



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O Sono e o Temperamento do Bebê – estudo exploratório

Ana Rita Martins Rico (e-mail: ritamrico@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá

O Sono e o Temperamento do Bebé – estudo exploratório

O presente estudo centra-se numa análise exploratória dos fenómenos depressivos no pós-parto que poderão estar associados a alterações nos padrões de sono e no temperamento do bebé. Deste modo, o seguinte trabalho tem como principal objetivo aprofundar a temática da depressão puerperal, por forma a compreender de que modo se relaciona com o sono e o temperamento do bebé.

A depressão puerperal define-se como um episódio de depressão maior ocorrendo no período de pós-parto e cujos sintomas surgem entre a quarta e a oitava semana após o nascimento do bebé. Considera-se de etiologia multideterminada podendo ter influências genéticas, psicológicas, culturais e fisiológicas. Apontam-se como fatores de risco a história prévia de depressão, a relação com a figura materna de identificação, o *blues* pós-parto, a falta de suporte emocional e social e a gravidez não planeada/não desejada. Alguns autores apresentam conclusões no sentido da atribuição de relação entre o comportamento de mães deprimidas e o desenvolvimento de psicopatologia nos filhos, defendendo que estes apresentam um maior risco de desenvolverem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais.

Com base nos objetivos, realizou-se uma recolha de amostra com recurso a quatro fontes de informação distintas para que houvesse dados relativos a todas as variáveis em estudo.

Neste sentido, os instrumentos de recolha de dados foram: entrevista sociodemográfica, a *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS-21) versão reduzida, o *Questionário de Sono Infantil* (QSI) validado no decorrer do estudo e o *Questionário de Temperamento Difícil do Bebé* (QTDB). Assim, a entrevista teve como objetivo o apuramento de informações relativas à mãe e ao bebé; a PDSS-21 foi utilizada no sentido de perceber como se sente a mãe depois do nascimento do bebé; o QSI permite conhecer os hábitos de sono do bebé; o QTDB como forma de avaliar a presença de temperamento difícil do bebé.

A amostra é de conveniência e constituída por 160 mães e, respectivamente, 160 bebés com idades compreendidas entre 1 mês e 12 meses. Foram critérios de inclusão a mãe ter nacionalidade portuguesa e residir em Portugal e o bebé ter nascido no país.

Os resultados sugerem que, de facto, a depressão puerperal poderá ter influências nos hábitos de sono e no temperamento do bebé. Indicando os dados mais significativos, podemos afirmar que a depressão está associada à percepção da mãe face à existência de dificuldades do bebé em dormir. Referir ainda a existência de um dado interessante: parece existir evidência de que as próprias dificuldades em dormir da mãe se correlacionam com os problemas de manutenção do sono no bebé.

Quanto ao temperamento, a referida inferência pode estender-se a esta variável uma vez que os sintomas depressivos da mãe sugerem uma relação positiva e moderada com o temperamento difícil do bebé.

Palavras-chave: depressão puerperal, sono do bebé, temperamento difícil.

Baby's sleep and temperament – an exploratory study

The present study is based on an exploratory analysis of the postpartum depression phenomenons that might be associated with changes in babies sleeping patterns and temperament. The following work has as its main objective to deepen the postpartum depression thematic in order to comprehend in which way it is related to the baby's sleep and temper.

Postpartum depression is defined as an episode of major depression occurring during the postpartum period in which symptoms appear between the fourth and eighth week after the baby's birth. Its etiology is considered to be multidetermined and may have genetic, psychological, cultural e physiological influences. A previous history of depression, the relationship with the mother figure, baby blues, lack of emotional and social support and non planned/wished pregnancy are being pointed as risk factors. Some authors present conclusions attributing the relation between the behavior of depressed mothers and the development of psychological pathology on their children, defending that children are at a greater risk of developing behavioral, affective, cognitive and social disorders.

Based on the objectives, a population sample was gathered using four distinct sources of information so that data relative to all the study variables was available.

The different instruments used on data collection were: a socio-demographic interview, the *Postpartum Depression screening scale* (PDSS-21) short version, the "*Questionário do Sono Infantil*" (QSI) validated during the study and the "*Questionário de Temperamento Difícil do Bebê*" (QTDB). The socio-demographic interview had the objective of collecting information about the mother and the baby; the PDSS-21 was utilized to understand how the mother felt after the baby's birth; the QSI showed the baby's sleeping habits and the QTDB was used to evaluate the presence of difficult temperament in the baby.

The sample obtained was a convenience sample and it was constituted by 160 mothers and respectively 160 babies with ages between 1 month and 1 year. Inclusion criteria included Portuguese nationality mothers living in Portugal with babies born in the country.

The results suggest that, in fact, postpartum depression might have influence on the baby's sleeping habits and temperament. Highlighting the most significant data we can affirm that depression is associated with the mother's perception on their baby's difficulty in sleeping. This study also refers another interesting phenomenon: there might be some evidence that the mothers own sleeping difficulties correlate with the problems of the sleep preservation of the baby.

Regarding the temperament, the inferred above could be extended to this variable because depressive symptoms in the mother suggest a positive and moderate relation with the baby's difficult temperament.

Key Words: postpartum depression, baby's sleep, difficult temperament.

Agradecimentos

Ao *Professor Doutor Eduardo Sá*, pela sugestão do tema do presente trabalho, respeitando os meus interesses e acreditando sempre que seria possível. Agradeço os ensinamentos clínicos ao longo de um ano de estágio, a sua visão atenta aos pormenores mudou a minha forma de encarar a Psicologia. Agradeço o voto de confiança que depositou em mim.

Às minhas colegas de estágio, por terem vivido comigo as aventuras deste último ano de curso. Sozinha não teria sido tão divertido.

À *Daniela Borges*, rectifico Dra. Daniela Borges, pela amizade, disponibilidade e preocupação que me demonstrou. Tendo-a designado minha “co-orientadora”, agradeço todo o seu apoio pois sei que sem ela não teria sido possível. Obrigada!

À *Doutora Ana Telma Pereira* e à *Doutora Mariana Marques* por toda a atenção e disponibilidade e pela forma amável como sempre me trataram.

A todas as colaboradas que, simpaticamente, partilharam o protocolo deste trabalho nas suas redes sociais, deixando sempre uma palavra de força. Agradeço, claro, a todas as mamãs que de forma voluntária aceitaram participar.

Aos meus amigos, núcleo pequeno mas resistente, que me apoiaram e estiveram presentes, partilhando gargalhadas comigo e apaziguando todos os meus receios.

Às minhas irmãs, pois sem elas a minha vida não tinha metade da graça. Por terem estado sempre presente nestes últimos vinte e poucos anos e por serem amigas incondicionais.

Aos meus pais, por o serem, por acreditarem em mim, por reconhecerem o meu trabalho e dedicação e por respeitarem as minhas decisões. À minha mãe em particular, pelo exemplo de força e coragem, por nem na pior fase da vida ter deixado de me dar o máximo de apoio e por me fazer acreditar que é a família quem nos faz mais feliz.

Por último, mas não menos importante, ao *Miguel*. Por toda a compreensão, por todo o apoio, por nunca me ter deixado desistir e, principalmente, por todo o amor. És o meu exemplo!

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)	2
1.1. A Maternidade	2
1.2. Depressão Pós-Parto	3
1.3. Sono Infantil.....	8
1.4. Temperamento Infantil.....	10
II - Objetivos	13
III - Metodologia	14
3.1. Delineamento	14
3.2. Amostra.....	14
3.3. Instrumentos.....	16
3.3.1. Inquérito Sociodemográfico.....	16
3.3.2. Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), validada para a população portuguesa (versão PDSS-21).....	16
3.3.3. Infant Sleep Questionnaire (ISQ), versão original...	16
3.3.4. Questionário de Temperamento Difícil do Bebê (QTDB)	17
3.4. Procedimentos de Investigação	17
3.5. Procedimentos Estatísticos.....	17
IV - Resultados	18
V - Discussão	26
VI - Conclusões	31
Bibliografia	32
Anexos	37

Introdução

A depressão é uma patologia comum nos dias de hoje, apontada como a quinta causa de morbilidade no mundo (OMS, 2001) e transversal a qualquer período da vida de uma pessoa. Comumente, é comparada a uma intensa tristeza e falta de interesse ou prazer, com sinais de baixa autoestima. São conhecidas diferentes formas, sendo que no seu estado mais grave é uma doença que pode levar ao suicídio (OMS, 2015).

Uma vez que pode ocorrer em qualquer altura do ciclo de vida de um indivíduo, a Organização Mundial de Saúde tal como a Sociedade Americana de Psiquiatria denominam de depressão puerperal aquela que ocorre no período de pós-parto. Em Portugal estima-se que a prevalência é aproximadamente de 23% (Ferreira, 2007), sendo que esta percentagem assume diferentes valores tendo em conta o período de pós-parto em que se encontra a puérpera. A prevalência esperada assume uma percentagem mais baixa na primeira semana de pós-parto, comparativamente aos três meses seguintes cujo valor apresentado é de 13,7% (Costa, Pacheco & Figueiredo 2007).

Esta é uma patologia que se entende como multideterminada podendo ter influências genéticas, psicológicas, culturais e fisiológicas (Frizzo & Piccinini, 2005). De entre os diversos fatores de risco apontados por vários autores, o que mais influência teve na escolha do objeto de estudo foi o potencial carácter conflituoso da experiência da maternidade. É um período crítico na vida de uma mulher dada a grande fragilidade emocional resultante das alterações hormonais e físicas sentidas.

Dada a grande curiosidade em conhecer um pouco mais do modo como os bebés se vão desenvolvendo em relação com a puérpera, como esta os pode influenciar e “moldar”, surge a presente dissertação de mestrado como forma de colmatar o interesse científico pela relação entre os fatores depressivos e o sono e temperamento do bebé.

Numa primeira fase do trabalho, procedeu-se a um levantamento bibliográfico relacionado com a referida associação entre a depressão pós-parto e o sono e temperamento do bebé. Procurou-se, deste modo, interetar estas três dimensões que parecem estar estreitamente relacionadas.

Partindo de algumas premissas e estudos presentes na literatura, resultou um plano metodológico no sentido de perceber, através de um estudo exploratório, de que forma os sintomas depressivos se relacionam com o sono e o temperamento do bebé.

Como tal, este trabalho assenta na recolha de uma amostra de conveniência a partir de três fontes: inquérito sociodemográfico, Postpartum Depression Screening Scale (PDSS-21), Questionário de Sono Infantil (QSI) e Questionário de Temperamento Difícil do Bebê (QTDB).

O inquérito foi elaborado no sentido de recolher as informações relativas à mãe, ao pai e ao bebé, incluindo gravidez e parto. A PDSS-21 é uma escala validada para a população portuguesa que permite conhecer o modo com a mulher se sente após o nascimento do bebé. O originalmente

Infant Sleep Questionnaire (ISQ) é um questionário que permite avaliar o comportamento do sono em crianças não sendo conhecida nenhuma validação para a população portuguesa. No decorrer desta dissertação e com recurso à mesma amostra que serviu de base a este estudo, validou-se o agora denominado de Questionário do Sono Infantil para a população portuguesa. Por último, o QTDB avalia a presença de temperamento difícil no bebé através do relato subjetivo da mãe.

A partir dos resultados, procura-se compreender de que modo todos estes fatores se relacionam e se, realmente, a depressão poderá ou não influenciar os padrões de sono e o temperamento do bebé.

I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)

1.1. A Maternidade

“A competência para a gravidez “desponta” quando as crianças, ao brincarem com bonecos, se experimentam nas competências de mães e pais”
(Sá, 2004).

A mulher enquanto criança cria, a partir da interação estabelecida com a sua própria mãe, um modelo de maternidade no qual se baseia para brincar com as suas bonecas. Futuramente, esta relação infantil irá repercutir-se na relação com os seus filhos (Prochnow & Lopes, 2007).

“O nascimento de um filho pode reativar uma problemática antiga que não tenha sido suficientemente trabalhada pela mãe” (Frizzo & Piccinini, 2005). A transição para a maternidade é descrita por alguns autores como um período de desordem e desequilíbrio, desencadeando uma sensação de incapacidade e confusão por parte dos novos pais. A maternidade por si só encerra alguns lutos para a mãe: o luto do corpo mudado pela gestação, o luto da sua própria identidade (Brazelton & Cramer, 1992) e o luto pela perda do bebé imaginário e perfeito (Szejer & Stewart, 1997). A gestação impõe algumas mudanças significativas na vida de uma mulher, como seja a alteração de papéis, uma vez que deixa de ser filha para assumir o papel de mãe. A recém mãe, além de todas as alterações físicas, sofre ainda o confronto com o bebé real. Durante toda a gestação, vão sendo criadas expectativas, sonhos, medos e fantasias à volta de um ser que se está a gerar. Como defendem Brazelton & Cramer (1992), no momento do parto a mãe deverá estar preparada tanto para a separação física (o bebé deixa de existir dentro dela), bem como para o confronto com um bebé em particular e para um novo relacionamento que incluirá a combinação das suas expectativas e sonhos com os comportamentos de um bebé real (Lopes et al., 2010). Assim, a gestação pode ser vista como um momento em que os relacionamentos são mentalmente retrabalhados.

De acordo com Golse e Bydlowski (2002), a maternidade impõe uma dialética entre o bebé interno (o bebé que a mãe foi ou julga ter sido) e o bebé enquanto objeto externo. É um momento que depende do trabalho psíquico da mãe, que tem o seu início na gravidez com a reativação do objeto interno (a sua infância) e que decorre de um progressivo desinvestimento desse objeto

em benefício do bebê, enquanto externo a mãe (Zornig, 2010).

Winnicott (1956/2000) definiu “preocupação materna primária” como sendo um estado de hipersensibilidade, que se vai desenvolvendo ao longo da gravidez e que permanece até às primeiras semanas de pós-parto. O autor entende que este estado surge como forma de capacitar a mãe a preocupar-se com o seu bebê, excluindo temporariamente outros possíveis interesses e permitindo que a mesma se coloque no lugar do bebê dando resposta às suas necessidades (Lopes et al., 2010; Marcelli, 2005).

