permitiu uma análise individual detalhada de alunos que apresentavam sérias dificuldades em corresponder às exigências escolares e que, por conseguinte, se encontravam em risco de insucesso escolar e/ou de absentismo e abandono precoce.

Assim, após as leituras acerca dos distúrbios das crianças encaminhadas, e recorrentes pesquisas, observou-se um vasto número de crianças com dificuldades de aprendizagem, cujas mães haviam referido, aquando das respectivas entrevistas individuais, terem sofrido de depressão nos primeiros anos de vida dos seus filhos.

## **Seleccção dos Participantes**

Foram seleccionadas para esta investigação 24 mães e respectivos filhos, tendo por base a verificação dos critérios de inclusão e exclusão definidos.

Assim, para a selecção da amostra referente ao grupo experimental, definiram-se previamente os seguintes critérios de inclusão: (1) crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos; (2) crianças em idade escolar que se encontravam entre o 1.º e o 3ºciclo, pertencentes ao Agrupamento de escolas da Batalha, do sexo feminino e masculino; (3) crianças que vivessem com as mães biológicas.

Por outro lado, considerou-se relevante excluir da investigação: (1) crianças com historial de disfunções neurológicas e/ou distúrbios psicológicos ou psiquiátricos, cujos sintomas pudessem interferir com a análise da informação que se pretendia recolher; (2) após analisados os critérios de Perturbação de Hiperactividade e/ou Défice de Atenção (DSM-IV-TR), optou-se por excluir as crianças que cumpriam os critérios de diagnóstico; (3) crianças cujas mães apresentaram diagnóstico previamente estabelecido de outros transtornos psiquiátricos graves, após confirmação diagnóstica pela SCID; (4) sujeitos cujas mães revelaram a presença de outras psicopatologias, e que poderiam constituir um factor de viés na análise subsequente; (5) crianças cujas mães sofreram depressão depois dos 3 primeiros anos de vida dos filhos.

Estes critérios foram analisados com base numa revisão detalhada de todos os processos das crianças encaminhadas ao S.P.O do agrupamento, e posteriormente pelo contacto com as mães e crianças em situação de entrevista e avaliação.

O grupo de controlo foi assim seleccionado tendo em conta estes mesmos pressupostos, visando o seu emparelhamento com o grupo experimental, relativamente à idade, ano escolar e sexo.

No que se refere ao procedimento formal e ético, sublinha-se que todas as escolas dos alunos pertencentes à amostra, foram contactadas através de uma carta dirigida à directora da comissão administrativa do agrupamento, onde se especificaram os objectivos do estudo.

Foi feito um pedido de realização de inquérito em meio escolar ao ministério da educação, tendo sido aprovado pela directora de serviços de inovação educativa (DGIDC), uma vez que, submetido a análise, cumpriu todos os requisitos de qualidade técnica e metodológica.

As mães contactadas foram informadas acerca dos objectivos do estudo, do procedimento de recolha de dados a ser seguido e dos aspectos éticos associados, tendo-lhes

sido assegurado o carácter anónimo e confidencial da informação partilhada, bem como o carácter voluntário das suas participações, sendo informadas sobre a possibilidade de desistência, caso assim o entendessem.

Mais se acrescenta, que foi obtida uma autorização expressa por parte dos encarregados de educação para a avaliação psicológica aos alunos que constituíram a amostra.

## **Instrumentos**

### **Guião de Entrevista Semi-Estruturada com Questionário sócio-demográfico**

A entrevista semi-estruturada é comparada a um diálogo com a pessoa entrevistada, e baseia-se em certos assuntos que se pretendem focar, evitando-se desta forma, a possível rigidez associada a uma entrevista formal.

Com este tipo de abordagem inicial pretendeu-se aceder ao tipo de sensação íntima e pessoal da experiência de maternidade, descrita na primeira pessoa pelas mães participantes, sendo possível aprofundar tópicos de interesse para o desenvolvimento de questões relevantes para a investigação. Deste modo, e seguindo-se um guião adaptável e flexível às reacções do sujeito entrevistado, é possível a recolha de maior quantidade e qualidade de informação.

Com o tipo de questões abertas, procurou-se perceber a eventual consciência que estas mães tinham acerca das repercussões que o estado depressivo teve ao nível das suas relações com o filho, e ao nível do desenvolvimento deste.

Assim, com base nas características clínicas de mulheres deprimidas, foi elaborado um guião com doze questões acerca do seu estado de saúde, abordando questões sobre: tratamentos psiquiátricos e/ou psicológicos anteriores, qual o problema e o motivo do mesmo, a época em que os sintomas se iniciaram e a medicação prévia e actual.

De igual modo, foram elaboradas 8 questões no sentido de se apurarem dados relativos à gravidez e ao parto (existência de complicações durante a gravidez, o tipo de parto, etc.).

No que se refere a dados relativos ao desenvolvimento da criança, foram apresentadas 12 questões divididas em grupos distintos (psicomotricidade, linguagem, controlo esfinteriano, história clínica e escolaridade).

Encontra-se ainda um grupo de 4 questões relativas à situação escolar actual da criança, (reprovações, áreas de maiores dificuldades e apoios).

Finalmente é abordada, em 4 questões, a perspectiva da mãe acerca da sua relação com o pai do filho, da relação deste com o filho e da frequência com que estão juntos.

Ainda no decorrer da entrevista, foram aplicadas questões para levantamento do perfil sócio-demográfico das mães e crianças participantes no estudo.

Assim, a informação obtida acerca das mães incluiu aspectos como: idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e meio social. Quanto às crianças, o questionário complementar contém os seguintes itens: idade, sexo, escolaridade e os membros familiares que residiam com a criança.

### **Questionário sobre a Saúde do Paciente - 9 itens (PHQ-9)**

Desenvolvido e validado por Kroenke, Spitzer & Williams (1999) para avaliar a depressão, o Patient Health Questionnaire – 9 itens (PHQ-9), é a versão auto-administrada do instrumento de diagnóstico Prime -MD (Spitzer et al., 1994), para transtornos mentais comuns.

É um auxiliar valioso no diagnóstico de depressão, uma vez que os nove itens que constituem o questionário derivam dos nove critérios de diagnóstico para a depressão major da DSM-IV.

Da mesma forma, este questionário foi validado para fornecer informação sobre a gravidade do quadro depressivo apresentado pelos participantes.

Apresenta como vantagem o facto de ser um instrumento menor que outras escalas de avaliação da depressão. Para além de poder ser auto-administrado, pode ser administrado em situação de entrevista, ou, até por telefone.

É um instrumento de fácil aplicação, e apesar de não dever ser utilizado de forma isolada no diagnóstico de depressão, pode ser utilizado como complemento, sendo este o seu aspecto mais limitativo, e ao qual se deve ter especial cuidado e atenção.

Desta forma, é correcto afirmar que se pretende como elemento auxiliar e não como elemento substituto de diagnóstico, motivo pelo qual, na presente investigação, o processo de avaliação das mães relativamente à presença de indicadores de depressão foi feito através da aplicação deste questionário, sendo posteriormente feita a confirmação diagnóstica através da entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID).

Cada item é cotado entre zero e três pontos, mediante a resposta correspondente (“Nenhuma vez”, “Vários dias”, “Mais de metade dos dias” e “Quase todos os dias”), de acordo com a frequência com que se sentiram incomodadas pelos problemas descritos.

Posteriormente, através da soma de todos os itens, é obtida a pontuação total, que pode variar entre 0 e 27 pontos, sendo considerado como indicador positivo de sintomas de Depressão Major, um resultado com valores superiores ou iguais a 10 (Kroenke et al.,1999; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

Tendo por base este pressuposto, na presente investigação considerar-se-á como diagnóstico de depressão um resultado maior ou igual a 10 pontos.

Desta forma, com o resultado total é possível inferir a gravidade do quadro depressivo apresentado: 0 a 5, corresponde a ausência de indicadores de Depressão Major leve; 6 a 9, indicadores de Depressão Major leve; de 10 a 14, indicadores de Depressão Major moderada; de 15 a 19 , indicadores de Depressão Major moderada-severa e por fim, resultados superiores a 20, indicadores de Depressão Major severa.

### **Entrevista clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I / Versão Clínica)**

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID-I), traduzida e adaptada para português por Del-Ben et al. (2001), é um instrumento utilizado para a elaboração de diagnósticos psiquiátricos de acordo com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994).

Esta entrevista inicia-se por uma secção de revisão geral que segue o guia de uma entrevista clínica não-estruturada. De seguida, encontra-se dividida em módulos que correspondem às categorias diagnósticas maiores, tendo sido aplicados no estudo, os módulos A e B referentes aos transtornos do eixo I do DSM-IV.

Os critérios diagnósticos estão presentes no próprio corpo do instrumento, o que facilita a elaboração do diagnóstico à medida que a entrevista decorre.

A aplicação da SCID-I visou por um lado, a confirmação diagnóstica das mulheres que obtiveram diagnóstico positivo no PHQ-9 e exclusão de outras comorbidades psiquiátricas nessas mesmas mulheres, por outro lado, permitiu a exclusão de distúrbios psiquiátricos entre as mulheres cujo diagnóstico foi negativo no PHQ-9.

Deste modo, e após concordância entre as avaliações do PHQ-9 e da SCID-I, foi possível constituir a amostra com a divisão de dois grupos distintos.

### **Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ – Por)**

No sentido de fazer uma análise complementar e mais pormenorizada, foi administrado o Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ – Por), versão para Pais.