A relação da recém mãe com a sua figura materna de identificação deve ser vista como um importante fator, podendo influenciar a qualidade das experiências emocionais durante o puerpério. De acordo com De Felice (2000), se o modelo de identificação for uma figura que desempenha o papel materno de forma tranquila, provavelmente a mãe desempenhará a sua função de forma prazerosa. Ao invés, se a figura de identificação é uma mãe ideal, onipotente e incontestável, quando a recém mãe se apercebe de que é falível terá tendência a transferir a função de mãe para outra pessoa que considere mais capaz. Ainda como terceira hipótese, se a identificação materna acontece pelos aspetos negativos do papel a desempenhar, possivelmente a mãe irá sentir-se incapaz de realizar as tarefas inerentes aos cuidados do bebê, podendo haver também transferência da função de mãe. Uma vez que se comprova a importância da figura materna de identificação, a imagem materna positiva revela-se benéfica, principalmente quando as mães se sentem inseguras e receosas face ao novo papel (Prochnow & Lopes, 2007).

A mãe, confrontada com uma situação nova e de carácter tão conflituoso como é a maternidade, tende a sentir-se “perdida”. A familiarização com um novo ser pode ser positiva e relativamente simples, no sentido em que a mãe consegue corresponder às necessidades do bebê. Por outro lado, a experiência pode potenciar sentimentos de insegurança, tornando a mãe frágil e acentuando a necessidade de ela própria ser cuidada e protegida. A partir disto, é possível que a mãe venha a desenvolver algum transtorno do pós-parto.

1.2. Depressão Pós-Parto

“Os estados depressivos geram uma pobreza de interação, uma ausência ou insuficiência de harmonização afetiva que, se prolongadas, provocam um estado de carência afetiva e relacional”
(Sá, 2004)

A depressão é uma patologia que pode ocorrer em qualquer período da vida de um indivíduo, seja qual for a parte do mundo (Pereira, 2008). É apontada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), como a quinta causa de morbilidade entre todas as doenças do mundo (Brum & Schermann, 2006). Esta mesma organização define a depressão como sendo um “transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios de sono, diminuição do apetite e da libido, sensação de cansaço e falta de concentração”. Esta pode ainda ser de longa duração ou com episódios

recorrentes, sendo que prejudica de modo significativo a capacidade do indivíduo em lidar com a sua vida diária. A Organização Mundial de Saúde acrescenta ainda que, “na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio”. Consoante a gravidade da patologia, sendo que pode ir de leve a moderada ou grave, poderá ser necessário o recurso a uma terapêutica medicamentosa. É um distúrbio que pode ser diagnosticado e tratado de forma viável (OMS, 2015 <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriossaude/saude+mental/depressao.htm>).

No que diz respeito à depressão pós-parto, a Organização Mundial de Saúde e a Sociedade Americana de Psiquiatria diferenciam-na da depressão em geral unicamente pelo tempo em que decorre. Isto é, a depressão pós-parto limita-se às 4-6 semanas após o parto, ainda que alguns estudos revelem que a vulnerabilidade para desenvolver quadros depressivos se mantém até aos seis meses do bebé, tendo o seu pico nas primeiras semanas de pós-parto (Warren & McCarthy, 2007).

O puerpério é historicamente visto como uma fase crítica e de elevado risco emocional para a mulher, representando um momento de grande fragilidade para a sua saúde mental (Marcé, 1858 *cit in* Gonçalves, 2008). Assim, a depressão pós-parto é entendida como um problema de saúde mental associado a um período que acarreta diversas alterações hormonais e emocionais, bem como sofrimento materno e tem uma prevalência estimada entre 13% e 20% (O’Hara & McCabe, 2013). Dos poucos estudos encontrados que dão informação acerca da prevalência da depressão pós-parto em Portugal, referir o desenvolvido por Costa et al. (2007) que mostra uma prevalência esperada de um episódio depressivo de 12,4% na primeira semana após o parto e de 13,7% nos três meses seguintes. Um outro estudo realizado no mesmo ano, desta feita por Ferreira (2007), apresenta o valor de 23,3% como indicador da prevalência da depressão pós-parto na população portuguesa.

Este distúrbio pode definir-se como um episódio de depressão maior que ocorre, como a designação indica, no período de pós-parto. O conjunto de sintomas surge, normalmente, entre a quarta e a oitava semana dos pós-parto e inclui irritabilidade, crises de choro, sentimentos excessivos de culpa e desamparo, falta de energia, desinteresse por atividades que anteriormente eram consideradas agradáveis, alterações no apetite e sono, uma sensação de incapacidade face à nova condição de progenitora e algumas queixas psicossomáticas (Klaus, Kennel & Klaus 2000 *cit. in* Schwengber & Piccinini, 2003).

Quanto à sua etiologia, a depressão pós-parto parece ser multideterminada, uma vez que pode ter influências genéticas, psicológicas, do contexto cultural e de mudanças fisiológicas no que diz respeito ao seu desenvolvimento e severidade (Frizzo & Piccinini, 2005).

Em termos de cronicidade, a depressão pode manter-se por um período de seis meses a um ano. Apesar da evidência de um risco aumentado em desenvolver uma depressão no período de pós-parto, a duração do episódio não difere daqueles que tiverem o seu início num outro período da vida (Frizzo

& Piccinini, 2005). Não obstante e, de acordo com o estudo de Davidson & Robertson (1985), quando a perturbação psicopatológica ocorre num período em que existe a presença do bebé, este funciona como um promotor do bem-estar da mãe, ou seja, a reversão da depressão dá-se mais rápido em comparação com quadros que ocorrem em momentos não relacionados com o nascimento (Figueiredo, 2011).

Segundo Schwengber & Piccinni (2003), o carácter conflituoso da experiência da maternidade é entendido como um fator de risco para a ocorrência de distúrbios mentais num período de pós-parto. Na literatura são descritos alguns fatores de risco como: a história prévia de depressão, o ajustamento psicológico antes e durante a gravidez, a relação da mãe com a sua figura materna de identificação, o nascimento prematuro do bebé (Teixeira, 2007), a depressão e ansiedade na gravidez, baixa autoestima materna, *blues* pós-parto, acontecimentos de vida stressantes, em que se incluem fatores relacionados também com os cuidados do bebé, relação conjugal pobre ou conflituosa resultando numa falta de suporte emocional e social (O'Hara et al., 2013), dificuldades temperamentais do bebé, gravidez não planeada/não desejada (Beck, 2001). Para além dos efeitos na puérpera, a depressão pós-parto acarreta, igualmente, uma sobrecarga para o parceiro e familiares próximos, promovendo efeitos adversos na relação de casal com um impacto negativo na saúde mental do próprio companheiro (Boath, Pryce & Cox, 1998). As causas de depressão materna no período de pós-parto são diversas e um único fator não deve ser tido como a causa da patologia. Esta surge como resultado de diversos agentes que aumentam a vulnerabilidade à depressão.

“Segundo Wisner et al. (2003), os principais aspetos clínicos da depressão pós-parto são ansiedade, privação de sono e pensamentos obsessivos egodistónicos essencialmente relacionados com fazer mal ao bebé” (Pereira, 2008).

Tabela 1. Síntese das Características da Depressão Puerperal

Prevalência	Entre 13 % e 20% Em Portugal – 23,3% 1ª semana do pós-parto – 12,4% três meses seguintes – 13,7%
Definição	Episódio de depressão major cujos sintomas surgem entre a 4ª e a 8ª semana
Sintomas	Irritabilidade, crises de choro, sentimentos excessivos de culpa e desamparo, falta de energia, desinteresse, alterações de apetite e sono, sensação de incapacidade enquanto progenitora, queixas psicossomáticas
Etiologia	Multideterminada: influências genéticas, psicológicas, culturais e fisiológicas
Cronicidade	6 meses a 1 ano

Fatores de Risco	História prévia de depressão, ajustamento psicológico, relação com a figura materna de identificação, depressão e ansiedade na gravidez, baixa autoestima, <i>blues</i> pós-parto, acontecimentos de vida stressantes, relação conjugal pobre/conflituosa, falta de suporte emocional e social, dificuldades temperamentais do bebé, gravidez não planeada/não desejada
Principais aspetos clínicos	Ansiedade, privação de sono e pensamentos obsessivos egodistónicos

O período de pós-parto é igualmente caracterizado por outros dois distúrbios do humor, importantes de considerar no que ao diagnóstico diferencial diz respeito: o *blues* pós-parto e a psicose puerperal (Tabela 2). O primeiro, definido como um distúrbio de labilidade transitória de humor e que se exterioriza durante os primeiros dias após o parto (entre o terceiro e o quinto dia) (Brum & Schermann, 2006). Tem duração que varia entre os 10 dias e as três semanas e descrevem-se os seguintes sintomas: choro, confusão, humor lábil, ansiedade e humor deprimido. Segundo alguns autores, estas manifestações acabam por ter uma remissão espontânea entre o terceiro e o sexto mês (Brum & Schermann, 2006). A partir de vários estudos mencionados por Gonçalves (2008), existe a indicação de que a prevalência do *blues* pós-parto se situa entre os 40% e os 60%. Ainda referidos pela mesma autora, surgem estudos que consideram a influência de fatores psicológicos no surgimento deste distúrbio, como exemplo problemas emocionais durante o período de gravidez, características específicas da personalidade e reações negativas relativas ao parto. Este é um distúrbio de carácter benigno e natural, não tendo as repercussões adversas que uma depressão pós-parto acarreta para a tríade (mãe, cônjuge e bebé) (Gonçalves, 2008).

No caso da psicose puerperal, de acordo com Golse (2002), os sintomas são mais acentuados e de ordem psicótica, podendo organizar-se segundo um eixo esquizofrénico, melancólico ou bipolar. Entre os sintomas encontram-se a ilusão, a alucinação e a grave deterioração do funcionamento mental (O'Hara, 1997 *cit in* Brum & Schermann, 2006), bem como confusão, insónia, desorientação, agitação e comportamentos bizarros (Shapiro & Nass, 1986 *cit in* Gonçalves, 2008). Este é um distúrbio que requer tratamento psiquiátrico e consequente hospitalização. Segundo alguns autores referidos por Gonçalves (2008), a prevalência desta perturbação oscila entre 0,01 a 0,02%.

Tabela 2. Depressão Puerperal - Diagnóstico Diferencial

	<i>Blues</i> Pós-Parto	Psicose Puerperal
Prevalência	Entre 40% e 60%	Entre 0,01% e 0,02%
Definição	Distúrbio de labilidade transitória de humor com surgimento nos primeiros dias após o parto (entre 3º e 5º dias)	Distúrbio com sintomas mais acentuados, de ordem psicótica, organizando-se segundo um eixo esquizofrênico, melancólico ou bipolar
Cronicidade	10 dias a 3 semanas	
Sintomas	Choro, confusão, humor lábil, ansiedade e humor deprimido	Ilusão, alucinação, deterioração do funcionamento mental, confusão, insónia, desorientação, agitação e comportamentos bizarros
Etiologia	Influência de fatores psicológicos, como por exemplo: problemas emocionais durante a gravidez, características específicas da personalidade, reações negativas relativamente ao parto	
	Distúrbio benigno e natural, com remissão espontânea entre o 3º e o 6º mês	Requer tratamento psiquiátrico e consequente hospitalização devido ao risco de suicídio ou infanticídio

A intervenção no âmbito da depressão pós-parto quer seja em termos preventivos ou de remediação, revela-se crucial na promoção da saúde mental de toda a família, incluindo o companheiro e a própria criança. De acordo com alguns estudos citados por Figueiredo (2001) e, independentemente do momento de vida, 50% das mães que sofreram de depressão pós-parto veem os sintomas repetir-se. Esta taxa é também indicadora da necessidade e importância de um trabalho interventivo, de modo a controlar a recorrência do quadro psicopatológico (Figueiredo, 2001).

A depressão da figura materna tem impacto no desenvolvimento infantil, uma vez que a qualidade da interação da díade mãe-bebé durante o primeiro ano de vida influencia todo o desenvolvimento futuro desse bebé (Rutter, 1997 *cit in* Pereira, 2008). Alguns estudos mencionados por Brum & Schermann (2006) indicam que as crianças de mães deprimidas apresentam um maior risco de desenvolverem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais. O comportamento de mães deprimidas tende a afetar o desenvolvimento de psicopatologias nos seus filhos. Ainda, os sentimentos depressivos da mãe fazem com que esta tenha menos disponibilidade psicológica para interagir com a criança, fazendo-o de forma mais desatenta e não estando tão sensível aos sinais que o seu filho lhe transmite.

Resultado de estudos levados a cabo por alguns autores, sabe-se que os bebês de mães deprimidas apresentam também algumas características comuns, como são exemplo um menor nível de atividade, menos afeto positivo, menos vocalizações, distanciamento do olhar, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva e menos demonstrações de interesse (Schwengber & Piccinini, 2003).

Uma mãe, quando não apresenta sintomas depressivos e mantém uma interação de qualidade sem dificuldades, ajusta de modo cuidadoso o seu comportamento ao do bebê havendo uma adequada estimulação e trato (Field, 1995). A depressão tem implicações na interação mãe-bebê no sentido em que, uma mãe que não está emocionalmente disponível tende a ser menos responsiva, a lidar com o bebê de um modo mais insensível, vindo também afetadas as suas capacidades cognitivas e, por esse motivo, a assumir comportamentos menos atentos à saúde, segurança e necessidades psicológicas do seu filho (Teti e Gelfand, 1997 *cit in* Frizzo & Piccinini).

O primeiro ano de vida de um bebê é especialmente sensível a uma depressão materna. Como afirmou Spitz (1987), a “perda” da mãe que apresenta um quadro de depressão não é sentida pelo bebê como uma perda física, mas sim emocional. A mãe, como opera uma mudança na sua atitude emocional, altera os signos que a identificavam como um objeto bom para o bebê.

1.3. Sono Infantil

Os distúrbios do sono, no recém-nascido, em determinados períodos do desenvolvimento, são o indicador privilegiado do seu mal-estar.”
(Sá, 2004)

O sono pode ser definido como um estado de inconsciência reversível, caracterizado por uma diminuição da capacidade de resposta e interação (Pedrosa, Cruz & Pereira, 2004). De acordo com Pedrosa et al. (2004), o sono ocupa um terço da vida de um indivíduo e tem uma importante função biológica, uma vez que permite a manutenção equilibrada do sistema nervoso central (SNC). A par disto, o sono permite restaurar o sistema imunitário, as capacidades mentais, bem como recuperar a energia gasta durante o período de vigília (Lopes et al., 2010). Pedrosa et al (2004) atribuíram ainda ao sono uma função comportamental, como forma de regular uma irritabilidade resultante do excesso de tempo em vigília; uma função de conservação de energia e uma função somática, como será exemplo no caso das crianças a produção da hormona de crescimento. O sono revela-se fundamental para um adequado crescimento físico e emocional do bebê (Davis, 2004). Salavessa e Vilariça (2009) vão mais longe e afirmam que o sono, além de todas as funções anteriormente referidas, tem também um importante papel na “modulação da relação precoce entre os pais e o seu bebê”. Em condições normais, o sono do bebê é promotor da elaboração de sistemas de autorregulação essenciais para o desenvolvimento emocional.