Trata-se da versão portuguesa traduzida por Fonseca, Gaspar, Fleitlich e Loureiro, do Strengths and Difficulties Questionnaire, elaborado por Goodman (1997).

O SDQ é um questionário breve, de fácil aplicação, que permite uma recolha rápida e prática de dados sobre os comportamentos sociais adequados e não adequados das crianças e jovens com idades compreendidas entre os quatro e os dezasseis anos, em diferentes contextos.

A administração deste questionário permite a caracterização do domínio comportamental e do domínio sócio-afectivo da criança, uma vez que se compõe por um conjunto de 25 itens divididos em cinco sub-escalas: Sintomas emocionais; Problemas comportamentais; Hiperactividade; Problemas de relacionamento com colegas, e Comportamento Pró-social (Goodman, 1997).

As mães responderam aos SDQ durante a entrevista, sendo as questões explicadas e aplicadas pelo investigador.

As participantes foram instruídas no sentido de responderem tendo em conta o comportamento do seu filho, ou, da sua filha nos últimos seis meses.

As respostas variam entre três possibilidades “Não é verdade”, “É um pouco verdade”, e “É muito verdade”, recebendo cada item uma pontuação.

Em cada uma das cinco escalas, a pontuação varia entre 0 e 10, sendo os itens cotados numa escala de lickert de 0 a 2, tendo alguns itens pontuação invertida.

A pontuação de cada escala e a pontuação total, permite a classificação da criança em três categorias: adaptação normal, limítrofe, ou anormal.

O mesmo se verifica com a avaliação feita pelos pais acerca do impacto das dificuldades das crianças, uma vez ter sido aplicada a versão estendida do SDQ, um suplemento relativamente à significância do impacto avaliado das dificuldades diagnosticadas.

Esta versão fornece informações adicionais acerca da cronicidade das dificuldades, da sobrecarga que estas têm para a criança e para a mãe e/ou família, e ainda, acerca do prejuízo social que implica diariamente em casa, na escola e no relacionamento com os amigos (Goodman, 1999).

Para além das vantagens já referidas, importa referir que se deve ter especial cuidado e atenção na interpretação dos dados fornecidos pelas participantes, devido ao carácter subjectivo inerente ao papel de mãe.

Para além da possível subjectividade, outras variáveis devem ser tidas em consideração, nomeadamente, a capacidade de expressão e o nível vocabular de cada participante.

Importa ressaltar que os dados recolhidos através do SDQ devem ser percebidos como um meio, e não como um fim, tornando-se necessário interpretar os resultados de forma objectiva, sem descurar a necessidade destes serem complementados por outros testes psicológicos e/ou informações recolhidas.

Nesta linha de pensamento, resta mencionar que, mais do que um meio de prevenção, o SDQ pode e deve ser um elemento construtivo, na medida que possibilita a elaboração de estratégias por parte das crianças/jovens durante o seu processo de desenvolvimento, permitindo o aperfeiçoamento dos aspectos comportamentais da criança, do relacionamento inter-pessoal com os colegas, entre outros.

### **WISC-III (Escala de Inteligência para Crianças – 3ª edição)**

A WISC-III corresponde à terceira edição da versão americana da Escala de inteligência de Wechsler para Crianças. É um instrumento clínico de administração individual, que avalia a inteligência de sujeitos com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos e 11 meses (Wechsler, 2003).

Apesar de manter as características estruturais das versões anteriores, a WISC-III apresenta algumas novidades relativamente aos materiais, conteúdos e procedimentos de administração. Para além dos doze subtestes da WISC-R, inclui ainda um novo (Pesquisa de Símbolos) que avalia um domínio distinto da inteligência.

A WISC-III, tal como as restantes escalas de Wechsler, explora o funcionamento intelectual nos seus mais variados aspectos, recorrendo para tal, a subtestes de natureza muito diversificada, de forma a reflectir o funcionamento intelectual global do indivíduo. Estes subtestes estão divididos em dois grupos: os verbais (Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos, este último opcional) e os de realização (Complemento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objectos, Pesquisa de Símbolos e Labirintos, estes dois últimos opcionais).

Importa ressaltar que uma análise mais detalhada à parte verbal da escala permite a avaliação das áreas específicas relativamente às quais o estudo se propõe.

De acordo com Simões (2002), a WISC-III permite o estabelecimento de um padrão de comparação intra e interindividual e permite identificar um nível global de aptidão cognitiva (ou uma estimativa do potencial intelectual) e, desta forma, verificar se um desempenho pobre num teste sugere a presença de um défice cognitivo específico ou, pelo contrário, constitui evidência de défice intelectual generalizado.

O desempenho das crianças e adolescentes pode ser assim, analisado em termos de subtestes e de três resultados compósitos (Q.I. Verbal, Q.I. de Realização e Q.I. de Escala Completa).

De acordo com Simões (2002), o Q.I. pode não ser o indicador mais útil numa interpretação clínica específica, neste sentido, o interesse da WISC-III assenta igualmente na possibilidade de comparação entre o Q.I. Verbal e o Q.I. de Realização.

Deste modo, frequentemente, a dicotomia entre o Q.I. Verbal e o Q.I. de Realização, parece revelar-se útil para saber se a criança apresenta um défice que apenas afecta as capacidades linguísticas (Q.I.V), ou as capacidades perceptivo-espaciais (Q.I.R).

Assim, e ainda segundo o autor, pela análise do predomínio relativo destas competências pode saber-se se as áreas fracas da capacidade intelectual da criança correspondem às suas competências linguísticas (Q.I. V inferior ao Q.I. R), ou às competências perceptivo-espaciais (Q.I.R inferior ao Q.I.V).

No entanto, são necessárias precauções na interpretação dessas discrepâncias pois, apesar da discrepância entre os Q.I.'s poder ser utilizada para formular hipóteses, não deve ser tida como elemento conclusivo (Hynd, Cohen, Riccio & Arceneaux, citados por Simões, 2002).

A WISC III remete-nos ainda para outros tipos de resultados potencialmente importantes do ponto de vista da interpretação como é o caso do Índice de Compreensão Verbal, do Índice de Organização Perceptiva e do Índice de Velocidade de Processamento.

Do ponto de vista psicométrico, os resultados relativos à fiabilidade e à validade da versão portuguesa da WISC-III são, de modo geral, bastante satisfatórios, em termos relativos e absolutos.

É um instrumento com elevada fidelidade principalmente nos Q.I.'s e nos índices factoriais. Os valores médios da consistência interna estimados para o Q.I. Verbal, de Realização e de Escala Completa são 0.93, 0.88 e 0.89, respectivamente.

Nos índices factoriais, os valores médios de consistência interna são de 0.87 para o índice de Organização Perceptiva, 0.91 para o índice de compreensão verbal e 0.78 para o índice de velocidade de processamento. Os valores de consistência interna para os subtestes, variam entre os 0.62 e os 0.84.

No que se refere ao acordo inter-avaliadores, este apresenta resultados elevados nomeadamente nos subtestes seleccionados, variando os valores dos coeficientes, para a totalidade do grupo avaliado, entre 0.92 para o subteste Vocabulário e 0.99 para os subtestes Semelhanças e Labirintos.

Algumas das investigações realizadas quanto à aferição portuguesa, mostram que os resultados relativos à fiabilidade são pontualmente menos satisfatórios no que diz respeito à consistência interna e estabilidade, teste-reteste de alguns subtestes, principalmente na subescala de realização (Wechsler, 2003).

### **Procedimentos**

O estudo teve como factor prioritário a recolha de dados num ambiente calmo em situação promotora das condições necessárias à manutenção da atenção dos participantes.

Numa primeira fase, as mães, após identificadas pela análise dos processos das crianças encaminhadas aos S.P.O do Agrupamento, foram convidadas a participar no estudo, através de um contacto telefónico.

Neste primeiro contacto, as participantes foram informadas, acerca da natureza e dos pressupostos do projecto de investigação, bem como, dos objectivos do mesmo. Após a concordância por parte das mães, em fazer parte integrante da investigação, foram marcadas as datas das entrevistas.

O processo de recolha de dados consistiu em dois períodos de tempo distintos. O primeiro momento da recolha dos dados sucedeu entre os meses de Fevereiro e Abril do presente ano, e correspondeu às entrevistas das mães pertencentes ao grupo experimental da amostra, bem como às avaliações das respectivas crianças (G1).

Por sua vez, o segundo momento que compôs este processo, situou-se entre os meses de Maio e Julho do mesmo ano, e correspondeu às entrevistas feitas às mães, e às avaliações dos seus filhos, que compõem o grupo de controlo da amostra (G2).

Ao iniciar cada entrevista, foi sublinhada a importância da participação de cada uma das mães, realçando-se os seus contributos essenciais para a investigação.

De igual modo, procurou-se elucidar as participantes, de uma forma mais precisa e detalhada acerca dos princípios basilares do estudo, bem como do procedimento de recolha de dados a ser seguido, e dos aspectos éticos associados ao estudo, solicitando-lhes que assinassem um termo de consentimento sobre a sua participação no estudo, assim como, sobre a participação dos seus filhos no mesmo.

Como forma de assegurar o carácter anónimo e confidencial da informação partilhada, foi atribuído a cada participante, um código numérico, de modo a permitir a identificação dos questionários e transcrição de entrevistas.

Nesta fase, e no sentido de serem explorados aspectos importantes essenciais ao estabelecimento do modelo comportamental pretendido, foi seguido um guião de entrevista composta por questões de resposta aberta e fechada.