O desenvolvimento dos estados de sono e vigília têm o seu início ainda na vida fetal e prolongam-se para o período pós-natal, a par com a maturação do Sistema Nervoso Central (SNC) (Geib, 2007). Tendo em consideração o padrão de atividade elétrica do SNC, o tónus muscular e o movimento ocular, o sono divide-se em dois estádios: sono REM (rapid eye-movement) e sono NREM (non-REM). Nos lactentes e crianças mais pequenas, esta distinção ainda não está completa, definindo-se o sono neste período em dois estádios correspondentes: o Ativo (referente ao sono REM) e o Calmo (referente ao sono NREM) (Duarte, Santos & Estêvão, 2004). Após os primeiros meses de vida são ainda definidos quatro fases dentro do sono NREM, correspondentes a níveis progressivos de sono mais profundo: os estádios 1 e 2 referem-se ao sono leve, enquanto o 3 e 4 ao sono mais profundo (apresentam um registo elétrico com ondas lentas), que é o predominante na primeira parte da noite. Já o sono REM combina características de sono leve e de sono profundo. Este é o estadios de sono que corresponde à ocorrência de sonhos, com ciclos de 90 minutos. À exceção do que acontece no recém-nascido, em que são observáveis pequenos movimentos nas extremidades, no adulto há um relaxamento do tónus muscular (Salavessa & Vilariça, 2009).

No adulto, o sono REM equivale a cerca de 20% a 25% do sono total, relação entre sono REM e NREM que se encontra invertida no caso do recém-nascido e pequeno lactente. A proporção entre os dois estadios de sono vai sofrendo alterações a par do crescimento. Desta forma, o recém-nascido inicia a noite em sono Ativo (ou seja, sono REM), ao contrário do adulto que adormece em sono NREM (Salavessa & Vilariça, 2009; Duarte et al., 2004). O sono REM (ou ativo) é caracterizado por padrões respiratórios e cardíacos irregulares, estando o bebé de olhos fechados e assumindo movimentos oculares rápidos, tónus muscular diminuído e algumas reações comportamentais como choro, sorriso ou gemidos. Quanto ao sono NREM (ou calmo) caracteriza-se por respiração regular e olhos fechados sem movimentos oculares rápidos. Não se detetam movimentos corporais, ainda que no período pós-natal seja notório um ocasional susto sob a forma de estremecimento (Nunes & Costa, 2003 *cit in* Geib, 2007).

Quanto aos padrões de sono do recém-nascido são notórias alterações ao longo do desenvolvimento. É um período em que a alternância entre sono e vigília assume um carácter pouco estável, com horários incertos mas que, inicialmente desvinculada de fatores ambientais, tende a atingir uma organização circadiana (Piqueira e Benedito-Silva, 1998). No pós-parto, o recém-nascido apresenta períodos de sono contínuo que duram entre três a quatro horas, interrompidos por uma média de uma hora de despertar, não havendo distinção entre dia e noite. No período neonatal, o bebé adormece em sono REM e o período de sono dura 50-60 minutos. Com um mês de vida, o bebé já é capaz de adaptar os seus períodos de sono-vigília ao ciclo noite-dia, com períodos de sono mais longos durante a noite. A partir do terceiro mês de vida do bebé, o sono passa a iniciar-se na fase NREM e espera-se que 90% dos bebés tenham conseguido esta troca até ao sexto mês de vida (Nunes, 2002). Geralmente, o bebé só assume um padrão de sono estável a partir do primeiro ano de vida (Davis, 2004).

Segundo Duarte et al. (2004), os sintomas de uma ausência de sono são “inespecíficos e facilmente atribuíveis a fases transitórias do desenvolvimento”, podendo esta ser uma possível explicação para o subdiagnóstico. Mas entre os indicadores de patologia de sono destacam-se a irritabilidade, a agitação, o choro e birras fáceis, bem como alguma hiperatividade e palidez. Estas crianças apresentam-se ainda mais cansadas, desatentas e parecem ter uma maior dificuldade em modular as suas emoções (Hiscock, 2001).

As funções corporais dos bebés, como a alimentação e o sono, adquirem um sentido relacional permitindo que o bebé se expresse através das mesmas. Desta forma, as perturbações funcionais do recém-nascido encontram a sua patogenia na descrição das perturbações que afetam a interação mãe-bebé (Sá, 2003).

Nos primeiros anos de vida de uma criança, a mãe, além de tantas outras atribuições, é considerada a “guardiã” do sono do seu bebé pelo que o sono é indicador da qualidade da relação entre a díade. Assim, Lopes et al. (2010) identificam diferentes fatores que operam sobre o sono do bebé: agentes genéticos, contexto familiar, condições sociais e a própria vida psíquica do bebé. Alguns estudos citados por estes autores indicam que existe uma relação direta entre os sintomas depressivos da mãe e a frequência dos acordares, a qualidade do sono e quantidade de tempo que o bebé dorme. Existe, então, a possibilidade de que os bebés de mães deprimidas apresentem alterações do padrão de sono (Lopes et al., 2010).

Ross, Murray e Steiner. (2005) e Warren, Howe, Simmens e Dahal (2006), apresentam resultados que corroboram a possível relação entre os sintomas depressivos e os problemas de sono no bebé. Estes autores depararam-se com resultados indicadores de que os problemas de sono dos bebés podem ser uma consequência do estado emocional das mães. Warren et al. (2006) avaliaram o número e a duração dos acordares e concluíram que a depressão materna foi preditora da frequência dos acordares.

1.4. Temperamento Infantil

A designação temperamento foi sofrendo algumas alterações ao longo dos séculos e várias foram as teorias que surgiram. Pires (1994) apresentou algumas das correntes à data consideradas acerca do temperamento mas concluiu que, apesar de se conhecerem diferentes perspetivas, todas elas consideram o temperamento como sendo um conjunto de diferenças individuais no modo como os indivíduos agem e expressam, sendo que as dimensões destes são inferidas através do comportamento, referindo-se no seu todo a disposições ou tendências comportamentais e não tanto a aspetos específicos.

O temperamento pode ser definido como um padrão estável de reação aos acontecimentos ambientais, novidade e stress que se refere a diferenças individuais constitucionalmente/geneticamente estabelecidas no domínio emocional, comportamental e atencional. Tanto pode influenciar como ser influenciado pelo ambiente ou modificado pela maturação, num processo

constantemente interativo (Alvarenga & Piccinini, 2007; Klein & Linhares, 2007). Thomas e Chess (1977) quando desenvolveram a sua teoria identificaram nove dimensões de temperamento: Nível de atividade, ritmicidade, aproximação/afastamento, adaptabilidade, limiar de resposta, intensidade de reações, humor, distratibilidade e concentração/persistência (Pires, 1994). Resultou destas dimensões uma classificação de tipos de temperamento: fácil, difícil e de aquecimento lento. O grupo de crianças de temperamento fácil caracterizava-se por uma rápida adaptação a novas exigências do ambiente em oposição às crianças do grupo de temperamento difícil que mostravam dificuldades em se adaptar a novas situações apresentando um humor negativo. Por fim, as crianças incluídas no grupo de aquecimento lento situavam-se num intermédio, uma vez que apresentavam dificuldades moderadas em se adaptar a novas situações e exigências (Malhado & Alvarenga, 2012). Mais tarde, surgiram outras teorias como a de Buss e Plomin (1984) que, como Malhado e Alvarenga (2012) referem, entendiam o temperamento como “um conjunto de traços de personalidade herdados, temporalmente estáveis e evolutivamente adaptativos”. Para estes autores o temperamento seria constituído por três traços específicos: a emocionalidade, determinada por instabilidade psicológica e tendência para experimentar sentimentos de raiva, medo e tristeza; a atividade, que diz respeito a características como tempo, vigor e resistência (avaliada pela frequência e amplitude da fala, movimentos corporais e duração do comportamento agitado) e, por último, a sociabilidade, referente à tendência de afiliação e responsividade aos outros sendo avaliada a partir da preferência de estar com os outros, de partilhar atividades e receber atenção como consequência da interação social (Klein & Linhares, 2010).

Atualmente considera-se que compreende três dimensões: extroversão/afetividade positiva, afetividade/reatividade negativa e regulação emocional. A primeira envolve uma tendência para altos graus de afeto positivo, reunindo aspetos como a aproximação, a reatividade vocal, o prazer intenso, o riso e o sorriso, o nível de atividade e a sensibilidade perceptiva. A afetividade/reação negativa compreende a tristeza, a raiva/frustração quando existem limitações, o medo e a resposta face ao erro e capacidade de recuperação. Quanto à regulação emocional, refere-se à aptidão de cada indivíduo para controlar as próprias ações, emoções e atenção (Rothbart, 2011 *cit in* Pinho, 2014).

No que diz respeito ao temperamento difícil na criança, este pode ser caracterizado por irregularidades da função biológica, reações de isolamento face a novos estímulos, a não adaptação à mudança, expressões de humor que normalmente são negativas, sono e alimentação desregulares, períodos de choro intenso e a frustração que geralmente resulta em irritabilidade violenta. Uma criança com temperamento difícil torna-se mais vulnerável a questões comportamentais futuras, acabando também por afetar as relações sociais que irão contribuir para a formação da personalidade bem como influenciar as interações que mantém com a progenitora (Britton, 2011).

Vários estudos citados por Marques (2011) confirmam que existe uma relação positiva entre a depressão pós-parto e uma perceção materna do

temperamento do bebê como sendo mais difícil. Embora o temperamento do bebê possa ser considerado um fator de risco de depressão pós-parto, o próprio pode ser afetado pela depressão materna na primeira infância. Deste modo, é expectável que a relação entre o temperamento do bebê e a depressão materna possa ser não apenas unidirecional, mas também recíproca. Whiffen e Gotlib (1989), a partir de uma classificação de avaliação comportamental concluíram que bebês de mães deprimidas exibiam significativamente mais emoções negativas e menos tolerância ao stress, comparativamente a bebês de mães do grupo de controlo. Mediram ainda a percepção materna face aos cuidados com o bebê e constataram que as mães deprimidas consideram esse cuidado mais difícil (Kitamura et. al., 1999).

Um outro estudo levado a cabo por Sugawara et. al. (1999) pôs como hipótese a existência de uma influência recíproca entre a depressão pós-parto e o temperamento infantil. Os autores assumem a possibilidade de o temperamento infantil aos seis meses, momento em que avaliaram a ritmicidade no bebê em associação com a avaliação de sintomatologia depressiva feita nos primeiros cinco dias do pós-parto, ter sido influenciado pelas interações com uma mãe deprimida.

Por fim, são diversos os estudos publicados ao longo dos anos, e supracitados, que sugerem a existência de uma relação entre as três variáveis selecionadas para o presente estudo (Tabela 3).

Tabela 3. Síntese das Consequências da Depressão Puerperal no Bebê

Autores / referências	Resultados/conclusões
Whiffen & Gotlib (1989) <i>cit in</i> Sugawara, Kitamura, Toda & Shima (1999)	Bebês de mães deprimidas apresentam significativamente mais emoções negativas e menos tolerância ao stress; mães percebem os cuidados como mais difíceis
Sugawara et al. (1999)	Interação com uma mãe deprimida pode influenciar o temperamento infantil aos 6 meses
Cohn, Campbell, Matias & Hopkins (1990); Field (1984); Pickens & Field (1993) <i>cit in</i> Schwengber & Piccinini (2003)	Bebês de mães deprimidas apresentam características comuns: menor nível de atividade, menos afeto positivo, menos vocalizações, distanciamento do olhar, protestos mais intensos, mais expressões de tristeza e raiva e menos demonstrações de interesse
Teti & Gelfand (1997) <i>cit in</i> Frizzo & Piccinini (2005)	Uma mãe emocionalmente indisponível tende a ser menos responsiva, é mais insensível face ao bebê e assume comportamentos menos atentos à saúde, segurança e necessidades psicológicas do bebê
Ross et al. (2005) e Warren et al. (2006)	O estado emocional das mães pode ser uma das causas dos problemas de sono do bebê
Field (1997); Hay (1997); Murray & Cooper (1997); Radke-Yarrow (1998) <i>cit in</i> Brum & Schermann (2006)	Bebês de mães deprimidas apresentam maior risco de desenvolverem desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais; o comportamento de mães deprimidas tende a afetar o desenvolvimento de psicopatologias nos filhos

Autores / referências	Resultados/conclusões
Warren et al. (2006)	A depressão materna como preditora da frequência de acordares do bebé
Field (1995) Warren et al. (2006); Hiscock & Wake (2001); Dennis & Ross (2005); Paulson, Dauber & Leiferman (2006); Bayer, Hiscock, Hampton & Wake (2007); Meltzer & Mindell (2007) <i>cit in</i> Lopes et al. (2010)	Os bebés de mães deprimidas apresentam alterações do padrão de sono; Existência de uma relação direta entre os sintomas depressivos da mãe e a frequência dos acordares, a qualidade do sono e quantidade de tempo que o bebé dorme
Marques (2011)	Existência de uma relação positiva entre a depressão pós-parto e uma perceção materna do temperamento do bebé como sendo mais difícil; Relação recíproca entre a depressão materna e o temperamento infantil

II - Objetivos

Em função da experiência de parto e dos primeiros meses de vida do bebé, a incidência de sintomas depressivos na mulher poderá aproximar-se tendencialmente de cem por cento. Estará isto relacionado com a exaustão física, com a quebra do ritmo de trabalho, do ritmo social e com o próprio nível de responsabilidades que representa a maternidade.

Dado o interesse em conhecer os fenómenos que medeiam a relação da mãe, bem como a sua relevância para o desenvolvimento do bebé como um ser individual ainda que dependente, e surgindo alguma curiosidade face às influências entre mãe e bebé, o principal objetivo desta investigação consiste em perceber de que modo os sintomas depressivos da mãe no pós-parto se relacionam com os considerados habituais padrões de sono do bebé, bem como o seu temperamento.