De seguida, o processo de avaliação das mães relativamente à presença de indicadores de depressão foi feito através da aplicação do questionário sobre a saúde da paciente (PHQ-9), sendo a confirmação diagnóstica feita através da entrevista clínica estruturada (SCID).

Visto se tratar de um estudo retrospectivo, na medida que interessa perceber o estado em que as mães se encontravam nos três primeiros anos de vida do seu filho ou filha, foram investigadas as características pertinentes ao perfil do estudo através das seguintes indicações, “Durante os três primeiros anos de vida do(a) seu/sua filho(a), com que frequência sentiu pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?”, “Com que frequência na altura se sentia cansada/sem energia?”, ou “Durante esse período, com que frequência pensou em magoar-se?”.

Estas indicações foram dadas no sentido de fazer as participantes recuarem ao período dos primeiros anos de vida dos seus filhos, respondendo de acordo com a forma como se sentiam na altura. As instruções foram dadas verbalmente, e de forma pausada, sendo as respostas registadas pelo investigador.

Os dados obtidos foram codificados de acordo com as normas propostas por Kroenke et al. (1999), e Kroenke et al. (2001).

Todas as participantes foram sujeitas a um questionário sócio-demográfico, no intuito de se chegar à caracterização de um perfil sócio-demográfico.

Por fim, foi aplicado um questionário de capacidades e dificuldades (SDQ) relativo ao comportamento dos seus filhos, de acordo com as instruções de aplicação do instrumento, tendo sido os dados codificados segundo as recomendações técnicas de Goodman (1997).

Numa segunda fase, e após o consentimento dado pelas mães para a avaliação dos respectivos filhos, procedeu-se à observação e avaliação psicológica das crianças através da WISC – III (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição) excepção feita a alguns casos, cuja avaliação tinha sido realizada recentemente nos Serviços de Psicologia e Orientação do agrupamento.

Os dados da WISC – III foram codificados de acordo com as normas propostas por Wechsler (2003).

Estas avaliações foram feitas em duas sessões, tendo cada uma, uma duração média de 45 minutos.

### **Tratamento de dados**

Relativamente ao tratamento estatístico dos dados, este foi efectuado informaticamente através do SPSS (*Statistic Package for the Social Sciences*), na versão 19.0 para o Windows Vista.

No contexto da presente investigação, para a observação da distribuição da amostra utilizaram-se os testes de normalidade: Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, tendo sido a variável independente, o estado de saúde das mães nos primeiros três anos de vida dos seus filhos (presença de depressão ou não) para uma amostra de 24 inquiridos (n=24).

No sentido de caracterizar a amostra, colocando em evidência a presença ou não de depressão nas mães durante os primeiros três anos de vida dos seus filhos, por cada uma das questões sócio-demográficas e escalas dos questionários aplicados, e averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, utilizaram-se, tabelas de contingência (cruzamentos), complementadas com os testes de qui-quadrado de Pearson ou Fisher, este último aplicado apenas em tabelas 2x2.

As tabelas de contingência com o Qui-quadrado são assim utilizadas no estudo da relação entre duas ou mais variáveis (ordinais ou nominais), não devendo ser utilizada para variáveis contínuas (Pereira, 2008).

A tabela de contingência apresenta-nos na coluna a variável independente e nas linhas cada uma das variáveis a comparar, com as contagens de respostas e respectivas percentagens.

Por sua vez, e de acordo com Pereira (2008), o Teste Paramétrico T ( teste *t*) é utilizado quando se trata de amostras independentes, com dois grupos ou em amostras emparelhadas.

Assim, para investigar a existência de diferenças entre grupos, utilizaram-se o Teste Paramétrico T para amostras independentes, por cada uma das escalas contínuas (SDQ e Q.I.), e como complemento, o Teste Não Paramétrico Mann-Whitney, quando não se cumpriu o pressuposto da homogeneidade (quando no Teste Levene o valor é inferior a 0,05).

Em todas as comparações, adoptou-se um Intervalo de Confiança de 95% , sendo a significância estatística de 5% (100%-5%=95%= IC).

Assim, os valores de significância (p-value) inferiores a 0,05 indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

## Resultados

### Dados relativos à Gravidez e ao Parto

No sentido de se averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo relativamente à gravidez e ao parto, e colocando-se em evidência a presença ou não de depressão nas mães, durante os primeiros três anos de vida do seus filhos, recorreu-se a uma tabela de contingência, complementada através do teste do Qui-Quadrado de Fisher, uma vez se tratar de uma tabela (2x2).

A variável independente foi assim o estado de saúde das mães (Depressivo ou não Depressivo) nos primeiros três anos de vida das crianças, para uma amostra de 24 inquiridos (n = 24).

Face ao exposto no quadro 4, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na gravidez (n = 24; p = 0,009), concluindo-se que as mães que sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos, tiveram uma gravidez com mais complicações, comparativamente às mães correspondentes ao grupo de controlo da amostra.

**Quadro 4. Valores da Tabela de Contingência dos dados relativos à gravidez em função do estado de saúde das mães nos primeiros três anos de vida dos seus filhos**

	G1		G2		Total		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Criança desejada?</b>								
Não	2	8,3	4	16,7	6	25	- a)	0,64
Sim	10	41,7	8	33,3	18	75		
<b>Gravidez</b>								
Normal	4	16,7	11	45,8	15	62,5	- a)	<b>0,009*</b>
Com complicações	8	33,3	1	4,2	9	37,5		
<b>Parto</b>								
Normal	6	25	10	41,7	16	66,7	- a)	0,193
Com complicações	6	25	2	8,3	8	33,3		
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>100</b>		

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

a) apenas apresentado o valor de significância estatística

\* diferenças estatisticamente significativa para um IC de 95%, a p value < 0,05 (5%)

## Desenvolvimento Psicomotor da Criança

Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas no desenvolvimento psicomotor da criança entre os grupos, utilizou-se uma vez mais, o teste de Qui-quadrado através das tabelas de contingência, concluindo-se que não existem diferenças estatisticamente significativas quer no início da marcha ( $n = 24$ ;  $X^2 = 0,533$ ;  $P = 0,766$ ), quer na aquisição da fala ( $n = 24$ ;  $X^2 = 0,944$ ;  $P = 0,624$ ), como se pode observar no quadro 5.

Apenas a variável tempo de amamentação, apresenta um valor estatisticamente significativo ( $n = 24$ ;  $X^2 = 9,778$ ;  $P = 0,044$ ), concluindo-se que o tempo de amamentação das crianças do grupo experimental foi maior comparativamente com o tempo de amamentação das crianças pertencentes ao grupo de controlo.

**Quadro 5. Comparação entre grupos dos dados relativos ao desenvolvimento da criança**

	G1		G2		Total		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Dificuldades de Amamentação</b>								
Não	8	33,3	7	29,2	15	62,5	- a)	1
Sim	4	16,7	5	20,8	9	37,5		
<b>Tempo de Amamentação</b>								
Não houve	1	4,2	1	4,2	2	8,3		
Menos de 2 meses	3	12,5	1	4,2	4	16,7	9,778	<b>0,044*</b>
2 a 6 meses	2	8,3	7	29,2	9	37,5		
7 a 12 meses	1	4,2	3	12,5	4	16,7		
Mais de 12 meses	5	20,8	0	0	5	20,8		
<b>Início da Marcha</b>								
Precoce	1	4,2	2	8,3	3	12,5	0,533	0,766
Adequado	8	33,3	8	33,3	16	66,7		
Tardio	3	12,5	2	8,3	5	20,8		
<b>Aquisição da Fala</b>								
Precoce	2	8,3	4	16,7	6	25	0,944	0,624
Adequado	7	29,2	6	25	13	54,2		
Tardio	3	12,5	2	8,3	5	20,8		
<b>Controlo Esfincteriano</b>								
Adequado	4	16,7	8	33,3	12	50	- a)	0,22
Tardio	8	33,3	4	16,7	12	50		
<b>História Clínica</b>								
Nada a registar	1	4,2	1	4,2	2	8,3	0,733	0,693
Doenças Normais	5	20,8	7	29,2	12	50		
Outra(s)	6	25	4	16,7	10	41,7		
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>100</b>		

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

a) apenas apresentado o valor de significância estatística

\* diferenças estatisticamente significativa para um IC de 95%, a p value < 0,05 (5%)

## Comparação da Caracterização Clínica das Mães

De modo a investigar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental (G1) e o grupo de controlo (G2), no que se refere à caracterização clínica das mães, recorreu-se ao teste do qui-quadrado (Pearson ou Fisher) através das tabelas de contingência.

Como se pode observar no quadro 6, existem diferenças estatisticamente significativas em quase todas as variáveis clínicas, concluindo-se desta forma, que as mães que sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos, tiveram mais períodos sem trabalhar, ( $n = 24$ ;  $X^2 = 17,143$ ;  $p = 0,001$ ), recorreram mais vezes a tratamentos psiquiátricos/neurológicos e psicológicos, ( $n = 24$ ;  $X^2 = 10,933$ ;  $p = 0,027$ ), e a medicação ( $n = 24$ ;  $p = 0,014$ ), do que as mães referentes ao grupo de controlo.

**Quadro 6. Comparação entre grupos em relação às características clínicas das mães**

	G1		G2		Total		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Período sem trabalhar devido à depressão</b>								
Nenhuma vez	2	8,3	12	50	14	58,3	17,143	<b>0,001*</b>
Uma vez	6	25	0	0	6	25		
Duas vezes	3	12,5	0	0	3	12,5		
Três ou mais vezes	1	4,2	0	0	1	4,2		
<b>Tratamentos Anteriores</b>								
Não	0	0	7	29,2	7	29,2	10,933	<b>0,027*</b>
Médico de Família	1	4,2	1	4,2	2	8,3		
Psiquiatria/Neurologia	8	33,3	2	8,3	10	41,7		
Psicologia	1	4,2	1	4,2	2	8,3		
Psiquiatria e Psicologia	2	8,3	1	4,2	3	12,5		
<b>Medicação Anterior</b>								
Não	0	0	6	25	6	25	- a)	<b>0,014*</b>
Sim	12	50	6	25	18	75		
<b>Internamento</b>								
Não	9	37,5	11	45,8	20	83,3	- a)	0,59
Sim	3	12,5	1	4,2	4	16,7		
<b>Total</b>		12	100	12	50	24	100	

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

a) apenas apresentado o valor da significância estatística

\* diferenças estatisticamente significativas para um IC de 95%, a  $p$  value < 0,05 (5%)

## Contexto Escolar da Criança

Com o objectivo de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no desempenho académico da criança em função da presença ou não de depressão na mãe nos primeiros três anos de vida do seu filho, recorreu-se novamente às tabelas de contingência (cruzamentos), complementadas com os testes de qui-quadrado (Pearson ou Fisher).

Através do exposto no quadro 7, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na variável, problemas de adaptação (  $n = 24$ ;  $p = 0,036$ ), concluindo-se que o grupo de crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos, apresentaram maiores problemas na adaptação escolar, quando em comparação com as crianças do grupo de controlo.

Relativamente às notas escolares, pode-se observar que existem igualmente diferenças estatisticamente significativas a nível da Matemática ( $n = 24$ ;  $X^2 = 9,044$ ;  $p = 0,029$ ), sendo o número de negativas nesta disciplina superior nas crianças pertencentes ao grupo 1.

Quanto à nota de Português e apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, podem-se ainda assim, verificar diferenças significativas para o estudo, apresentando as crianças do grupo experimental um maior número de negativas nesta área.

Observa-se de igual modo, que as crianças do grupo experimental não apresentam nenhuma nota elevada (4 e 5), comparativamente com o grupo de controlo da amostra.

O número de retenções é também maior nas crianças correspondentes ao grupo experimental, apesar de não equivaler a uma diferença estatisticamente significativa.

**Quadro 7. Comparação entre grupos dos valores da tabela de Contingência relativos ao contexto escolar das crianças**

	<b>G1</b>		<b>G2</b>		<b>Total</b>		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>Problemas de Adaptação</b>								
Não	4	16,7	10	41,7	14	58,3	-a)	<b>0,036*</b>
Sim	8	33,3	2	8,3	10	41,7		
<b>Número de Retenções</b>								
Nenhuma	6	25	10	41,7	16	66,7	3,286	0,193
Uma vez	5	20,8	2	8,3	7	29,2		
Duas vezes	1	4,2	0	0,0	1	4,2		
<b>Áreas de maior dificuldade</b>								
Nenhuma	1	4,2	1	4,2	2	8,3		
Português	2	8,3	4	16,7	6	25	1	0,801
Matemática	2	8,3	2	8,3	4	16,7		
Português, Mat. e outras	7	29,2	5	20,8	12	50		

<b>Apoio ao estudo</b>		Não tem	3	12,5	1	4,2	4	16,7		
		Nos T.P.C	1	4,2	1	4,2	2	8,3		
		Apoio na escola	3	12,5	2	8,3	5	20,8		
		Apoio fora da escola	1	4,2	7	29,2	8	33,3	7,5	0,112
		Apoio dentro/fora da escola	4	16,7	1	4,2	5	20,8		
<b>Nota a Português</b>										
		2	7	29,2	2	8,3	9	37,5		
		3	5	20,8	5	20,8	10	41,7	7,778	0,051
		4	0	0	4	16,7	4	16,7		
		5	0	0	1	4,2	1	4,2		
<b>Nota a Matemática</b>										
		2	8	33,3	1	4,2	9	37,5		
		3	3	12,5	7	29,2	10	41,7	9,044	<b>0,029*</b>
		4	1	4,2	3	12,5	4	16,7		
		5	0	0	1	4,2	1	4,2		
<b>Total</b>			12	50	12	50	24	100		

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

a) apenas apresentado o valor de significância estatística

\* diferenças estatisticamente significativa para um IC de 95%, a p value < 0,05 (5%)

### Comparação entre grupos das médias dos Q.I.'s das Crianças

De forma a investigar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos, relativamente aos Q.I.'s das crianças, utilizou-se o teste paramétrico T (teste *t*) a um intervalo de confiança de 95% (*IC* = 95%) com uma significância estatística de 5%.

Apesar da robustez estatística deste teste, complementou-se o estudo com o respectivo teste não paramétrico Mann-Whitney (MW).

Segundo o quadro 8, e pela análise das estatísticas descritivas verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todos os Q.I.'s, nomeadamente no Q.I.Verbal ( $p = 0,002 < 0,05$ ), no Q.I. de Realização ( $p = 0,013 < 0,05$ ), e no Q.I. de Escala completa ( $p = 0,004 < 0,05$ ), concluindo-se que as crianças do grupo 1, cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos filhos, apresentam um desenvolvimento cognitivo global inferior, assim como, na parte verbal e no domínio de realização (percepção visual) da escala de Wechsler (WISC-III), relativamente às crianças do grupo 2.

**Quadro 8. Comparação entre grupos em relação às médias dos Q.I.'s através do teste *t* para amostras independentes com o teste equivalente não paramétrico Mann-Whitney**

	Amostra	N	Média	Desv-Padrão	p (teste <i>t</i> )	p (MW)
<b>Q.I. Verbal</b>	G 1	12	79,83	15,567	<b>0,002*</b>	<b>0,008*</b>
	G2	12	98,75	10,235		
<b>Q.I. Realização</b>	G1	12	84,50	15,946	<b>0,013*</b>	<b>0,015*</b>
	G2	12	101,50	14,688		
<b>Q.I. de Escala Completa</b>	G1	12	78,83	16,905	<b>0,004*</b>	<b>0,007*</b>
	G2	12	98,92	13,139		

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

\* diferenças estatisticamente significativas para um IC de 95%, a p value < 0,05 (5%)

### Comparação entre grupos dos resultados nas Escalas do SDQ

Para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas, colocando-se em evidência a presença ou não de depressão nas mães, durante os primeiros três anos de vida do seus filhos, para a escala contínua (SDQ), utilizou-se o Teste Paramétrico (teste *t*) a um intervalo de confiança de 95% (IC = 95%) com uma significância estatística de 5%. Uma vez mais, como complemento, recorreu-se ao Teste Não Paramétrico Mann-Whitney (MW).

Assim, face ao exposto no quadro 9, através da análise das estatísticas descritivas, podem-se observar diferenças estatisticamente significativas na escala de Sintomas Emocionais ( $p = 0,028 < 0,05$ ), o que significa que, as crianças que compõem o grupo 1, de acordo com a avaliação feita pelas respectivas mães, apresentam maiores dificuldades de regulação emocional, relativamente às crianças do grupo 2.

**Quadro 9. Comparação entre grupos relativamente às médias das escalas do SDQ através do teste *t* para amostras independentes com o teste equivalente não paramétrico Mann-Whitney**

Escalas SDQ	Amostra	N	Média	p (teste <i>t</i> )	p (MW)
<b>Pontuação Total</b>	Grupo 1	12	19,17	0,18	0,233
	Grupo 2	12	16,17		
<b>Sintomas Emocionais</b>	Grupo 1	12	6	<b>0,028*</b>	<b>0,033*</b>
	Grupo 2	12	4		
<b>Problemas de comportamento</b>	Grupo 1	12	3,58	0,718	0,859
	Grupo 2	12	3,33		
<b>Hiperactividade</b>	Grupo 1	12	7,17	1	0,677
	Grupo 2	12	7,17		
<b>Problemas de Relacionamento com colegas</b>	Grupo 1	12	2,33	0,56	0,859
	Grupo 2	12	1,92		
<b>Comportamento Pró-social</b>	Grupo 1	12	6,58	0,072	0,094
	Grupo 2	12	8,25		
<b>Impacto das dificuldades da criança</b>	Grupo 1	12	2,75	0,333	0,442
	Grupo 2	12	2,17		

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

\* diferenças estatisticamente significativas para um IC de 95%, a p-value < 0,05 (5%)

Em variáveis contínuas da pontuação para as outras escalas aplicando o teste paramétrico (teste *t*) e o teste não paramétrico Mann-Whitney (MW), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nesse sentido e para uma análise mais pormenorizada, avançou-se a análise para a escala com variáveis intervalares, de modo a verificar se com essa escala por intervalos eram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Assim, utilizou-se o teste do Qui-quadrado (Pearson ou Fisher), através das tabelas de contingência

Conforme se pode observar no quadro 10, constata-se novamente a existência de diferenças estatisticamente significativas na escala de Sintomas Emocionais ( $n = 24$ ;  $X^2 = 6,238$ ;  $p = 0,044$ ), o que reforça os resultados anteriores. No entanto, verifica-se ainda, que existem diferenças estatisticamente significativas na escala do Comportamento Pró-Social, entre os intervalos normal e anormal ( $n = 24$ ;  $p = 0,037$ ), revelando-se as crianças do grupo 1, de acordo com as mães, como menos competentes socialmente.