Neste contexto, conciliando as ambições do estudo e o conjunto de conhecimentos teóricos decorrentes de algumas das investigações, previamente enunciadas, destacam-se como objetivos específicos a obtenção de resposta para as seguintes questões:

- Existe relação entre a depressão pós-parto e as alterações de sono no bebé?
- Existe relação entre a depressão pós-parto e o temperamento difícil do bebé?

III - Metodologia

3.1. Delineamento

Com base nos objetivos de investigação supracitados, trata-se de um estudo exploratório descritivo transversal e com uma abordagem de natureza quantitativa.

Assume a designação de exploratório, uma vez que se trata de um estudo no qual se pretende a abordagem de fatores psicológicos, como a depressão, no sono e no temperamento do bebé, com o propósito de reunir informações sobre a temática e as possíveis inter-relações entre as variáveis. Considera-se descritivo por serem feitas questões acerca da natureza e incidência das variáveis, bem como das relações entre as mesmas (Lima, Vieira & Oliveira, 2007) e transversal uma vez que a recolha da amostra ocorre num único momento (Alípio, 2006). Por fim, a abordagem é quantitativa visto que consiste num processo dedutivo, a partir do qual os resultados numéricos proporcionam conhecimentos objetivos em relação às variáveis em estudo (Fortin, 1999).

3.2. Amostra

Para este estudo considerámos apenas mães (únicas respondentes) com bebés de idade compreendida entre o 1º e o 12º mês de vida, com nacionalidade portuguesa e residentes em Portugal. Assim, depois de aplicados os critérios de inclusão ficámos com uma amostra e 150 mães e, obviamente, 150 bebés. As mães apresentam uma média de idade de 32 anos ($M = 31.97$ anos, $DP = 4.37$) enquanto os bebés uma média de aproximadamente 6 meses ($M = 5.66$ meses, $DP = 3.42$) (Tabela 4).

Tabela 4. Estatísticas referentes às mães e aos bebés

		Idade da mãe	Idade do Bebé:
N	Válido	150	150
	Ausente	0	0
	Média	31.97	5.66
	Mediana	32.00	5.00
	Desvio Padrão	4.37	3.42

De seguida, considerámos importante conhecer as estatísticas referentes ao tempo de gestação e posterior tempo de internamento no pós-parto. A partir da Tabela 5 é possível perceber que as mães tiveram um tempo de gestação médio de 39 semanas ($M = 39.07$ semanas, $DP = 1.69$), fazendo referência a que 8 destes bebés nasceram prematuros, considerando como critério as 37 semanas (Tabela 6). Quanto ao internamento no pós-parto, a média foram 3 dias ($M = 3.14$, $DP = 1.47$).

Tabela 5. Estatísticas referentes ao tempo de gestação e ao período de pós-parto

		Tempo de Gestação (semanas)	Período pós-parto (dias)
N	Válido	150	150
	Ausente	0	0
	Média	39.07	3.14
	Mediana	39.00	3.00
	Desvio Padrão	1.69	1.47

Tabela 6. Resumo da Tabela 6 em anexo, Tempo de Gestação

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	30.00	1	.7	.7	.7
	32.71	1	.7	.7	1.3
	35.00	1	.7	.7	2.0
	36.00	5	3.3	3.3	5.3
	37.00	14	9.3	9.3	14.7
	Total	150	100.0	100.0	

Em relação ao tipo de parto, referir que sensivelmente metade dos bebés nasceram de parto distócito com um valor igual a 50.7%, percentagem ligeiramente mais baixa foi encontrada no tipo de parto eutócito (49.3%) (Tabela 7).

Tabela 7. Tipo de Parto

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Eutócito	74	49.3	49.3	49.3
	Distócito	76	50.7	50.7	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

Apenas como referência e permitindo uma caracterização da amostra mais pormenorizada, referimos alguns dados complementares, como a localidade. A partir da Tabela 8 podemos verificar que temos as três grandes cidades, Lisboa (23.3%), Coimbra (20%) e Porto (15.3%) com maior representatividade em termos de frequência de resposta.

Tabela 8. Resumo da Tabela 8 em anexo, Distrito

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Coimbra	30	20.0	20.0	38.0
	Lisboa	35	23.3	23.3	65.3
	Porto	23	15.3	15.3	82.0
	Total	150	100.0	100.0	

3.3. Instrumentos

Foram utilizadas as versões portuguesas validadas dos seguintes questionários de autorresposta: Postpartum Depression Screening Scale versão reduzida (PDSS-21) e Questionário de Temperamento Difícil do Bebê (QTDB). Recorremos ainda ao Infant Sleep Questionnaire por ser o único instrumento para avaliar o sono em crianças, na sua categoria, que está consolidado e que já foi utilizado por diversas equipas de investigação (Lewandowski, Toliver-Sokol & Palermo, 2011).

3.3.1. Inquérito Sociodemográfico

O inquérito foi elaborado especificamente para esta investigação de modo a estar totalmente adequado à população em questão e permitindo a recolha de dados sociodemográficos, bem como informações acerca da díade. Foram feitas questões relativas à mãe e ao bebé, incluindo gravidez e parto. Quisemos também ter algumas informações de base em relação ao pai e possível acompanhamento dado à díade no momento do parto.

3.3.2. Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), validada para a população portuguesa (versão PDSS-21)

A PDSS é uma escala de autorresposta composta por 35 itens que descrevem o modo como a mulher se está a sentir depois do nascimento do bebé. As respostas são dadas a partir de uma escala *Likert* que varia entre “discordo muito” (1 ponto) e “concordo muito” (5 pontos). Para as respostas com pontuação de 2, 3 e 4 pontos, correspondem as respostas intermédias de “discordo”, “nem concordo, nem discordo” e “concordo”. Demora uma média de 5 a 10 minutos a ser respondida e permite avaliar a presença e gravidade da sintomatologia associada à Depressão Pós-Parto. A cotação total da escala varia entre 35 e 175 pontos, sendo que quanto mais alta for a pontuação, maior é a gravidade da sintomatologia. A escala é multidimensional, contemplando sete dimensões: Sono/ Distúrbios Alimentares (DAS), Ansiedade/ Insegurança (AI), Labilidade Emocional (LE), Confusão Mental (CM), Perda do *Self* (PS), Culpa/ Vergonha (CV) e Pensamentos Suicidas (Pereira, 2008).

A PDSS foi validada para a população portuguesa e definiram-se duas versões: a PDSS-21, para o pós-parto e a PDSS-24 para a gravidez. Neste protocolo será usada a versão PDSS-21 por ser a que se adequa à população escolhida para o estudo. Esta versão é constituída por 21 itens, sendo que a cotação total varia entre 21 e 105 pontos. Para a versão reduzida relativa ao pós-parto, foram considerados quatro fatores – F1: Desrealização e Fracasso; F2: Dificuldades de concentração e labilidade emocional; F3: Ideação suicida e estigma; F4: Dificuldades em dormir (Pereira et al., 2013).

3.3.3. Infant Sleep Questionnaire (ISQ), versão original

O ISQ é um questionário de autorrelato materno do qual fazem parte 10 questões, divididas em duas partes: a primeira incluindo uma série de perguntas sobre os hábitos de sono do bebé e que deverão ser respondidas com base no que aconteceu no último mês; a segunda inclui uma única pergunta mais generalista, em que a mãe é questionada acerca da sua opinião face ao

sono do seu bebé. A versão original foi especificamente concebida para avaliar o comportamento do sono em crianças dos 12 aos 18 meses de idade. A pontuação total varia entre 0 e 38 pontos. O ISQ é o único instrumento consolidado para avaliar a iniciação, manutenção e qualidade do sono em crianças, na sua categoria, que está consolidado e que tem sido utilizado por diversas equipas de investigação (Lewandowski et al., 2011). Durante este estudo foi feita a validação do Questionário do Sono Infantil (QSI) para a população portuguesa (Anexo I).

3.3.4. Questionário de Temperamento Difícil do Bebé (QTDB)

É um questionário constituído por 9 questões sendo que a cada uma correspondendo uma escala de resposta com 6 opções: “nunca ou quase nunca” (0 pontos), “raramente” (1 ponto), “normalmente não” (2 pontos), “normalmente sim” (3 pontos), “frequentemente” (4 pontos), “sempre ou quase sempre” (5 pontos). Este instrumento permite avaliar a presença de temperamento difícil no bebé através do relato subjetivo da mãe, sendo que a pontuação total pode variar entre 0 e 40 pontos. Para a determinação deste total não foi considerada a primeira questão relativa à saúde geral do bebé, uma vez que sai da esfera do conceito de temperamento.

3.4. Procedimentos de Investigação

A amostra do presente estudo foi recolhida a partir de uma plataforma *online*. O protocolo de investigação previamente selecionado foi introduzido num programa denominado Google Docs, incluindo o consentimento informado que contém os objetivos do trabalho bem como todas as questões de sigilo e tratamento de dados, o inquérito sociodemográfico e os restantes instrumentos – a *Postpartum Depression Screening Scale* (versão *PDSS-21*), o *Questionário do Sono Infantil (QSI)* e o *Questionário de Temperamento Difícil do Bebé (QTDB)*, aplicados pela ordem que são apresentados.

Posteriormente, e recorrendo às redes sociais, o protocolo foi divulgado e as respostas registadas e guardadas numa folha Excel criada pela própria funcionalidade do Google. Este pedido de colaboração, feito a várias páginas e grupos dedicados às temáticas mais direcionadas às mães e respetivos bebés, foi sempre feita em nome pessoal. A participação de todas as respondentes implicava sempre um preenchimento completo do protocolo, sendo que todas aceitaram, de modo livre, participar no estudo e concordaram com os termos da investigação descritos na declaração de consentimento informado.

3.5. Procedimentos Estatísticos

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através da utilização do programa SPSS-Statistics versão 22.0 para Windows. Foram determinadas estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão (Almeida & Freire, 2003).

A comparação de proporções foi feita através do teste do X^2 (Qui-Quadrado).

Foram aplicados testes de normalidade.

Uma vez que nos propusemos a estudar a possível relação entre

variáveis, recorremos à análise de algumas correlações. Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações de Spearman seguimos o critério de Franzblau (Franzblau, 1958): $>.02$, fraca; $>.40$, moderada; e $>.60$, forte.

IV - Resultados

Tendo por base o objetivo de estudo e a variável central de influência, começamos por indicar os valores para a depressão pós-parto. Segundo Pereira (2013), considera-se para o rastreio de depressão pontuações da PDSS-21 acima de 37 pontos, sendo que para a depressão major o cut-off é de 40 pontos (Tabelas 9 e 10). Assim, 66 (44%) mães encontram-se com depressão, sendo que 38.7%, percentagem correspondente a 58 mulheres, apresenta indicadores de uma depressão major. Atendendo à variável de depressão pós-parto, que encontramos descrita na literatura como sendo um episódio de depressão major ocorrendo num período específico da vida, para a presente análise de resultados iremos considerar os dados relativos à depressão major.

Tabela 9. Frequências para a Depressão

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sem Depressão	84	56.0	56.0	56.0
Com Depressão	66	44.0	44.0	100.0
Total	150	100.0	100.0	

Tabela 10. Frequências para a Depressão Major

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sem Depressão	92	61.3	61.3	61.3
Com Depressão Major	58	38.7	38.7	100.0
Total	150	100.0	100.0	

Com base no inquérito sociodemográfico apresentado às respondentes, surgiu-nos interesse em conhecer os dados relativos à questão “Esteve acompanhada por algum familiar durante o parto?”. Ora, 78.7% das mães não esteve sozinha neste período traduzindo-se em 32 os casos de mães sem acompanhamento por parte de um familiar (21.3%) (Tabela 11).

Tabela 11. Esteve acompanhada por algum familiar durante o parto?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido Sim	118	78.7	78.7	78.7
Não	32	21.3	21.3	100.0
Total	150	100.0	100.0	

Posto isto, considerámos pertinente para este estudo perceber de que forma a gravidez, com tudo o que encerra, bem como o tipo de parto se relacionam com a principal variável: a depressão pós-parto. Assim, a partir da Tabela 12 destacamos que apenas 2 mães tiveram uma gravidez não desejada e ambas apresentam uma depressão major, mas uma vez que são em número muito reduzido não são suficientes para tirar qualquer conclusão. No entanto, verificou-se uma tendência para associação entre gravidez desejada e depressão major ($p=.073$). Isto é, o valor de significância, quando associada a variável depressão pós-parto com os dados relativos ao não desejo da gravidez, assume um valor próximo de poder ser considerado significativo.

Por outro lado, e tentando inferir outras possíveis associações, nem o planeamento da gravidez, nem o tipo de parto produziram evidências estatísticas para poder afirmar que estão associadas à depressão major. Foi ainda testado se haveria associação entre acompanhamento no parto e depressão major o que não se verificou.

Tabela 12. Associação entre a Depressão Major e planeamento da gravidez, desejo da gravidez, tipo de parto e acompanhamento

		Depressão Major		Total	OR	IC 95%	X ² ; p
		Sem depressão	Com depressão				
		Major					
Gravidez	Sim	70	49	119	.584	.248;	1.529;
Planeada	Não	22	9	31		1.377	p= .216
Gravidez	Sim	92	56	148	-	-	3.215;
Desejada	Não	-	2	2			p= <u>.073</u>
Tipo de Parto	Eutócito	47	27	74	1.199	.621;	.293;
	Distócito	45	31	76		2.316	p= .588
acompanhamento	Ter Sim	74	44	118	1.308	.593;	.443;
	Não	18	14	32		2.888	p= .506

X², valor de qui-quadrado de *Pearson*; p, significância; OR, *Odds ratio*/razão das possibilidades; IC95%, Intervalo de Confiança de 95%.

Com base nos três instrumentos incluídos no protocolo de investigação, apresentamos uma análise descritiva dos dados relativos à PDSS-21, ao QSI e ao QTDB. A Tabela 13 mostra as pontuações médias, desvios padrão e variação (máximo e mínimo) das variáveis em estudo na amostra total. Em relação ao Questionário do Sono Infantil, surgem os dois fatores resultado da validação da escala (anexo I).