**Quadro 10. Comparação entre grupos em relação à pontuação total e às escalas do SDQ**

Escalas SDQ	G1		G2		Total		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%		
<b>Pontuação Total</b>								
Normal	1	4,2	4	16,7	5	20,8	2,329	0,312
Limítrofe	1	4,2	1	4,2	2	8,3		
Anormal	10	41,7	7	29,2	17	70,8		
<b>Sintomas Emocionais</b>								
Normal	1	4,2	5	20,8	6	25	6,238	<b>0,044*</b>
Limítrofe	1	4,2	3	12,5	4	16,7		
Anormal	10	41,7	4	16,7	14	58,3		
<b>Problemas Comportamentais</b>								
Normal	1	4,2	4	16,7	5	20,8	3,086	0,214
Limítrofe	5	20,8	2	8,3	7	29,2		
Anormal	6	25	6	25	12	50		
<b>Hiperactividade</b>								
Normal	3	12,5	4	16,7	7	29,2	2,21	0,331
Limítrofe	2	8,3	0	0	2	8,3		
Anormal	7	29,2	8	33,3	15	62,5		
<b>Prob. Relacionamento Colegas</b>								
Normal	7	29,2	9	37,5	16	66,7	1,25	0,535
Limítrofe	2	8,3	2	8,3	4	16,7		
Anormal	3	12,5	1	4,2	4	16,7		
<b>Comportamento Pró-Social</b>								
Normal	7	29,2	12	50	19	79,2	- a)	<b>0,037*</b>
Anormal	5	20,8	0	0	5	20,8		
<b>Impacto das dificuldades na Criança</b>								
Normal	0	0	2	8,3	2	8,3	2,222	0,329
Limítrofe	2	8,3	2	8,3	4	16,7		
Anormal	10	41,7	8	33,3	18	75		
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>100</b>		

G1 Crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos

G2 Crianças cujas mães não sofreram depressão nem outros distúrbios psiquiátricos nos primeiros três anos dos filhos

a) apenas apresentado o valor de significância estatística

\* diferenças estatisticamente significativas para um IC de 95%, a p-value <0,05 (5%)

## **Discussão e Conclusão**

De um modo geral, após a análise dos dados obtidos no presente estudo, e uma vez estabelecido um paralelismo com a revisão da literatura, pode-se concluir pela existência do impacto negativo da depressão materna no desenvolvimento da criança em idade escolar, caracterizando-se como condição de vulnerabilidade que carece de intervenções capazes de promover mecanismos de proteção para um desenvolvimento sadio e adequado.

De acordo com a análise do perfil demográfico das participantes não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, não se demonstrando a associação entre as variáveis demográficas e a incidência da depressão materna na amostra estudada.

A amostra é assim constituída, em ambos os grupos, por mães com uma média de idades aproximada, maioritariamente provenientes de zona rural.

No que se refere ao estado civil, a maioria das participantes é casada, no entanto, os dados do presente estudo demonstram que existe um maior número de participantes divorciadas entre as mães pertencentes ao grupo experimental da amostra, tendo ocorrido dois destes divórcios ainda durante a gravidez, o que constitui um factor determinante no início da depressão pós-parto (Silva, Souza, Moreira & Genestra, 2003).

Quanto às habilitações literárias, os resultados do presente estudo indicam que existe um predomínio de participantes com habilitações ao nível do 9º ano/Rvcc, tendo apenas 8,30% da amostra seguido o ensino superior, sendo este valor referente apenas às mães das crianças do grupo de controlo.

Um outro aspecto a destacar, prende-se com o facto de apenas as mães que sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos, se encontrarem actualmente de baixa, ou já reformadas, o que se pode dever às respectivas condições clínicas.

Relativamente à caracterização clínica da amostra, observa-se que as mães que sofreram depressão nos três primeiros anos de vida dos seus filhos, foram as que apresentaram mais complicações durante a gravidez, o que se pode dever em parte, ao facto de algumas destas mães terem começado a sentir os primeiros sintomas da depressão ainda durante o período pré-natal. A depressão é assim, uma condição psicopatológica que afecta o desenvolvimento da gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto, a curto e longo prazo (Campagne, 2004).

Por outro lado, não obstante o facto de se poder explicar a presença de complicações durante a gravidez como consequência da depressão, deve-se considerar a hipótese da depressão materna ser ela em alguns destes casos consequente das complicações vividas durante a gravidez.

Na verdade, são diversas as condições clínicas apresentadas pelas mães que podem potenciar os efeitos negativos da depressão sobre o desenvolvimento infantil.

Assim, as mães referentes ao grupo experimental foram aquelas que recorreram mais a tratamentos psiquiátricos/neurológicos e psicológicos, bem como, a medicações, o que poderá ter conduzido a um prejuízo no estabelecimento de uma boa vinculação com os respectivos filhos.

Foram estas mães que passaram mais períodos de tempo sem trabalhar, o que até poderia funcionar como factor promotor de uma boa relação entre mãe e filho, uma vez que tinham assim mais tempo para investir na relação. No entanto, uma mãe deprimida poderá não ter a energia necessária para padrões de interacção tão morosos (Brazelton & Greenspan, 2004).

No que se refere à comparação entre grupos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente à aquisição da fala, da marcha ou do controlo esfinteriano. No entanto, este resultado poderá estar relacionado com o facto de estarmos perante crianças que, por razões diversas, todas elas já tinham sido encaminhadas para os Serviços de Psicologia e Orientação.

Contudo, existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tempo de amamentação das crianças, concluindo-se que as mães que sofreram depressão amamentaram os seus filhos até mais tarde, em comparação com as mães referentes ao grupo de controlo da amostra. Este resultado não é condizente com as investigações de Hatton et al. (2005), segundo as quais, a sintomatologia depressiva no período pós-parto precoce poderia ter consequências como a diminuição do tempo de amamentação e o aumento das dificuldades em amamentar.

No entanto este resultado pode ser explicado, tendo em conta que estamos perante um grupo de mães, que relatam ter sofrido depressão nos primeiros três anos de vida dos seus filhos, algumas das quais, tendo começado a sentir os sintomas da depressão apenas no 2º e 3º ano de vida da criança, ou seja, após o tempo crucial de amamentação.

Relativamente ao contexto escolar, a constatação de mais dificuldades na adaptação escolar por parte das crianças que conviveram com a depressão materna remete às investigações de Essex *et al.* (2006), onde se concluiu que estas crianças apresentam uma desregulação emocional na pré-escola, e posteriores dificuldades sociais e académicas durante o início da fase escolar.

Os mesmos autores, referiram ainda que estas crianças têm maior probabilidade de apresentarem dificuldades de aprendizagem.

Neste sentido foi investigada a possível existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente às áreas de maior dificuldade, ao número de retenções, e às notas nas disciplinas estruturantes do Português e da Matemática.

Conclui-se que as crianças que conviveram com depressão materna nos três primeiros anos de vida, quando comparadas com as crianças do grupo de controlo, apresentam piores notas a Português e a Matemática, correspondendo esta última, a uma diferença estatisticamente significativa.

Para além do número de negativas em ambas as disciplinas ser maior no grupo experimental, a escassez de notas mais elevadas (4 e 5) neste grupo, é também evidente e preocupante.

De igual modo, estas crianças apresentam um maior número de retenções, ainda que esta diferença, não se constitua como estatisticamente significativa.

Observa-se, assim, em concordância com os estudos de Essex et al. (2006), que a depressão materna se constitui como condição de risco no desempenho académico das crianças.

Contudo, relativamente às áreas de maior dificuldade não se apresentam diferenças relevantes para o estudo, o que se pode dever, uma vez mais, ao facto da amostra fazer referência a alunos encaminhados aos S.P.O, que geralmente apresentam défices numa ou mais áreas específicas.

No que se refere à comparação dos Q.I.'s, observam-se diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da escala.

A análise dos testes específicos da parte verbal mostra que as crianças que conviveram com a depressão materna nos seus três primeiros anos de vida, se diferenciaram das crianças do grupo de controlo, salientando-se na generalidade das crianças do grupo experimental, um perfil de resultados abaixo da média, nomeadamente em provas que avaliam as competências linguísticas e de expressão do pensamento, medidas pelos subtestes de Semelhanças, Compreensão e Vocabulário, este que em conjunto com o subteste da Informação, avalia os conhecimentos lexicais.

Tais resultados estão em concordância com as investigações de Grace, Evindar e Stewart (2003), segundo as quais, as crianças que conviveram com depressão materna, revelam a presença de limitações nas funções mentais da linguagem.

No presente estudo, são também evidentes as dificuldades gerais destas crianças a nível do cálculo mental (capacidade de raciocínio), avaliadas através do subteste da Aritmética. Uma vez mais, os resultados apoiam a revisão da literatura, onde Hay et al. (2001),

sublinharam a existência de limitações graves nas funções do cálculo em crianças filhas de mães com diagnóstico de depressão por um período mínimo de três meses.

De um modo global, estes resultados evidenciam uma correlação entre os desempenhos na WISC – III e as classificações escolares, podendo explicar em parte o fraco desempenho académico destas crianças a nível das áreas do Português e da Matemática, uma vez que o desenvolvimento da criança nestes diferentes domínios da WISC, poderá ajudar a prever o sucesso ou insucesso escolar.

É possível ainda uma melhor compreensão deste resultado, tendo por base os estudos de Simões e Albuquerque (2002) acerca da correlação entre a WISC-III e as notas escolares a Português e Matemática, cujos resultados eram idênticos aos encontrados noutros países, apontando, de acordo com o esperado, para uma relação mais evidente entre classificações escolares e o Q.I. de Escala Completa ou o Q.I. Verbal.