Tabela 13. Dados descritivos das variáveis de estudo

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PDSS F1: Desrealização e Fracasso	8	40	14.69	7.864
PDSS F2: Dificuldades de Concentração e Labilidade Emocional	5	25	12.91	4.969
PDSS F3: Ideação Suicida	5	25	6.61	3.237
PDSS F4: Dificuldades em dormir	3	15	6.95	3.292
PDSS Total	21	105	41.16	16.954

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
QSI Critério Materno (item 10)	0	3	.71	.894
QSI F1: Problemas de iniciação do sono	0	19	8.71	5.841
QSI F2: Problemas de manutenção do sono	0	17	4.49	4.053
QSI Índice de Severidade	0	35	13.21	8.123
QTDB F1: Regulação Emocional	0	13	3.67	3.133
QTDB F2: Sono	0	15	4.40	4.033
QTDB TOTAL	0	31	9.49	7.562
QTDB1 O bebé tem tido problemas de saúde?	0	3	.39	.713

Uma das questões de investigação colocada era “há uma relação entre a depressão pós parto da mãe e o sono do bebé?”. Como se pode observar na Tabela 14, as mães com depressão major estão, proporcionalmente, mais associadas às mães que percecionam o sono do seu filho como sendo de dificuldade “moderada e severa em dormir”.

Deste modo, confirma-se que a associação entre estas variáveis é significativa com um nível de significância $p=0.000$, levando por isso a aceitarmos esta hipótese de investigação.

Tabela 14. Relação Depressão Major e Perceção da mãe de que o bebé tem dificuldades em dormir

		Depressão_Major_cutoff40		Total	X ² ; p
		Sem Depressão	Com Depressão		
		Fo (Fe)	Fo (Fe)		
10. Considera que o seu bebé tem dificuldades em dormir?	não suave	65 (51.5)	19 (32.5)	84	25.028; p= .000
	moderado	16 (18.4)	14 (11.6)	30	
	severo	9 (19.6)	23 (12.4)	32	
		2 (2.5)	2 (1.5)	4	
	Total	92	58	150	

Fo, frequência observada; Fe, frequência esperada; X², valor de qui-quadrado de *Pearson*; p, significância

Como na Tabela 14 constatámos que havia duas células com valores esperados inferiores a 5, formámos um primeiro grupo com os dados relativos aos que não têm dificuldades em dormir; em segundo, reagrupámos os com problemas “suaves”, “moderados” e “severos” em dormir para que nenhum potencial caso com problemas de sono fosse excluído numa posterior análise. Como podemos ver na Tabela 15, passámos a ter 66 mães (44%) que percecionam o seu filho como tendo um problema de sono, face às 84 (56%) que consideram que o seu bebé não apresenta dificuldades em dormir.

Tabela 15. Percepção da mãe se o bebê tem ou não um problema de sono

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sem	84	56.0	56.0	56.0
	dificuldades em dormir				
	Com	66	44.0	44.0	100.0
	dificuldades em dormir				
	Total	150	100.0	100.0	

Analisando a Tabela 16 encontramos a distribuição das mães segundo a percepção que têm da dificuldade dos filhos em dormir e a sua situação de depressão. Entre parêntesis estão as frequências esperadas, isto é, as frequências que ocorreriam se a distribuição fosse teórica e devida ao acaso. Analisando cada conjunto de frequências (cada célula), constata-se que a maior discrepância (resíduos) entre os efetivos observados e os esperados situa-se na célula convergente “com depressão major” e “com dificuldades em dormir”, pois esperavam-se 25.5 mães e efetivamente surgiram 39 (quase o dobro), enquanto, por outro lado, se esperavam 40.5 mães sem depressão que percebem os filhos com dificuldade em dormir e apenas surgiram 27. Com o OR = 4.942 (IC 2.433; 10.037), isto é, o intervalo de confiança a 95% não contém a unidade, **podemos afirmar que a depressão pós-parto da mãe está associada à percepção que tem das dificuldades do filho em dormir.**

Tabela 16. Relação entre Depressão Major e percepção da mãe das dificuldades em dormir do filho

		Depressão		Total	OR	IC	X ² ; p
		Sem depressão Fo (Fe)	Com depressão Major Fo (Fe)				
Percepção da Mãe	Sem	65 (51,5)	19 (32,5)	84	4,942	2,433;	20.731;
	dificuldades em dormir					10,037	p= .000
	Com	27 (40,5)	39 (25,5)	66			
	dificuldades em dormir						

Fo, frequência observada; Fe, frequência esperada; X², valor de qui-quadrado de *Pearson*; p, significância

De outra forma, como se pode verificar pela Tabela 17 dos testes de normalidade, nenhuma das variáveis apresenta aderência à normalidade e, por isso, usamos um teste não paramétrico, o rho de Spearman, para analisar a relação entre estas duas variáveis (depressão pós-parto da mãe e sono do bebê).

Tabela 17. Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
PDSS_Total	.181	150	.000	.879	150	.000
QSI_Índice_de_Severidade	.079	150	.022	.971	150	.003

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Na Tabela 18, com um coeficiente de correlação rho igual a 0.211 e com um nível de significância $p= 0.000$, podemos afirmar que há evidências suficientes para aceitar que **existe uma relação positiva entre a depressão pós-parto e o sono do bebê.**

Dentro desta hipótese haveria a possibilidade de apenas alguma(s) dimensão(ões) da depressão pós-parto estar relacionada ou a influenciar a variável sono do bebê. Testamos essa sub hipótese e quase todas as dimensões da depressão pós parto estão relacionadas com o sono do bebê (QSI Total) com um nível de significância $p<0.05$. Verifica-se ainda que não se correlaciona com a dimensão de ideação suicida e que apresenta uma correlação fraca com o total e as restantes dimensões da depressão pós-parto. Importa descrever que pela análise da correlação com os fatores apenas se evidencia correlação entre o PDSS Total e os seus fatores 1 e 2 com o Fator 2 do QSI. Apesar de até poder ser esperada uma correlação entre F1 e F2 do QSI e o F4 do PDSS (Dificuldades em dormir), apenas se apresenta uma tendência para uma correlação fraca com F2 do QSI.

Tabela 18. Coeficientes de correlação de Spearman entre Depressão Pós-Parto e Sono do Bebê

		PDSS Total	PDSS F1	PDSS F2	PDSS F3	PDSS F4
QSI	Coeficiente de	.211**	.195*	.202**	.081	.182*
TOTAL	Correlação					
	Sig. (2 extremidades)	.010	.017	.013	.322	.026
QSI F1	Coeficiente de	.135	.106	.124	.042	.153
	Correlação					
	Sig. (2 extremidades)	.099	.196	.132	.606	.062
QSI F2	Coeficiente de	.261**	.281**	.260**	.118	.156
	Correlação					
	Sig. (2 extremidades)	.001	.001	.001	.152	.057

** - A correlação é significativa com $p<0,01$; *- A correlação é significativa com $p<0,05$; PDSS F1, Desrealização e Fracasso; PDSS F2, Dificuldades de Concentração e Labilidade Emocional; PDSS F3, Ideação Suicida; PDSS F4, Dificuldades em dormir; QSI F1, Problemas de iniciação do sono; QSI F2, Problemas de manutenção do sono

A segunda questão de investigação era: “*existe uma relação entre depressão pós-parto e temperamento difícil do bebê?*”.

Na Tabela 19, como se pode verificar pelo quadro dos testes de normalidade, nenhuma das variáveis apresenta aderência à normalidade e, por isso, usamos um teste não paramétrico - o rho de Spearman - para analisar a relação entre estas duas variáveis (depressão pós-parto da mãe e

temperamento difícil do bebê).

Tabela 19. Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Estatísti ca	df	Sig.	Estatísti ca	df	Sig.
PDSS_Total	.181	150	.000	.879	150	.000
QTDB_TOTAL_2a	.142	150	.000	.926	150	.000

9

a. Correlação de Significância de Lilliefors

A partir da Tabela 20, com um coeficiente de correlação rho igual a 0.481 e com um nível de significância $p= 0.000$ e seguindo o critério de Franzblau ($>.40$, moderada), podemos afirmar que **existe uma relação positiva e moderada entre a depressão pós-parto e o temperamento difícil do bebê.**

Dentro desta hipótese haveria a possibilidade de apenas alguma(s) dimensão(ões) da depressão pós parto estar relacionada ou a influenciar a variável temperamento difícil do bebê ou as suas dimensões. Testámos essa sub hipótese e verificou-se relação, com um nível de significância $p<0.05$, entre as dimensões e totais da depressão pós-parto e do temperamento difícil do bebê.

Tabela 20. Coeficientes de correlação de Spearman entre Depressão Pós-Parto e Temperamento Difícil do Bebê

		PDSS Total	PDSS F1	PDSS F2	PDSS F3	PDSS F4
QTDB TOTAL	Coefficiente de Correlação	.481**	.489**	.423**	.263**	.368**
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000	.001	.000
QTDB F1	Coefficiente de Correlação	.402**	.422**	.373**	.242**	.256**
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000	.003	.002
QTDB F2	Coefficiente de Correlação	.445**	.448**	.397**	.186*	.355**
	Sig. (2 extremidades)	.000	.000	.000	.022	.000

** - A correlação é significativa com $p<0,01$; * - A correlação é significativa com $p<0,05$; QTDB F1, Regulação Emocional; QTDB F2 Sono; PDSS F1, Desrealização e Fracasso; PDSS F2, Dificuldades de Concentração e Labilidade Emocional; PDSS F3, Ideação Suicida; PDSS F4, Dificuldades em dormir.

Dado o intervalo de idades dos bebês (entre 1 e 12 meses), quisemos perceber se havia relação entre a idade do bebê e duas das variáveis em estudo (depressão pós-parto e percepção da mãe face aos problemas de sono do bebê). Assim, optámos por fazer um segundo estudo mas desta vez com grupos de idades. Começámos por subdividir em quatro grupos: dos 0 aos 3 meses, dos 3 aos 6 meses, dos 6 aos 9 meses e dos 9 aos 12 meses. Feitos os agrupamentos, quisemos estudar as relações entre as diferentes variáveis.

Analisando a Tabela 21 percebemos que a associação entre as idades dos bebês e a depressão é significativa com um valor de significância $p=0.011$

que nos permite aceitar a hipótese acima referida.

Tabela 21. Relação entre grupos de idades e Depressão Major

			Depressão_Major_cutoff40		Total	X ² ; p
			Sem	Com		
			Depressão	Depressão		
			Major			
Idade_Bebé_ Grupos	0-3	Contagem	40	18	58	11.066; p= .011
		Contagem	35.4	22.6	58.0	
		Esperada				
	3-6	Contagem	22	13	35	
		Contagem	21.4	13.6	35.0	
		Esperada				
	6-9	Contagem	20	9	29	
		Contagem	17.7	11.3	29.0	
		Esperada				
	9-12	Contagem	9	18	27	
		Contagem	16.5	10.5	27.0	
		Esperada				
	Total	Contagem	91	58	149	
		Contagem	91.0	58.0	149.0	
		Esperada				

X², valor de qui-quadrado de *Pearson*; p, significância

A partir da Tabela 22 concluímos que existe apenas uma tendência para a relação entre as idades e a percepção da mãe se o bebé tem ou não problemas de sono, com um valor de significância p=.079.

Tabela 22. Relação entre os grupos de idades e a percepção da mãe se o bebé tem ou não problemas de sono

			Percepção da mãe se o bebé tem ou não um problema de sono		Total	X ² ; p
			Sem	Com		
			dificuldades em dormir	dificuldades em dormir		
Idade_Bebé_ Grupos	0-3	Contagem	36	22	58	6.790; p= .079
		Contagem	32.3	25.7	58.0	
		Esperada				
	3-6	Contagem	21	14	35	
		Contagem	19.5	15.5	35.0	
		Esperada				
	6-9	Contagem	17	12	29	
		Contagem	16.2	12.8	29.0	
		Esperada				
	9-12	Contagem	9	18	27	
		Contagem	15.0	12.0	27.0	
		Esperada				

		Perceção da mãe se o bebé tem ou não um problema de sono		Total	X ² ; p
		Sem dificuldades em dormir	Com dificuldades em dormir		
Total	Contagem	83	66	149	
	Contagem	83.0	66.0	149.	
	Esperada			0	

X², valor de qui-quadrado de *Pearson*; p, significância

Apesar de não haver células com valores esperados inferiores a 5 nas Tabelas 21 e 22, constatámos que a maior discrepância (resíduos) entre os efetivos observados e os esperados se situava nas células convergentes com idades dos bebés entre 9 e 12 meses, comparativamente com as células das restantes idades. Assim, optámos por reagrupar as idades em apenas dois grupos, juntando os bebés com 1 a 9 meses num grupo e os bebés com 9 a 12 meses noutra, para podermos avaliar de forma mais clara as diferenças de associação destes dois grupos com a depressão pós-parto da mãe e os problemas de sono dos bebés, segundo os cut offs de rastreio dos mesmos nas respetivas escalas.

Para os novos grupos de idades voltámos a testar a existência de relação entre as variáveis. Com base na Tabela 23 podemos observar que as idades dos bebés e a depressão major apresentam uma associação significativa com um valor de significância p=.002.

Tabela 23. Relação entre os dois grupos de idades e a Depressão Major

		Depressão_Major_ cutoff40		Total	OR; IC 95%	X ² ; p	
		Sem Depressão	Com Depressão				
		Major					
Idade_ Bebé	1 a 9 meses	Contagem	76	35	111	3.121;	9.165; p= .002
		Contagem	68.1	42.9	111.0	1.470;	
		Esperada				6.630	
	9 a 12 meses	Contagem	16	23	39		
		Contagem	23.9	15.1	39.0		
		Esperada					
Total		Contagem	92	58	150		
		Contagem	92.0	58.0	150.0		
		Esperada					

X², valor de qui-quadrado de *Pearson*; p, significância; OR, *Odds ratio*/razão das possibilidades; IC95%, Intervalo de Confiança de 95%.

Por fim, na Tabela 24 pode verificar-se que os grupos de idades se associam significativamente com a perceção da mãe se o bebé tem ou não um problema de sono, com um valor de significância p=.003.

Tabela 24. Relação entre os dois grupos de idades e a Percepção da mãe se o bebê tem ou não um problema de sono

			Percepção da mãe se o bebê tem ou não um problema de sono		Total	OR; IC95%	X ² ; p
			Sem dificuldades em dormir	Com dificuldades em dormir			
Idade	1 a 9 meses	Contagem	70	41	111	3.049;	8.644;
		Contagem	62,2	48,8	111,0	1.427;	p= .003
Bebé	9 a 12 meses	Esperada				6.515	
		Contagem	14	25	39		
Total		Contagem	21,8	17,2	39,0		
		Esperada					
		Contagem	84	66	150		
			Contagem	84,0	66,0	150,0	
			Esperada				

X², valor de qui-quadrado de *Pearson*; p, significância; OR, *Odds ratio*/razão das possibilidades; IC95%, Intervalo de Confiança de 95%.

V - Discussão

Serve o presente capítulo para estabelecer uma articulação entre os resultados obtidos e a(s) teoria(s) existente(s) relativas ao tema em estudo. Serão ainda apresentadas hipóteses explicativas para os dados encontrados.

Com base nos resultados obtidos e previamente analisados, há evidência estatística que permite afirmar que, num período de pós-parto, os sintomas depressivos das mães integrantes da amostra se relacionam de forma positiva com o sono e o temperamento dos bebês, tal como indicam grande parte dos estudos da literatura revista (Sugawara et al., 1999; Ross et al., 2005; Warren et al., 2006; Warren et al., 2007; Marques, 2011).

Em primeiro lugar, analisando alguns dados referentes às mães e bebês, destaca-se que existem oito bebês que nasceram de gestações inferiores a 37 semanas. Foi testada a possibilidade de associação entre a depressão pós-parto e o bebê prematuro mas não houve evidências significativas que permitam inferir essa relação. Ainda assim, e considerando que poderá ser uma limitação dado o número reduzido de prematuros no universo geral da amostra, reconhecemos a importância de ser feito um estudo apenas com mães de bebês prematuros, atendendo igualmente à revisão bibliográfica que aponta o nascimento prematuro como um dos fatores de risco da depressão pós-parto (Teixeira, 2007).

A prematuridade deve ser distinguida do atraso de crescimento intrauterino, uma vez que na primeira o bebê apenas nasce antes do tempo mas com peso normal considerando a idade de gestação. No caso de atraso de crescimento intrauterino, o bebê apresenta uma discrepância que pode ser acentuada entre o peso e a idade gestativa (Marcelli, 2005). Face à imprevisibilidade desta situação, não foi incluída nenhuma questão na

entrevista sociodemográfica que permitisse saber, no caso de ser um bebé prematuro, se teria ou não estado numa incubadora. Este dado seria interessante de conhecer no sentido em que o nascimento de uma criança prematura, por si só, já acarreta algumas alterações naquilo que a mãe deseja ou sonha para ela e para o seu bebé no momento do nascimento, mas estas mudanças são mais sentidas por ambos se o bebé não ficar em contacto com a progenitora. Como refere Marcelli (2005), o nascimento de uma criança prematura está normalmente inserido num contexto de urgência privando a mãe “da pré-preparação e do trabalho psicológico”. Este autor aborda ainda a questão da ida para a incubadora referindo que este afastamento e privação de estimulação tem um efeito devastador. Como o próprio indica, a capacidade que a mãe desenvolve em se adaptar ao novo ser acontece a partir dos primeiros dias, com base nas respostas que o bebé vai dando face aos comportamentos da mãe. Ora, se este se encontra longe da puérpera há risco de desnaturalização dessa empatia, podendo a qualidade de interação entre a díade ficar afetada por muito tempo. Marcelli (2005) refere ainda um estudo em que se verificou que as mães de bebés prematuros, quando saem da maternidade, trocam menos sorrisos e têm menos contactos físicos ventrais com os seus bebés. Com base na literatura revista, seria interessante perceber até que ponto a mãe de um bebé prematuro que esteve em incubadora se encontra num tal estado de indisponibilidade emocional que se torna mais insensível face ao seu bebé. Este estudo não pretendia debruçar-se tanto sobre as causas da depressão pós-parto e nesse sentido não foi valorizado em termos metodológicos a inclusão de itens de resposta que permitissem avaliar estatisticamente a relação com a prematuridade do bebé.

Nos resultados relativos à associação entre a depressão major e desejo da gravidez (Tabela 12), nota-se uma tendência, isto é, o valor de significância fica perto de se poder afirmar que existe associação entre estas duas variáveis. Apesar de o número de mães com uma gravidez não desejada ser muito reduzido não permitindo por isso retirar muitas conclusões, a verdade é que, com base na revisão bibliográfica, quando se fala de depressão pós-parto e, por conseguinte, dos fatores de risco associados surge a questão do não desejo da gravidez (Beck, 2001). O carácter conflituoso da experiência da maternidade representa por si só um risco de ocorrência de distúrbios mentais. Se a isto associarmos outros fatores como uma gravidez não desejada ou como alguns autores definem a não aceitação da gravidez, vê-se aumentado o risco de depressão pós-parto (Brum & Schermann, 2006; Moraes et al., 2006). Assim, apesar de não ser muito evidente na amostra recolhida uma vez que os resultados ficaram um pouco aquém da significância, esta tendência é concordante com o descrito na literatura.

Testámos ainda a associação entre a depressão pós-parto e o tipo de parto. Ainda que as evidências teóricas sejam escassas, esta tentativa surge devido ao número de partos distócitos, isto é, com recurso a equipamentos médicos como fórceps e/ou ventosas ou ainda uma intervenção cirúrgica como a cesariana. Assim, quisemos perceber até que ponto uma situação destas influenciaria a mãe no pós-parto mas sem resultados conclusivos para esta amostra. Apesar disso, é uma questão que não deixa de poder ser considerada

importante e merecedora de relevância num futuro estudo com características amostrais distintas, uma vez que nos referimos a uma experiência forte em termos físicos e emocionais, totalmente relacionada com o bebé e que, resultando numa experiência mais dolorosa e/ou com mais ou menos intervenção médica poderá ter repercussões na díade.

Antes de prosseguirmos a discussão dos resultados para a primeira questão de investigação – “*existe uma relação entre a depressão pós-parto e o sono do bebé*”- importa referir que foi feita a validação da escala Infant Sleep Questionnaire para a população portuguesa (anexo I). A amostra que serviu a validação foi a mesma utilizada para este estudo, considerando que houve um segundo momento de preenchimento do Questionário de Sono Infantil (QSI). Em termos de fidelidade, a escala apresentou uma razoável consistência interna, indicando uniformidade e coerência entre as respostas, havendo igualmente resultados significativos quanto à estabilidade temporal. O questionário original está aferido para idades entre os 12 e os 18 meses mas demonstrada a estabilidade interna, ainda que as respostas sejam referentes a outro intervalo de idades (de 1 a 12 meses), consideramos válidos os resultados obtidos. Foram também identificados de novo, na análise fatorial do QSI, duas dimensões da escala que nos permitiram objetivar resultados mais claros quanto às variáveis em estudo. Além disso, da análise de estabilidade temporal, importa destacar que outra pontuação do QSI além da sua escala, também utilizada neste estudo, definida como critério materno (item 10), obteve uma correlação forte entre as respostas obtidas num primeiro e segundo momento.

Quando estabelecemos a relação entre a depressão major e a perceção da mãe de que o bebé tem dificuldades em dormir, notámos que um número muito reduzido de mães percecionam que o filho tem um problema de sono severo. Considerando que a nossa amostra compreende mães no período de pós-parto com bebés muito pequenos, uma das possíveis explicações para um número tão reduzido de bebés com problemas severos pode ser o sentido de proteção comum à maioria das mães. As progenitoras, face às suas crias, revelam um instinto protetor quase primitivo que pode resultar em duas situações: a extrema preocupação com o bebé que poderá ter um problema e, por outro lado, uma atitude de quase omissão do problema para os outros. As participantes do estudo são recém mamãs e face a um momento de avaliação, ou entendido como tal, provavelmente relativizam mais a situação. À partida, não participaram no estudo num momento em que o bebé chorava muito e não conseguia adormecer e talvez por isso, e também por estarmos perante uma problemática comum ao recém-nascido, na hora de classificar o problema tenham alguma tendência em percecioná-lo como mais moderado. Entre os valores para os problemas suaves e moderados não existe grande diferença de frequências (30 e 32, respetivamente), ou seja, possivelmente quando as dificuldades realmente existem as mães são capazes de as percecionar só não lhes atribuem a categorização mais grave. Não obstante, a relação é significativa e corrobora a questão da “existência de uma relação entre a depressão pós-parto e o sono do bebé”.

Posteriormente, os dados são associados em duas categorias (com

problemas de sono; sem problemas de sono) e os valores obtidos na relação entre depressão pós-parto e percepção da mãe de que o bebê tem dificuldades de sono são bastante mais elevados que os teoricamente esperados. Tendo em conta que todas as indicações dadas em relação aos bebês partem exclusivamente do relato materno, é possível que as respostas sejam influenciadas pela situação de depressão. Reparando nos dados esperados de mães sem depressão em relação à percepção de o filho ter ou não dificuldades em dormir, as frequências observadas são inferiores. Existem duas teorias que poderão explicar estas discrepâncias entre o que é esperado e o obtido: Se considerarmos, por exemplo, os estudos de Ross et al. (2005) e Warren et al. (2006), encontramos como explicação o facto de o estado emocional das mães poder ser uma das causas das dificuldades de sono do bebê, sendo que os sintomas depressivos provocam alterações do padrão de sono. Por outro lado, a partir de um estudo de Whiffen & Gotlib (1989) percebemos que as mães com depressão tendem a perceber os cuidados como mais difíceis, ou seja, uma mãe deprimida percebe o seu bebê como tendo mais dificuldades em dormir comparativamente à percepção de mães sem depressão. Em linha com a última afirmação, é possível compreender de alguma forma porque é que os resultados das correlações entre as pontuações totais das duas escalas não estabeleceram uma relação mais expressiva, como seria espectável. Ao contrário da percepção da mãe de que o bebê tem dificuldades de sono, o total do QSI, ainda que tenha sido aferido com respostas da mãe, é obtido através de itens com uma escala de resposta para dados objetivos dos problemas de iniciação e manutenção de sono do bebê (por exemplo “Em média, quanto tempo é normalmente necessário para pôr o seu bebê a dormir?”).

De referir um outro dado interessante acerca da depressão e das dificuldades em dormir: os resultados indicam que existe uma correlação entre a depressão major e a manutenção do sono do bebê (F2 do QSI). Segundo Warren et al. (2006), a depressão materna funciona como preditora da frequência de acordares do bebê. Assim, os dados obtidos corroboram esta indicação tal como alguns dos estudos referidos por Lopes et al. (2010) em que se reconhece a existência de uma relação direta entre os sintomas depressivos da mãe e a frequência dos acordares, a qualidade do sono e a quantidade de tempo que o bebê dorme. Ainda com base na mesma correlação, existe uma tendência de que as próprias dificuldades em dormir das mães, designadas como consequências da situação de depressão, se relacionam com as dificuldades de manutenção do sono por parte do bebê.

Considerando a segunda questão estabelecida, a depressão pós-parto correlaciona-se significativamente com o temperamento difícil do bebê. Traduzindo estes dados, foi possível comprovar que os sintomas depressivos da mãe influenciam o modo como o bebê age e se expressa face a acontecimentos ambientais, à novidade ou ao stress. O temperamento é inferido a partir do comportamento do bebê que por conseguinte sofre influências do estado emocional da mãe, sabendo-se a partir dos estudos de Sugawara et al. (1999) que a interação com uma mãe deprimida pode influenciar o temperamento infantil aos seis meses. Os dados obtidos a partir dos coeficientes de correlação de Pearson, que indicam a existência de relação

positiva e moderada entre a depressão pós-parto e toda e qualquer dimensão do temperamento difícil do bebê, corroboram os resultados apresentados por Marques (2011): a existência de uma relação positiva entre a depressão pós-parto e a percepção materna do temperamento como sendo mais difícil.

Ainda com base nos resultados do Questionário de Temperamento Difícil do Bebê, destacar que os dados relativos ao F2 (Sono) confirmam a existência de uma relação positiva e moderada entre o sono e a depressão pós-parto. Assim, vemos novamente corroborada a primeira hipótese de investigação.

Uma vez mais, tal como acontece em relação à variável do sono, o temperamento foi considerado a partir do relato das mães pelo que não podemos afirmar em absoluto que os bebês tenham temperamento difícil. Apesar destas limitações e possíveis enviesamentos dos dados, os resultados são significativos e indicativos de uma relação moderada entre as variáveis.

Pensando um pouco sobre os critérios de inclusão da amostra, obtivemos respostas referentes a bebês com idades entre 1 e 12 meses. Ora, os bebês desenvolvem-se muito rapidamente pelo que considerar dados relativos a 12 meses de vida de uma criança pode traduzir-se em diversas alterações de comportamento, nomeadamente em relação aos hábitos de sono e ao temperamento. Por conseguinte, quisemos testar se haveria relação entre as idades dos bebês e as variáveis depressão e sono.

Winnicott (1963) descreveu o desenvolvimento emocional do bebê em termos de passagem da dependência à independência, sendo que propôs três categorias no percurso: a dependência absoluta, dependência relativa e autonomia relativa. Ora, o autor defende que se na fase de dependência absoluta a mãe não se mostrar capaz de se relacionar com o seu bebê, este entra num estado de não-integração, havendo espaço para a ocorrência de falhas primitivas no desenvolvimento (Brum & Schermann, 2004). Ou seja, uma mãe que esteja deprimida torna-se menos cuidadora do seu filho, menos atenta às suas necessidades de saúde, segurança e psicológicas havendo uma tendência para que este comportamento afete o desenvolvimento de desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais. (Teti & Gelfand, 1997 *cit in* Frizzo & Piccinini, 2005; Field, 1997; Hay, 1997; Murray & Cooper, 1997; Radke-Yarrow, 1998 *cit in* Brum & Schermann, 2006). A partir dos resultados obtidos, a idade do bebê relaciona-se com a depressão major com maior prevalência entre os 9 e os 12 meses.

Quisemos conhecer também esta relação no que diz respeito ao sono do bebê, uma vez que os padrões de sono do recém-nascido sofrem notórias alterações ao longo do desenvolvimento. A alternância entre os períodos de sono e vigília são pouco estáveis quando falamos de um recém-nascido, os horários são incertos e a organização só começa a ser notória entre o terceiro e o sexto mês de vida (Piqueira e Benedito-Silva, 1998). De acordo com Davis (2004), o bebê só assume um padrão de sono estável a partir do primeiro ano de vida. Os resultados corroboram estas informações uma vez que existe relação entre a idade e a percepção de o bebê ter dificuldades em dormir.

Numa nova investigação seria interessante estudar mais aprofundadamente esta relação entre as idades e a depressão e sono,

considerando que parece haver uma maior prevalência desta relação entre os 9 e os 12 meses. Isto porque para os restantes grupos etários os valores obtidos são similares ou até inferiores aos esperados.