Também em situação de entrevista foram observadas algumas diferenças, tendo a grande maioria das crianças referentes ao grupo experimental (G1), evidenciado uma produção linguística abaixo dos parâmetros para as respectivas idades cronológicas, sendo comum a falta de fluidez da expressão oral, bem como, as dificuldades na explicitação argumentativa, em comparação com as crianças do grupo de controlo (G2). Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Carlson e Earls (1997) nos orfanatos da Roménia, onde os autores concluíram que as crianças negligenciadas de cuidados afectivos, não tinham desenvolvido a linguagem nem as capacidades que lhes permitissem comunicar as necessidades mais básicas.

Este aspecto é muito importante sob a perspectiva clínica, na medida que, a prevenção do atraso da linguagem representa um enorme desafio para os serviços de saúde. Para além disso, tem ainda potencial para contribuir na discussão científica em relação à influência que as primeiras experiências de vida têm a nível do desenvolvimento posterior (Hay et al., 2001).

Por sua vez, relativamente à análise das escalas do SDQ, verificou-se que de entre as crianças relativas à amostra, mais de metade (58,30 %), revelaram dificuldades na regulação emocional, sendo 41,70 % desse valor correspondente ao grupo de crianças cujas mães sofreram depressão nos primeiros três anos de vida dos filhos, concluindo-se deste modo, que as crianças do grupo 1 revelam maiores dificuldades na regulação das emoções.

Pode-se compreender este resultado tendo em consideração os pressupostos de Goodman e Gotlib (1999), em que os autores defendem que a vulnerabilidade das crianças que convivem com a depressão materna pode emergir no domínio afectivo, manifestado através de dificuldades na regulação emocional.

Também Tronick e Weinberg (2000) afirmaram que as crianças cujas mães manifestavam quadro depressivo apresentavam dificuldades para se envolverem e manterem uma interação social, resultando em défices na regulação dos seus estados afectivos.

Existe, desta forma, um maior risco por parte destas crianças em apresentarem um desenvolvimento sócio-emocional pobre, quando comparadas com crianças filhas de mães sem quadro depressivo.

Um aspecto a ter em consideração prende-se com o facto das dificuldades de aprendizagem de regulação emocional e de normas sociais por parte das crianças que conviveram com a depressão materna, serem atribuídas ao facto das mães depressivas serem menos dotadas dos recursos necessários para o ensino de habilidades de regulação emocional aos seus filhos (Silk et al., 2006).

No seguimento deste ponto, é natural que uma mãe que tenha apresentado um diagnóstico de depressão nos primeiros anos da vida do filho, não dispusesse das competências necessárias para reforçar as manifestações afectivas e os meios mais adaptativos para a criança.

Relativamente aos resultados obtidos na escala do comportamento Pró-Social, observa-se que as crianças que conviveram com depressão materna nos primeiros três anos das suas vidas, apresentam menores habilidades pró-sociais, isto de acordo com a avaliação feita pelas próprias mães.

Estes resultados vão ao encontro dos apresentados por Hay e Pawlby (2003), no entanto, estes autores chamam à atenção para a tendência que as mães com depressão têm para acentuarem as dificuldades dos seus filhos.

Este aspecto poderá ser entendido à luz das palavras de Winnicott, “as mães vêem o seu bebé através da sua própria janela” (citado por Gomes-Pedro et al., 2005, p. 207).

Os dados controversos da literatura relativamente à validade dos relatos das mães com depressão sobre os comportamentos dos filhos, sugerem uma visão mais negativa destas mães acerca dos seus filhos.

Deste modo, a constatação de que a depressão materna pode influenciar a percepção da mãe sobre os problemas das crianças, sublinha a necessidade da utilização de múltiplas fontes para a avaliação de variáveis tão complexas.

Com base neste pressuposto, no presente estudo, além da mãe como informante, teve-se em consideração o relato da própria criança, o que constitui um ponto positivo da investigação.

Quanto às outras escalas do SDQ, não se apresentam diferenças estatisticamente significativas. Este resultado por sua vez, parece não corroborar a generalidade dos estudos que têm encontrado correlações positivas entre depressão materna e problemas comportamentais nas crianças, no entanto, tal resultado poder-se-á dever ao facto, do grupo de controlo ter ele próprio alguns problemas comportamentais, ainda que resultantes de outros factores, motivo pelo qual, algumas das crianças que o compõem foram referenciadas aos S.P.O.

Relativamente à pontuação total das dificuldades, e apesar de também não se verificarem diferenças estatisticamente significativas, pode-se observar, que um número elevado de crianças foi identificado com uma pontuação total de dificuldades considerada anormal (70, 80 %), independentemente da condição de terem convivido com a depressão materna, no entanto, verifica-se ainda assim, que esta condição favoreceu a presença de mais dificuldades para as crianças em idade escolar, uma vez que se verifica dentro do grupo experimental, uma taxa de 41,70% com resultado considerado anormal, configurando-se esta condição, como factor de risco para o desenvolvimento da criança.

Contudo não se pode descurar o facto do presente estudo ter como amostra, crianças seguidas nos S.P.O do agrupamento, o que constitui um aspecto limitativo da investigação. A amostra não reflecte assim, a população geral de crianças em idade escolar, para além do seu tamanho não ser significativo (n = 24).

No entanto, ao serem analisados os aspectos metodológicos outras limitações se afiguram.

O presente estudo tem a limitação de um estudo retrospectivo que depende da memória das participantes acerca dos primeiros três anos de vida dos respectivos filhos. De modo a evitar o viés por falta de credibilidade na recolha dos dados, esta foi feita pelo investigador na presença das participantes, com a utilização concomitante do questionário de diagnóstico (PHQ-9), e confirmação diagnóstica através da SCID-I.

O facto de se tratar de um estudo de corte transversal, constitui também um aspecto limitador, uma vez que não possibilita a sequência temporal da associação entre as variáveis investigadas.

Contudo, mais do que procurar oferecer respostas, esta investigação procurou também, o levantamento de algumas questões para futuras investigações.

Deste modo, sublinha-se a necessidade de novos estudos que procurem alargar a compreensão sobre as implicações da depressão materna no desenvolvimento infantil, recorrendo-se para tal a amostras de maior dimensão e a outras fontes de informação externas

à família, como os professores, de modo a investigar o comportamento das crianças fora do ambiente familiar.

As evidências apontadas pela literatura indicam a importância da avaliação precoce da depressão materna. Neste sentido, são necessárias mais investigações acerca da importância de práticas preventivas na depressão materna, procurando garantir a identificação precoce das crianças expostas a esta situação, e o tratamento efectivo da sintomatologia materna, proporcionando à mãe, o apoio necessário para que enfrente os eventuais episódios de depressão.

Da mesma forma, investigações futuras deverão ter em consideração aspectos relacionados com a gravidade e cronicidade da sintomatologia materna, bem como, o grau de remissão da depressão.

A realização de outros estudos sobre esta temática numa população pré-escolar, seria de grande relevância, na medida em que seria possível identificar as áreas de aprendizagem afectadas, podendo assim, serem estabelecidos desde cedo, planos de acompanhamento e programas interventivos determinantes na promoção do sucesso escolar.

No entanto, a presença da depressão num determinado momento após o nascimento da criança, não permite a realização de um prognóstico preciso acerca das suas implicações na qualidade da interacção que se estabelecerá nos meses posteriores, pois prever o futuro, é sempre uma tarefa delicada e limitada.

Assim, é evidente a necessidade de se levarem a cabo estudos longitudinais, que permitirão um melhor acompanhamento da criança e da respectiva família em intervalos regulares.

Concluindo, espera-se com a presente investigação a expansão de novas estratégias de intervenção precoce que incentivem o desenvolvimento da criança, evitem o aparecimento de problemas, e simultaneamente, facilitem a vida em família.

Esta linha de investigação, contribuiu para o estabelecimento de um modelo comportamental de uma mãe deprimida, tornando mais fácil a identificação precoce e correcção deste quadro clínico, através do uso de instrumentos de fácil aplicação, permitindo desta forma, evitar ou pelo menos atenuar, os efeitos lesivos para a dinâmica familiar.

O estudo permitiu ainda, um melhor esclarecimento acerca da associação entre a depressão materna e a problemática das dificuldades de aprendizagem em idade escolar.

Outro dos contributos deste estudo, foi o cruzamento de informações relativas às características clínicas das mães com os dados sócio-demográficos das mesmas e dos seus filhos, abordando-se deste modo, as relações familiares em situação de depressão materna,

possibilitando assim a modificação das atitudes e comportamentos por parte da família, para que as crianças possuam a oportunidade de se desenvolver de forma adequada.

As crianças encontram-se assim muitas vezes, no meio de uma “guerra” criada pelos adultos que a envolvem, “Não é o mar que é vulnerável. Pelo contrário, devido aos perigos que encerra, o mar transforma os que nele navegam em seres vulneráveis. No caso da criança, as características do mar podem comparar-se sobretudo à família” (Gomes-Pedro et al., 2005, p. 33).

Cabe assim à família ajudar a criança a subir os degraus da escala do desenvolvimento (Gomes-Pedro et al., 2005), mas sobretudo, cabe à mãe regular o sistema de apoio de vida da criança, não apenas na fase inicial, mas mais do que isso, a sua trajectória exploratória na fase posterior, cabe a ela, pôr a criança em contacto com o mundo que a rodeia, para que nele se produza, e para que nele adquira o que precisa, pois “O mundo é a rua da infância. Naquela rua onde as coisas adquirem uma qualidade mágica ” (Millás, 2009).

E embora a criança consiga atingir os objectivos da separação, individuação e independência, o adulto que dele surgir manterá no seu íntimo essa estrutura para adaptação, imbuída de uma rede de memórias emocionais centradas na mãe.

Contudo, a ausência de oportunidades iniciais para experiências interactivas no contexto de uma ligação emocional recíproca não elimina necessariamente, a possibilidade de, no futuro, a criança se tornar num adulto seguro, pois existem diversos caminhos para a aquisição das competências necessárias, no entanto, esses são caminhos muitas vezes longos e menos eficazes (Gomes-Pedro et al., 2005).

As mães são assim segurança e força, e é a quem recorremos quando algo está errado (Cordeiro, 2009), no entanto, a contingência de uma mãe consiste em não responder de forma indiscriminada às necessidades dos seus filhos, mas pelo contrário, em responder de forma correcta, propiciando-lhe, estratégias, respostas e um meio que promova o seu natural desenvolvimento equilibrado e sadio.

Por sua vez, torna-se trabalho do filho, amar e ser amado, e o afecto, é essa capacidade que se adquire quando se é amado, mas também é, a capacidade de libertar-se. É esse o elo unificador entre pais e filhos (Parot, 2004).

## **Bibliografia**

- ✓ American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, (4ª ed.). Revisão de Texto (DSM-IV- TR), Climepsi Editores.
- ✓ American Psychiatric Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, (4ª ed.). Washington, DC: Author.
- ✓ Barnard, E., & Kelly, F. (1990). *Assessment of parent–child interaction*. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 278–302). New York: Cambridge University Press.
- ✓ Bluestone, C., & Tamis-LeMonda, S. (1999). *Correlates of parenting styles in predominantly working- and middle-class African American mothers*. *Journal of Marriage & the Family*, 61, 881–893.
- ✓ Borsa, C., & Dias, G. (2004). *Relação Mãe e Bebê: as expectativas e vivências do puerpério*. *Revista Perspectiva*, 28 (102), 39-53.
- ✓ Bowlby, J. (1989). *Uma base segura-aplicações clínicas da teoria do apego*. (S.M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).
- ✓ Brazelton, B., & Greenspan, I. (2004). *A Criança e o seu Mundo*. Lisboa: Editorial Presença.
- ✓ Brites, J., Moreira, C., & Baptista, A. (2000). *Estudo dos factores psicossociais relacionados com a depressão pós-parto*. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias (Eds.), *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 207-258). Lisboa: ISPA.
- ✓ Bromwich, M. (1990). *The interaction approach to early intervention*. *Infant Mental Health Journal*, 11, 66–79.

- ✓ Campagne, D. (2004). *The obstetrician and depression during pregnancy*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; 116 (2): 125-30.
- ✓ Carlson, M., & Earls, F. (1997). *Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania*. Ann N Y Acad Sci.807:419 28.
- ✓ Cordeiro, M. (2008 março). *Mãe, sempre ela*. Revista Pais e Filhos. nº 206, 52-54.
- ✓ Del-Ben, C., Vilela, J., Crippa, J., Hallak, J., Labate, C., & Zuardi A. (2001). *Confiabilidade teste-reteste da entrevista clínica estruturada para o DSMIV – Versão clínica (SCID-CV) traduzida para o português*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 23, 156-159.
- ✓ Diekmeyer, U. (1998). *O Desenvolvimento da Criança – 1 ano*. Lisboa: Presença.
- ✓ Essex, M., Kraemer, H., Armstrong, J., Boyce, W., Goldsmith, H., Klein, M., et al. (2006). *Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems*. Arch Gen Psychiatry; 63(11): 1246-56.
- ✓ Figueiredo, B. (2001). *Perturbações psicopatológicas do puerpério*. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto.
- ✓ Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Educação e Psicologia, Minho, Portugal.
- ✓ Gomes-Pedro, J., Nugent, J., Young, J., & Brazelton, T. (2005). *A criança e a família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro.
- ✓ Goodman, R. (1999). *The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden*. Journal of Child Psychology and Psychiatry; 40: 791-801.

- ✓ Goodman, S., & Gotlib, I. (1999). *Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission*. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- ✓ Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 38:581-586.
- ✓ Grace, L., Evindar, A. & Stewart, E. (2003). *The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature*. *Archive of Woman Mental Health*, 6 (4), 263-274.
- ✓ Green, A. (1988). *A mãe morta*. In: *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta. 239-273.
- ✓ Gross, A. (1994). *Children of the Mentally III*. In: Johnson, B.S.(ed.) *Child, adolescent and family psychiatric nursing*, Philadelphia: Lippincott Company; 8: 101-113.
- ✓ Hatton, D., Harrison-Honner, J., Coste, S., Dorato, V., Curet, L. & Maccaron, D. (2005). *Symptoms of postpartum depression and breastfeeding*. *Journal of Human Lactation*, 21: 444-49.
- ✓ Hay, F., & Pawlby, S. (2003). *Prosocial development in relation to children's and mothers' psychological problems*. *Child Dev*; 74 (5):1314-27.
- ✓ Hay, 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*.
- ✓ Klaus, M., Kennel, J., & Klaus, P. (2000). *Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: ArtMed.
- ✓ Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). *Validity of a Brief Depression Severity Measure*. *J Gen Intern Med*; 16: 606-613.

- ✓ Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (1999). *The Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group*. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *J. Am. Med. Assoc*; 282: 1737-1744.
- ✓ Lamúrias, P. (2009, junho). *Ultrapassar a Depressão com um bebé*. *Revista Pais e Filhos* nº 221, 30-32.
- ✓ Lindahl, Z.(1988). *Personalidade humana e cultura: Aplicações educacionais da Teoria de Erik Erikson*. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 69 (163), 492-509.
- ✓ Maldonado, T. (2002). *Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério* (16ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- ✓ Marcus, M. (2009). *Depression during pregnancy: rates, risks and consequences*. *can clin pharmacol*. 16 (1), 15-22.
- ✓ Morisset, E., Barnard, E., Greenberg, T., Booth, L., & Spieker, J. (1990). *Environmental influences on early language development: The context of social risk*. *Development and Psychopathology*, 2, 127–149.
- ✓ Motta, M., Lucion, A., & Manfro, G. (2005). *Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança*. (Ed. Ver.), 27 (2):165-176.
- ✓ Parot, F. (2004). *Cem Palavras para conhecer a Psicologia*. Lisboa: Teorema, 12-145.
- ✓ Pereira, A. (2008). *SPSS: Guia Prático de Utilização: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. (7ª ed.). Lisboa. Sílabo.
- ✓ Perry, B., & Polard, R. (1998). *Homeostasis, stress, trauma and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 7:33-51.
- ✓ Pires, A. (2001). *Parentalidade em risco*. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco* (pp. 15-37). Lisboa: ISPA.

- ✓ Pires, A. (1990). *Determinantes do comportamento parental*. *Análise Psicológica*, 9 (4), 445-452.
- ✓ Righetti, M., Conne-Perrearde, E., Bouquest, A., & Manzano, J. (2002). *Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old*. *Journal of Affective Disorder*, 70 (3), 291-306.
- ✓ Silk, J., Shaw, D., Skuban, M., Oland, A., & Kovacs, M. (2006). *Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 47, 69-78.
- ✓ Silva, D., Souza, M., Moreira, V., & Genestra, M. (2003). *Depressão pós-parto: prevenção e consequências*. *Revista Mal-Estar Subj*; 3 (2): 439-50.
- ✓ Sim - Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- ✓ Simões, M. (2002). *Utilização da WISC-III na avaliação neuropsicológica de crianças e adolescentes*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- ✓ Simões, M. & Albuquerque, C. (2002). *Estudos com a versão portuguesa da WISC-III no âmbito da validade concorrente e preditiva: Relação com as classificações escolares*. *Psychologica*; 29: 153-168.
- ✓ Spitz, R. (1996). *O primeiro ano de vida* (7ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- ✓ Spitzer, R., Williams, J., Kroenke, K., Linzer, M., Degruy, F., Hahn, S., Brody, D., & Johnson, J. (1994). *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care*. The PRIME-MD 1000 study. *J. AM. Med. Assoc*; 272: 1749-1756.
- ✓ Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebé*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- ✓ Tronick, Z., & Weinberg, K. (2000). *Gender differences and their relation to maternal depression*. Em S. Johnson, A. Hayes, T. Field, N. Schneiderman & P. McCabe (Eds.). *Stress, coping and depression* (pp. 23-34). London: Lawrence.
  
- ✓ Wechsler, D. (2003). *Escalas de inteligência de Wechsler para crianças. Terceira edição*. Manual. Lisboa: CEGOC.
  
- ✓ Winnicott, W. (1988). *Teoria do relacionamento paterno-infantil*. In: O ambiente e os processos de maturação. PortoAlegre: Artes Médicas.

**ANEXOS**

**ANEXO A**

Guião de Entrevista Semi-Estruturada com Questionário sócio-demográfico

**Guião de Entrevista**

Data de Aplicação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(dia) (mês) (ano)

**A. Dados Pessoais**

Em que dia nasceu ? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

**Estado Civil**

Solteira  Divorciada/Separada

Casada/ União de facto  Viúva

Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

Onde vive?/ Local de Residência \_\_\_\_\_

**B. Agregado Familiar**

Composição do agregado familiar (pessoas que vivem na sua casa):

Parentesco *	Idade	Género F/M	Profissão	Nível de Escolaridade

\*pai, mãe, filho(a), marido, irmã(o), tio(a), avô(ó), etc.