VI - Conclusões

O principal objetivo desta dissertação é, a partir do relato subjetivo da mãe, perceber de que modo os sintomas depressivos da mesma influenciam os padrões de sono do bebé e o seu temperamento. Para o efeito, interessou conhecer, a partir da amostra conseguida, os hábitos de sono bem como o modo como o bebé reage e se comporta, tudo isto com base no que a mãe descreve.

Os bebés estão em constante desenvolvimento e fazem-no, principalmente, em relação com a mãe daí se conhecer a importância da diáde tantas vezes mencionada na literatura. A par disto, a mãe no período de pós-parto experiencia um conjunto de intensas alterações relacionadas com alguma exaustão física, alteração do ritmo de trabalho, do ritmo social bem como o peso da responsabilidade que representa a maternidade. Todos estes fatores acabam por contribuir para uma possível incidência de sintomas depressivos na mulher.

Assim, através de um questionário sociodemográfico, da PDSS-21, do QSI e do QTDB foi possível inferir algumas das relações entre o que a mãe sente e vivencia e a influência disso no comportamento do seu bebé.

A partir dos dados obtidos referir que existem evidências estatisticamente significativas que permitem afirmar que a depressão pós-parto está associada à perceção que a mãe tem das dificuldades do filho em dormir. Foi provada a existência de uma relação positiva entre a depressão puerperal e o sono do bebé. Considerando a segunda questão de investigação, também para esta os dados foram conclusivos: há uma relação positiva e moderada entre a depressão pós-parto e o temperamento difícil do bebé.

No que diz respeito às limitações do presente estudo, começar por destacar o número reduzido de participantes, podendo este ter sido condicionado pela metodologia escolhida para divulgação do protocolo. O facto de o estudo ser divulgado exclusivamente nas redes sociais limitou o acesso a toda a população que cumpria os critérios de inclusão.

Em segundo, apontar as possíveis limitações conferidas pelos próprios instrumentos de recolha de dados, em particular o QSI devido à falta de uma validação adequada à população em estudo. Proposta a validação, considerar que esta foi feita com recurso a um número reduzido, ainda que suficiente, de participantes no segundo momento de resposta e contemplando um intervalo de idades da amostra que não é o definido pela versão original. Para estudos futuros seria importante considerar as sugestões de algumas mães no sentido de se adaptar a terminologia de algumas questões. Uma outra limitação relativamente aos instrumentos é o intervalo de idades dos bebés, ou seja, são feitas as mesmas questões e considerados dados relativos a crianças em diferentes fases de desenvolvimento o que poderá de algum modo enviesar os

resultados.

Uma outra sugestão para estudos futuros seria considerar vários momentos de avaliação, permitindo que a recolha da amostra relativamente às variáveis maternas aconteça numa altura diferente da recolha feita em relação aos bebés. Num estudo transversal, “o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico” (Alípio, 2006), ora se a recolha for feita em dois momentos diferentes torna-se possível conhecer a verdadeira influência e possíveis consequências a longo prazo da depressão materna no bebé.

Por último, considerar que os dados são obtidos com base num relato subjetivo da progenitora sendo que devemos ter em conta a relação entre a perceção desta e o “real” comportamento da criança.

De forma a colmatar estas limitações, sugere-se um estudo, *a posteriori*, com uma amostra mais alargada em termos quantitativos e, se possível, considerando dados relativos a um período mais restrito do pós-parto. Quando delineámos o estudo, a primeira tentativa foi restringir os dados ao período em que a mãe se encontra em licença de maternidade por considerarmos à data que haveria uma maior incidência de sintomas depressivos. Mas, considerando que os resultados obtidos dão indicações em sentido contrário, a proposta centrar-se-à em restringir a amostra a bebés com idades compreendidas entre os 9 e os 12 meses.

Com base nos conteúdos referidos, considera-se que este estudo poderá ser um bom contributo, ainda que com as suas limitações, para uma melhor compreensão dos fatores que a partir da figura materna influenciam e regulam o comportamento e desenvolvimento do bebé. Deste modo, pensa-se que poderá despertar ainda mais o interesse em estudar a influência dos comportamentos da mãe no seu bebé, não considerando apenas as alterações que o (mau) comportamento do bebé poderá provocar no bem-estar da puérpera.

Quanto às vantagens deste estudo, julga-se que recaem sobre a aproximação entre a Psicologia e a Medicina, permitindo uma melhor compreensão da problemática da depressão pós-parto, promovendo a inserção de psicólogos nos serviços de obstetrícia para que a mãe beneficie de um acompanhamento multidisciplinar. Para as mães, será curioso terem acesso a dados que melhor explicarão as influências que têm no seu bebé. Ainda que o tema seja a depressão e, por isso, não muito convidativo às recém mamãs penso que será um bom ponto de partida para que as próprias sejam capazes de identificar alguns sinais de alarme.

Bibliografia

- Alípio, B. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paraense de Medicina*, 20 (4), 5.
- Almeida, L. S., Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 3ª Edição Revista e Ampliada. Braga: Psiquilíbrios.
- Alvarenga, P. & Piccinini, C. A. (2007). O impacto do temperamento infantil, da responsividade e das práticas educativas maternas nos problemas de externalização e na competência social da criança. *Psicologia: Reflexão*

- e Crítica*, 20 (2), 314-323.
- Artes, R. (1998). Aspectos estatísticos da análise factorial de escalas de avaliação. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 8-17.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research and Practice*, 50 (5), 275-285.
- Boath, E. H., Pryce, A. J., Cox, J. L. (1998). Postnatal depression: The impact on the family. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16 (2-3), 199-203. doi: 10.1080/02646839808404568
- Britton, J. R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women & Health*, 51 (1), 55-71. doi: 10.1080/03630242.2011.540741
- Brum, E. H. M., Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva* 9 (2), 457-467.
- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico*, 37 (2), 151-158.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research* 1, 245-276.
- Costa, R., Pacheco, A., Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Ver. Psiq. Clín.* 34 (4), 157-165.
- Davis, K.F., Parker, K. P. & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care* 18 (2), 65-71. doi: 10.1016/S0891-5245(03)00149-4
- DeVellis, F. R. (1991). Scale development. Theory and applications. London: Sage Publications.
- Duarte, C., Santos, I. & Estêvão, M. H. (2004). Perturbações do Sono na Criança. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 4 (35): 349-357.
- Ferreira, A. M. S. (2007). A depressão no Processo de Maternidade – Estudo Prospetivo de mulheres da 36ª semana de gravidez, 2ª, e 6ª semana pós-natal. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Saúde Pública. Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Field (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13. doi: 10.1016/0163-6383(95)90003-9
- Figueiredo, B. (2001). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica* 22 (3), 329-339.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franzblau, A. (1958). *A Primer of Statistics for Non-Statisticians*, 7. Harcourt, Brace & World.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebé em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), 47-55.
- Geib, L. T. C. (2007). Desenvolvimento dos estados de sono na infância. *Rev Bras Enferm*, 60 (3), 323-326.
- Gonçalves, J. I. C. (2008). Depressão pós-parto da mãe e retraimento social

- do bebê. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Hiscock, H., Wake, M. (2001). Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics*, 107 (6), 1317-22.
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Sychometrik*, 1, 245-276.
- Klein, V. C. & Linhares, M. B. M. (2007). Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17 (36), 33-44.
- Klein, V. C., Linhares, M. B. M. (2010). Temperamento e Desenvolvimento da Criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo* 15 (4), 821-829.
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. London and New York: Routledge
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing*. 2ª ed. London and New York: Routledge.
- Lewandowski, A. S., Toliver-Sokol, M. & Palermo, T. M. (2011). Evidence-based review of subjective pediatric sleep measures. *Journal of Pediatric Psychology* 36 (7), 780-793.
- Lima, M., Vieira, C., Oliveira, A. (2007). *Metodologia da Investigação Científica. Cadernos de textos de apoio*. 8ª Edição. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lopes, R. C. S. (2010). A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. *Psicologia em Estudo*, 15 (2). 295-304.
- Lopes, E. R., Jansen, K., Quevedo, L. A., Vanila, R. G., Silva, R. A. & Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 59 (2), 88-93.
- Macedo, A., Marques, M., Bos, S., Maia, B. R., Pereira, T., Soares, M. J., Valente, J., Gomes, A. A., Nogueira, V., Azevedo, M. H. (2011). Mother's personality and infant temperament. *Infant Behavior & Development* 34, 552-568.
- Malhado, S. C. B., Alvarenga, P. (2012). Relações entre o temperamento infantil aos oito meses e as práticas educativas maternas aos 18 meses de vida da criança. *Estudos de Psicologia* 29 (789-797).
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores
- Marques, M. V. P. (2011). *Factores de risco da depressão pós-parto: Uma abordagem multidimensional*. Tese de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 40 (1), 65-70.
- Morrel, J. M. B. (1999). The Infant Sleep Questionnaire: A new tool to assess infant sleep problems for clinical and research purposes. *Child Psychology & Psychiatry Review* 4 (1), 20-26

- Nunes, M. L. (2002). Distúrbios do sono. *Jornal de Pediatria* 78 (1).
- O'Hara, M. W. & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 9, 379-407.
- Pasquali, L. (2003). Teoria dos testes na Psicologia e Educação. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pedrosa, C., Cruz, G. & Pereira, S. (2004). Hábitos e Perturbações do Sono de uma População Infantil de Vila Nova de Gaia. *Acta Pediátrica Portuguesa* 4 (35), 323-328.
- Pereira, A. T. F. (2008). Postpartum Depression Screening Scale, Validação para a população portuguesa. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Pereira, A. T., Bos, S., Marques, M., Maia, B., Soares, M. J., Valente, J., Nogueira, V., Azevedo, M. H. P. (2013). Short forms of the Postpartum Depression Screening Scale: as accurate as the original form. *Archives of Women's Mental Health*, 16 (1), 67-77.
- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2003). Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS. 3ª Edição Revista e Ampliada. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinho, D. Q. R. (2014). Temperamento difícil e Distress emocional. Tese de Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Piqueira, J. R. C., Benedito-Silva, A. A. (1998). Auto-organização e complexidade: o problema do desenvolvimento do ciclo vigília-sono. *Estudos Avançados* 12 (33).
- Pires, A. A. P. (1994). A percepção que a mãe tem do temperamento do bebé: Desenvolvimento da percepção e a sua relação com a irritabilidade da mãe. Tese de Mestrado em Psicologia da Educação. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Prochnow, L. P., Lopes, R. C. S. (2007). A relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. *Psico*, 38 (3). 285-291.
- Ross, L. E., Murray, B. J. & Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 247-256.
- Sá, E. (2003). *Psicologia do Feto e do Bebê*. 3ª Edição. Fim de Século.
- Sá, E. (2004). *A Maternidade e o Bebê*. 2ª Edição. Fim de Século.
- Salavessa, M. & Vilarica, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 25, 584-91.
- Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebé. *Estudos de Psicologia* 8 (3), 403-411.
- Spitz, R. A., (1987). O Primeiro Ano de Vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anómalo das relações objetais. São Paulo: Martins Fontes.
- Sugawara, M., Kitamura, T., Toda, M. A. & Shima, S. (1999). Longitudinal relationship between maternal depression and infant temperament in a Japanese population. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 869-880.
- Teixeira, G. F. (2007). Depressão materna e sua repercussão na relação inicial mãe-bebé. *Porto Alegre: Contemporânea – Psicanálise e*

Transdisciplinaridade, 2.

- Warren, S. L., Howe, G., Simmens, S. J. & Dahal, R. E. (2006). Maternal depressive symptoms and child sleep. Models of mutual influence over time. *Development and Psychopathology, 18*, 1-16.
- Warren, P. L., McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: prevalence, mother's perspectives, and treatments. *Arch Psychiatr Nurs 21* (2), 91-100.
- Zornig, S. M. A. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico, 42* (2). 453-470.

Anexos

Anexo I – Validação Portuguesa do Questionário do Sono Infantil

O QSI criado por Morrel (1999) (Infant Sleep Questionnaire - ISQ) foi desenvolvido para avaliar e rastrear a dificuldade na iniciação e manutenção do sono em bebés dos 12 aos 18 meses de idade. O questionário é composto por 10 perguntas, que permitem avaliar a gravidade do problema de sono do bebé (“ISQ severity index”) e a perceção da mãe sobre a existência e gravidade do mesmo (item 10, avaliado separadamente). Na escala gerada pelo QSI (“ISQ severity index” – QSI Total) apenas são consideradas as respostas aos itens 1, 2, 4, 5, 6 e 8 para a pontuação total que varia entre 0 e 38 pontos.

Segundo um estudo recente o QSI é o único instrumento consolidado para avaliação da iniciação, manutenção e qualidade do sono em bebés, porque tem dados de fidelidade confiáveis, sensibilidade e especificidade para a identificação de problemas de sono em bebés, e tem sido usado por diferentes equipas de investigação (Lewandowski, 2011).

O questionário utilizado apresenta-se de seguida:

Parte 1 - Aqui estão uma série de perguntas sobre os hábitos de sono do seu bebé. Por favor baseie as suas respostas no que tem notado no último MÊS.

Ir para a cama/dormir

1. Em média, quanto tempo é normalmente necessário para pôr o seu bebé a dormir? (assinalar apenas uma resposta)

0. menos de 10 minutos
1. 10 a 20 minutos
2. 20 a 30 minutos
3. 30 a 40 minutos
4. 40 a 50 minutos
5. 50 a 60 minutos
6. 1 hora ou mais

2. Em média, quantas vezes por semana tem problemas em acalmar/adormecer o seu bebé? (assinalar apenas uma resposta)

0. Problemas menos de uma vez por semana
1. Problemas 1 noite por semana
2. Problemas 2 noites por semana
3. Problemas 3 noites por semana
4. Problemas 4 noites por semana

5. Problemas 5 noites por semana
6. Problemas 6 noites por semana
7. Problemas todas as noites da semana

3. Há quanto tempo dura o problema em adormecer?.....meses [] não aplicável

Acordar à noite (entre a meia-noite e as 6h00)

4. Em média, quantas noites por semana é que o seu bebé acorda? (assinalar apenas uma resposta)

0. Nenhuma ou menos de uma vez por semana
1. 1 noite por semana
2. 2 noites por semana
3. 3 noites por semana
4. 4 noites por semana
5. 5 noites por semana
6. 6 noites por semana
7. Todas as noites da semana

5. Em média, quantas vezes é que o seu bebé acorda durante a noite e precise de o voltar a adormecer? (assinalar apenas uma resposta)

0. não acorda
1. uma vez por noite
2. duas vezes por noite
3. 3 vezes por noite
4. 4 vezes por noite
5. 5 ou mais vezes por noite

6. Se o bebé acordar, em média, quanto tempo demora a que volte a dormir? (assinalar apenas uma resposta)

0. menos de 10 minutos
1. 10 a 20 minutos
2. 20 a 30 minutos
3. 30 a 40 minutos
4. 40 a 50 minutos
5. 50 a 60 minutos
6. 1 hora ou mais

7. Há quanto tempo se arrasta o problema de acordar?.....meses []
não aplicável

Dormir na cama dos pais

8. Quantas vezes acaba por levar o bebé para a sua cama por este estar chateado e não dormir? (assinalar apenas uma resposta)

0. Nunca, ou menos do que uma vez por semana
1. 1 noite por semana
2. 2 noites por semana
3. 3 noites por semana
4. 4 noites por semana
5. 5 noites por semana
6. 6 noites por semana
7. Todas as noites da semana

9. Há quanto tempo o problema se arrasta?.....meses [] não aplicável

Parte 2 - A sua opinião

10. Considera que o seu bebé tem dificuldades em dormir?

0. não
1. sim, suave
2. sim, moderado
3. sim, severo

Participantes

Os dados colhidos no preenchimento do QSI foram obtidos numa amostra de conveniência, a mesma que serviu de base à presente dissertação.

Do grupo original, 65 participantes voltaram a preencher o questionário após quatro a seis semanas, de modo a estudar a estabilidade temporal do mesmo. Tal como na amostra utilizada neste estudo, foram critérios de inclusão: a mãe ter nacionalidade portuguesa e residir em Portugal; o bebé ter entre 1 a 12 meses de idade. Assim foram seleccionadas 61 participantes e nesta amostra, a idade média das mães foi de 32.67 anos (DP=3.828) e dos bebés de 5.40 meses (DP=3.218).

Estatísticas descritivas das respostas aos itens

O Quadro 1 apresenta as características descritivas das respostas aos itens do QSI.

Quadro 1. Características descritivas das respostas aos itens

	Itens									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
M	1.65	1.97	1.66	4.73	1.87	.87	2.61	2.11	2.01	.71
Md	1.00	1.00	.00	7.00	2.00	.00	1.50	.00	.00	.00
Mo	1	0	0	7	1	0	0	0	0	0
Dp	1.424	2.264	2.781	2.919	1.530	1.547	3.324	2.963	3.354	.894
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	6	7	12	7	5	11	12	7	12	3

M, Média; Md, Mediana; Mo, Moda; Dp, Desvio-padrão

Fidelidade

Na análise da consistência interna da escala, esta apresenta o coeficiente α de Cronbach de .669, significando este valor que a escala apresenta uma razoável consistência interna (Kline, 2000; DeVellis, 1991), apontando para a uniformidade e coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens, particularmente tendo em conta o reduzido número de itens. Como os diferentes itens da escala apresentam dispersões (desvios padrão) bastante diferentes é aconselhável tomar como índice de consistência interna o α de Cronbach padronizado que é de 0.711.

No quadro 2, pode verificar-se o poder discriminativo ou validade interna dos itens, ou seja, o grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global (Almeida & Freire, 2003), dado pelas correlações entre cada item e o total corrigido (excluindo o item), assim como os coeficientes α , excluindo um a um os itens. Este mostra que todos os itens podem ser considerados “bons”, pois todos se correlacionam acima de .200 com o total (quando este não contém o item) (Pasquali, 2003) com coeficientes a variarem de .248 (item 6) a .629 (item 5). Assim, exceto o item 6, todos os itens cumprem mesmo o critério mais exigente, com coeficientes superiores a .300.

Além disso, todos os itens, exceto o item 1 (diferença apenas de uma centésima, negligenciável dado o pequeno número de itens), contribuem para a consistência interna, ou seja, se retirados, fariam diminuir o α global.

Quadro 2. Correlações entre item e total excluindo o item e coeficientes α de Cronbach excluindo o item

Itens	Correlação Item-Total Corrigido	α de Cronbach excluindo o item
Item 1	.515	.612
Item 2	.403	.626
Item 4	.433	.623
Item 5	.629	.579
Item 6	.248	.670
Item 8	.376	.652

Análise Fatorial

Para a análise da estrutura dimensional guiámo-nos pelos Critério de Kaiser e do Scree teste de Cattell (Kaiser, 1958; Cattell, 1966). O primeiro determina que devemos excluir fatores com raízes latentes inferiores a um e o segundo estabelece que o número ótimo de fatores é obtido quando a variação da explicação entre fatores consecutivos passa a ser pequena (isto é, quando, através da observação do respetivo gráfico, deixa de haver declive ou quando há uma alteração brusca no declive) (Kline, 1994/2000). Além da consideração destes critérios, procurámos um compromisso entre o número de fatores (que, a princípio, deve ser o menor possível) e a sua interpretabilidade (Artes, 1998). Seguindo a sugestão de Kline (1994), consideramos que os “pesos” (loadings) com valores $> .30$ estão associados com o fator e que “pesos” $> .60$ são elevados.

Antes de prosseguirmos com a análise fatorial, realizámos o teste KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o teste de esferecidade de Bartlett, dois procedimentos estatísticos que permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis, de forma a sabermos se é plausível realizar a análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2003). Para o podermos fazer com segurança, o primeiro deve aproximar-se de um, o que se verificou com este estudo, em que KMO foi igual a .695; o segundo deve levar a rejeitar a hipótese nula, o que também aconteceu com os nossos dados ($p < .001$).

A exploração da análise fatorial foi efetuada sem qualquer rotação e sem definir o número de fatores (o único critério foi que fossem extraídos os componentes com raízes latentes superiores a um). Os dois componentes retidos pelo método de Kaiser explicam 61,83% da variância (Quadro 3).

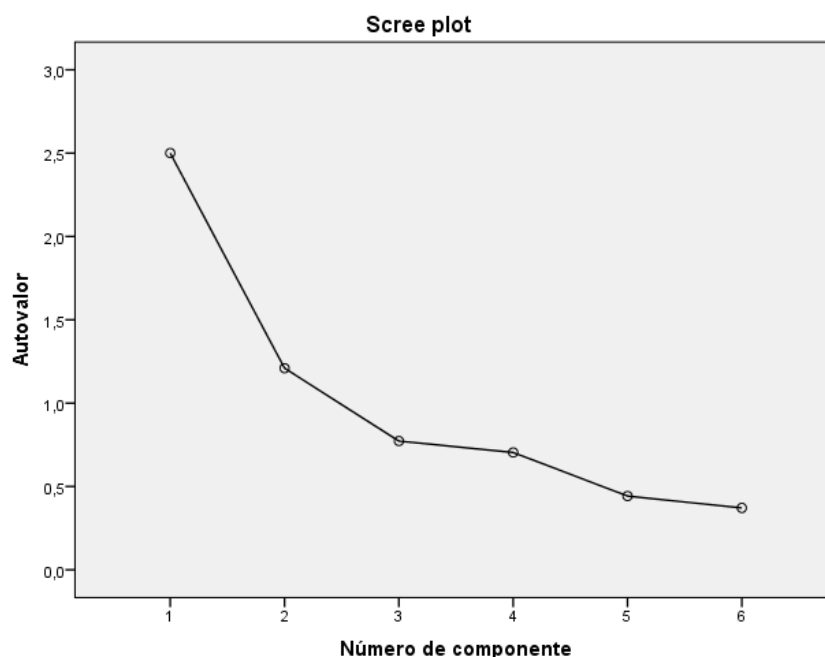
Quadro 3. Exploração da Análise Fatorial - Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	2.500	41.674	41.674	2.500	41.674	41.674	1.951	32.515	32.515
2	1.210	20.163	61.837	1.210	20.163	61.837	1.759	29.322	61.837
3	.772	12.873	74.710						
4	.704	11.730	86.439						
5	.443	7.376	93.816						
6	.371	6.184	100.000						

Método de Extração: Análise do Componente Principal.

O gráfico correspondente ao Scree test de Cattell, apresentado a seguir (Figura 1), parece corroborar a existência de dois fatores.

Figura 1. Scree plot de Catell



Para melhor interpretação da ligação de cada item aos fatores optou-se por uma rotação ortogonal, denominada de rotação Varimax, com o objetivo de extremar os valores dos loadings, de forma a que cada item se associe apenas a um fator.

No quadro 4, pode verificar-se que os maiores loadings do fator 1 estão associados aos itens 5, 4 e 8; o fator 2 associa-se aos itens 1, 2, 6. Estes formam, então, os componentes principais da escala do sono infantil, utilizando os métodos estatísticos. É necessário também fazer uma análise ao conteúdo dos itens que compõem a escala. Assim, aproximando os dois métodos podemos nomear o Fator I como sendo *Problemas relacionados com o adormecer*; Fator II como sendo *Problemas em manter o sono*.

Quadro 4. Análise dos Itens associados aos Fatores de QSI - Rotação Varimax

	Componente	
	1	2
Item 1	,276	,772
Item 2	,213	,756
Item 4	,796	,081
Item 5	,842	,202
Item 6	-,052	,731
Item 8	,696	,097

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 3 iterações.

Estabilidade Temporal

Quanto à estabilidade temporal obteve-se um coeficiente de correlação de Pearson significativo e moderado entre as pontuações totais no teste e no reteste de .465 ($p < .001$), sendo razoavelmente abonatório deste parâmetro. Há uma correlação entre os dois momentos, à medida que sobe num também sobe no outro, mas como se pode verificar no quadro 5, a diferença de médias não é significativa ($p > 0,05$), o que demonstra, mais uma vez, a estabilidade temporal (se aumentasse ou diminuísse a média de respostas significava que as mães tinham mudado de opinião apenas porque decorreu um tempo entre as respostas).

Quadro 5. Teste de t Student para amostras emparelhadas - Totais do QSI teste-reteste

	Média	N	Desvio Padrão	df	t	p
QSI Total	13.62	61	7.770	60	0.900	0.372
QSI Total Reteste	12.75	61	6.697			

Optou-se também por avaliar a correlação de Pearson das pontuações no item 10 entre o teste e o reteste, dado que é utilizado como medida isolada da perceção da mãe sobre um problema de sono do filho, e verificou-se um coeficiente de .604, ($p < .001$), correlacionando-se os dois momentos de forma significativa e elevada. Tal como os totais do QSI, como se pode verificar no quadro 6, a diferença de médias não é significativa ($p > 0,05$), o que demonstra, uma vez mais, a estabilidade temporal.

Quadro 6. Teste de t Student para amostras emparelhadas - item 10 teste-reteste

	Média	N	Desvio Padrão	df	t	p
Item 10	.59	61	,844	60	-.173	0.863
Item 10 Reteste	.51	61	,822			

Anexo II – Consentimento Informado

Venho, por este meio, solicitar a sua colaboração num projeto de investigação científico no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Em função da experiência de parto e dos primeiros meses de vida do bebé, a incidência de sintomas depressivos na mulher poderá aproximar-se tendencialmente de cem por cento. Estará isto relacionado com a exaustão física, com a quebra do ritmo de trabalho, do ritmo social e com o próprio nível de responsabilidades que representa a maternidade.

O principal objetivo desta investigação é perceber de que modo os sintomas depressivos da mãe no pós-parto influenciam os padrões de sono do bebé, bem como o seu temperamento. Estas relações podem ser inferidas através de 1. Postpartum Depression Screening Scale (versão PDSS-21) que permite avaliar a presença e intensidade da sintomatologia associada à Depressão Pós-Parto; 2. Infant Sleep Questionnaire (ISQ) concebido especificamente para avaliar o comportamento do sono na criança; 3. Questionário de Temperamento Difícil do Bebê (QTDB), permitindo avaliar a presença de temperamento difícil no bebé através do relato subjetivo da mãe.

Caso persista alguma dúvida relativamente à sua participação neste projeto, poderá e deverá esclarecê-las com o investigador.

Acrescento, ainda, que toda a informação será mantida em sigilo, não sendo revelados os nomes daqueles que colaborarem no estudo. Os resultados gerais obtidos serão apenas utilizados para fins de investigação.

A sua participação é voluntária, pelo que tem o direito de decidir livremente a aceitar, recusar ou desistir a todo o tempo neste estudo. Se optar por participar, é crucial que não deixe nenhuma questão por responder, respondendo de uma forma sincera e espontânea.

Agradeço, desde já, a disponibilidade.

Declaro que li e concordo com os termos da investigação acima descritos, decidindo, livremente, participar neste projeto de investigação.

Anexo III – Tabela 6. Tempo de Gestação

Tabela 6. Tempo de Gestação

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	30.00	1	.7	.7	.7
	32.71	1	.7	.7	1.3
	35.00	1	.7	.7	2.0
	36.00	5	3.3	3.3	5.3
	37.00	14	9.3	9.3	14.7
	38.00	22	14.7	14.7	29.3
	38.86	2	1.3	1.3	30.7
	39.00	41	27.3	27.3	58.0
	39.14	1	.7	.7	58.7
	39.71	3	2.0	2.0	60.7
	39.86	1	.7	.7	61.3
	40.00	24	16.0	16.0	77.3
	40.14	1	.7	.7	78.0
	40.29	2	1.3	1.3	79.3
	40.43	1	.7	.7	80.0
	40.57	2	1.3	1.3	81.3
	41.00	23	15.3	15.3	96.7
	41.43	2	1.3	1.3	98.0
	41.86	1	.7	.7	98.7
	42.00	2	1.3	1.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

Anexo IV – Tabela 8. Distrito

Tabela 8. Distrito

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Aveiro	12	8.0	8.0	8.0
	Beja	4	2.7	2.7	10.7
	Braga	6	4.0	4.0	14.7
	Bragança	2	1.3	1.3	16.0
	Castelo Branco	3	2.0	2.0	18.0
	Coimbra	30	20.0	20.0	38.0
	Faro	3	2.0	2.0	40.0
	Guarda	1	.7	.7	40.7
	Leiria	2	1.3	1.3	42.0
	Lisboa	35	23.3	23.3	65.3
	Portalegre	2	1.3	1.3	66.7
	Porto	23	15.3	15.3	82.0
	Santarém	4	2.7	2.7	84.7
	Setúbal	12	8.0	8.0	92.7
	Viana do Castelo	1	.7	.7	93.3
	Vila Real	3	2.0	2.0	95.3
	Viseu	5	3.3	3.3	98.7
	Madeira	1	.7	.7	99.3
	Açores	1	.7	.7	100.0
	Total	150	100.0	100.0	