**C. História Educacional**

Até onde frequentou a escola? / Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever  Ensino Secundário ou equivalente

1.ºciclo (até à 4ª classe)  Licenciatura

2.ºciclo ( 5-º e 6.º ano)  Mestrado/Doutoramento

3.ºciclo ( até ao 9.ºano)

**D. História Ocupacional**

Que tipo de trabalho faz?

Trabalho tempo inteiro       Desempregada  \_\_\_\_\_

Trabalho em part-time       Reformada  \_\_\_\_\_

De Baixa  \_\_\_\_\_

Se **não está** a trabalhar actualmente, diga-nos o motivo:

---

---

Qual é o seu meio de subsistência actual?

---

Houve algum período de tempo em que não foi capaz de trabalhar? (Quando? Porquê?)

---

---

**E. Estado de Saúde**

Alguma vez teve a necessidade de recorrer a tratamento psiquiátrico/psicológico?

Sim       Não       Outro  \_\_\_\_\_

Se Sim, que tratamento recebeu?

---

Qual era o problema?

---

---

Quando é que notou pela primeira vez que estava algo errado?

---

Foi medicada?      Sim       Não

Que tipo de medicamentos?

---

Já alguma vez esteve internada?      Sim  \_\_/\_\_/\_\_      Não

No último mês fez/esteve em algum tipo de tratamento?      Sim  \_\_/\_\_/\_\_      Não

Se respondeu Sim, em que regime?

Internamento  Consulta externa  Outro  \_\_\_\_\_

Actualmente está medicada? Sim  Não

Que medicamentos toma? \_\_\_\_\_

Como é que se tem sentido? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **F. Identificação da Criança**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

Sexo: Fem  Masc

### **Dados relativos à gravidez**

A criança foi desejada? Sim  Não

Gravidez (Saudável ou complicada, de risco, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Dados relativos ao parto**

Foi preparada para o parto? Sim  Não

Tipo de Parto

Vaginal sem epidural  Cesariana com anestesia local

Vaginal com epidural  Cesariana com anestesia geral

Se, o parto foi vaginal...

Distocico (fórceps ou ventosa)  Eutocico

Se o parto foi por cesariana...

Estava planeada? Sim  Não

Qual o motivo?

Hipertensão  Escolha pessoal   
Diabetes  Outro  \_\_\_\_\_

Parto (de termo, criança prematura, chorou logo, peso, altura, índice de Apgar, etc.)

---

---

---

### **G. Desenvolvimento da Criança**

Dificuldades para mamar? Quais?

---

Tempo de amamentação: \_\_\_\_\_

### **Psicomotricidade**

Gatinhou aos: \_\_\_\_\_ meses

Ficou de pé sem apoio aos: \_\_\_\_\_ meses

Ficou de pé com apoio aos: \_\_\_\_\_ meses

Início da marcha (sem/com apoio):

---

Observações: \_\_\_\_\_

---

### **Linguagem**

Primeiras palavras aos: \_\_\_\_\_ meses

Observações ( gaguez, articulação, etc): \_\_\_\_\_

---

### **Controlo esfíncteriano**

Controlo diurno da urina aos \_\_\_\_\_ meses

Controlo nocturno da urina aos \_\_\_\_\_ meses

Controlo diurno das fezes aos \_\_\_\_\_ meses

Controlo nocturno das fezes aos \_\_\_\_\_ meses

Observações ( uso do bacio, enurese, etc): \_\_\_\_\_

---

**História clínica da criança** (hospitalizações, medicações, tratamentos, etc)

---

---

---

**Escolaridade**

Frequentou o Jardim de Infância? Sim  Não

Se, Sim, com que idade? \_\_\_\_\_

Teve problemas de adaptação? \_\_\_\_\_

Até essa idade esteve ao cuidado de \_\_\_\_\_

Gostou de ir à escola? (boa/má adaptação, colegas, professores, etc)

---

---

---

**Situação Actual**

Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_

Reprovações: \_\_\_\_\_

Áreas/ Disciplinas de maior dificuldade:

---

---

Recebe ajuda no estudo? Sim  Não

Se, Sim, especifique: \_\_\_\_\_

Como considera a sua relação com o pai do seu filho(a)?

Boa  Má

Aceitável/ Normal  Inexistente

Como considera a relação do seu filho(a) com o pai?

Boa  Má

Aceitável/ Normal  Inexistente

No caso de **não viver com o pai do seu filho**, diga-nos ainda: Com que frequência o seu filho está com o pai?

Diariamente  Mensalmente

Semanalmente  Nas férias

Quinzenalmente  Nunca

Considera que esta frequência é:

Excessiva  Reduzida

Adequada  Inexistente

**Observações Finais**

---

---

---

---

**ANEXO B**

Questionário sobre a saúde do Paciente (PHQ-9)

## QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE -(PHQ-9)

Durante esse período (três primeiros anos de vida do(a) seu/sua filho/filha), com que frequência foi incomodada por qualquer um dos seguintes problemas?

(Marque sua resposta com "✓")

	Nenhuma Veza	Vários dias	Mais de metade dos dias	Quase todos dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentiu-se " em baixo", deprimida ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, ou dormir mais do que costume	0	1	2	3
4. Sentiu-se cansada ou sem energia	0	1	2	3
5. Perda ou aumento de apetite	0	1	2	3
6. Sentiu-se mal consigo mesma ou achava-se um fracasso ou que decepcionou a sua família ou a si	0	1	2	3
7. Dificuldade em concentrar-se nas coisas simples, como em ler o jornal ou em ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão em movimentar-se ou em expressar-se, ao ponto dos outros se aperceberem ? Ou o oposto – estar tão agitada ou irrequieta que não parava de andar de um lado para o outro.	0	1	2	3
9. Pensou em magoar-se de alguma forma ou que seria melhor estar morta.	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING      0    +    \_\_\_\_\_    +    \_\_\_\_\_    +    \_\_\_\_\_  
=Total Score: \_\_\_\_\_

Se assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram na realização do seu trabalho, em tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

Nenhuma  
dificuldade

Alguma  
dificuldade

Muita  
dificuldade

Extrema  
dificuldade

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc. Não é necessária permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

**ANEXO C**

Pedido de Autorização para pesquisa ao Agrupamento

## **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**

Ex.ma Sr.<sup>a</sup> Directora da Comissão  
Administrativa Provisória do Agrupamento  
de Escolas da Batalha

Eu, Vando Martins, actualmente a estagiar sob orientação do Psicólogo dos Serviços de Psicologia e Orientação do Agrupamento que vossa excelência dirige, encontro-me a desenvolver um estudo sobre as Implicações da Depressão Materna na Criança em idade escolar, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e Psicoterapia, no Instituto Superior Miguel Torga. Este estudo visa compreender as relações da depressão materna na díade mãe-bebé e no desenvolvimento da criança, e as variáveis sócio-demográficas.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a autorização por parte de V.<sup>a</sup> Ex., para proceder à recolha de dados junto das mães dos alunos do 1.º ao 3.º ciclo, pertencentes ao Agrupamento de Escolas da Batalha. Pretende-se ainda numa segunda fase, a avaliação psicológica (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição) aos alunos correspondentes à amostra.

Será feita uma entrevista individual a cada mãe, sendo aplicados, um questionário sócio-demográfico, um instrumento para avaliar a depressão, um questionário de capacidades e dificuldades da criança. O sucesso escolar dos alunos será obtido através da análise das áreas fracas do aluno e das negativas, facultadas pelos/pelas professores/as.

A recolha dos dados será acordada com os/as mesmos/as de modo a não interferir na realização das actividades lectivas.

De acordo com os requisitos éticos da investigação, mais se acrescenta que a participação das mães dos alunos no estudo é voluntária, sendo que todos os dados recolhidos são confidenciais e anónimos.

Desde já, agradeço a atenção dispensada encontrando-me ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente e para posteriormente partilhar os resultados e as conclusões deste estudo.

Atenciosamente.

Batalha, Fevereiro de 2011

---

**Vando Filipe Lavos Martins ([vandoflmartins@gmail.com](mailto:vandoflmartins@gmail.com))**

**ANEXO D**

Pedido de Autorização às Mães/Encarregados de Educação para Pesquisa



## **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ÀS MÃES/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO PARA PESQUISA**

Eu, Vando Filipe Lavos Martins, no seguimento do estudo sobre a Depressão Materna e o Desenvolvimento da Criança, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e Psicoterapia no Instituto Superior Miguel Torga, e uma vez, tendo sido autorizada a realização da investigação em meio escolar pela Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular e pela direcção do Agrupamento de Escolas da Batalha a que o seu educando pertence, venho por este meio solicitar a autorização por parte de V.<sup>a</sup> Ex. para a avaliação psicológica (Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição) ao seu filho/a.

Tendo em vista os requisitos éticos da investigação, acrescenta-se que a participação dos alunos no estudo é voluntária e que de forma a assegurar o carácter anónimo e confidencial da informação partilhada, será atribuído ao seu(sua) filho(a)/educando(a), um código numérico, não sendo divulgado o seu nome.

Se declarar consentir que o(a) seu(sua) filho(a)/educando(a) participe no estudo, preencha os seguintes campos

Eu, \_\_\_\_\_ Encarregada de Educação do  
aluno \_\_\_\_\_ autorizo que o meu educando seja avaliado no  
decorrer deste projecto.

Assinatura

\_\_\_\_\_

Com os melhores Cumprimentos

Vando Martins