

Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância



**Manual de orientação
para profissionais de saúde**

Direcção-Geral da Saúde
Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental

Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância

**Manual de orientação
para profissionais de saúde**

2005

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde
Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. - Lisboa: DGS, 2006. - 46 p.

ISBN: 972-675-121-7

Gravidez/ Parto/ Saúde Mental/ Contacto precoce/ Desenvolvimento infantil/ Relações pais-filho/
Manuais

Autores

Teresa Cepêda (Hospital de Santa Maria)

Isabel Brito (Hospital Garcia de Orta)

Maria João Heitor (Direcção-Geral da Saúde)

Agradecimentos

Às Dras. Otilia Duarte e Marta Machado dos Santos pela revisão do texto.

Editor:

Direcção-Geral da Saúde

*Alameda D. Afonso Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa
saudemental@dgsaude.min-saude.pt - www.dgs.pt*

Grafismo:

Carlota Flieg

Impressão:

Europress, Lda.

Tiragem:

500 Exemplares

Depósito Legal:

244156/06

Lisboa, Dezembro 2005

Índice

1 - Nota prévia	4
2 - Vivências, transformações e interacções normais na gravidez, parto e primeira infância	5
- Gravidez	5
- Parto	9
- Relações precoces	9
3 - Sinais e situações de risco e factores protectores em saúde mental na gravidez e primeira infância	13
- O que procurar	15
- Como detectar as situações de risco	17
- Como detectar os factores protectores	20
4 - Possibilidades de uma intervenção precoce e suas vantagens	21
Anexo 1. Entrevista pré-natal para a promoção da saúde mental na Gravidez e Primeira Infância	27
Anexo 2. Entrevista pós-natal	35
Anexo 3. Escala de depressão pós-parto de Edimburgo	41
Anexo 4. Depressão	44
Anexo 5. Repercussão da depressão pós-parto na interacção mãe – bebé	45
Bibliografia	46

A Promoção da Saúde Mental durante o período da gravidez e nos primeiros tempos de vida da criança

1 - Nota Prévia

Promover a Saúde Mental é potenciar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade.

Tem mostrado a evidência que a promoção da saúde mental é efectiva no período da gravidez e nos primeiros tempos de vida da criança.

A gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, que gera profundas alterações físicas e psíquicas, preparando-os para a parentalidade.

A gravidez é um período crítico, em que factores de risco, tais como vivências infantis traumáticas, depressão materna, violência doméstica, consumo excessivo de álcool, toxicodependência e gravidez na adolescência, podem comprometer as capacidades parentais e o desenvolvimento da criança. Finalmente, o período em que o casal grávido está mais sensível à mudança, podendo o bebé que vai nascer ser o catalizador de modificações importantes nos seus progenitores. É por isso relevante dar suporte ao casal grávido e prestar atenção aos estados emocionais da mulher grávida; há que informar os pais sobre a importância do bem-estar da criança e desenvolver estratégias que dêem suporte às competências parentais, que facilitem as relações entre os pais e a criança e que protejam as crianças mais vulneráveis.

A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interacção pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são factores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida.

A promoção da saúde mental implica que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal.

Em Portugal existe uma rede de cuidados de saúde primários que dá relevância aos cuidados de saúde nos períodos da gravidez e primeiros tempos de vida da criança e que se articula com os serviços hospitalares de obstetrícia e pediatria.

A capacitação dos profissionais na área da saúde mental contribuirá para aumentar as suas competências técnicas e promover as necessárias sinergias interinstitucionais.

Este manual pretende transmitir informação relevante e linhas orientadoras para a implementação de boas práticas junto dos profissionais de saúde que acompanham o período da gravidez e os primeiros tempos de vida da criança.

2 - Vivências, transformações e interações normais na gravidez, parto e primeira infância

Por que é importante promover e preservar a saúde mental na gravidez e primeira infância?

A gravidez e os primeiros anos de vida da criança constituem um período crítico e vulnerável para a saúde mental da mãe e do bebê, marcando todo o desenvolvimento futuro.

Esta fase introduz transformações profundas (emocionais, relacionais, sociais e económicas) no pai, no casal parental e na família mais alargada.

É um período de crescimento muito rápido do feto e do bebê, em que as experiências então vividas (físicas e emocionais) têm um impacto vital no seu desenvolvimento, repercutindo-se na sua saúde mental ao longo de todo o ciclo de vida.

Assim, impõe-se que os profissionais de saúde que contactam com grávidas, bebês e pais adquiram um conhecimento actualizado sobre os aspectos da saúde mental da gravidez e primeira infância, de forma a promoverem o desenvolvimento de factores protectores e intervirem precocemente nas situações problemáticas.

Se queremos que as nossas crianças tenham um bom começo de vida e que o possam transmitir mais tarde aos seus próprios filhos, teremos de dar prioridade às necessidades de saúde mental dos bebês e seus pais.

Os bebês não podem esperar.

Gravidez

As transformações que ocorrem na mulher grávida são apenas somáticas?

A concepção e a gravidez desencadeiam na futura mãe uma autêntica “revolução” psicossomática: tanto o seu corpo como o seu funcionamento psíquico sofrem profundas modificações e adaptações, todas elas necessárias para receber o bebê e promover o seu desenvolvimento.

Quando nasce um bebê, nascem também uma mãe e um pai.

A mãe adquire uma nova identidade: passa a ser não só uma mulher, uma filha dos seus pais, mas também a mãe do seu próprio bebé.

Esta mudança é uma conquista que exige uma aprendizagem e uma preparação psicológica em interacção com o meio que a rodeia.

Estas transformações iniciam-se logo nos primeiros meses da gravidez. A grávida tende a centrar-se mais em si própria, sente mais necessidade de falar de si, e os seus sentimentos são por vezes ambivalentes e contraditórios: entre o deslumbramento e as expectativas positivas, a insegurança e o medo.

Existe uma organização psíquica particular, característica da gravidez?

Tem sido descrita por vários autores uma organização psicológica particular da futura mãe, que se desenvolve ao longo da gravidez e continua no pós-parto, ao longo dos primeiros meses de vida da criança.

Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, denominou-a “preocupação maternal primária” e descreveu-a como um estado de sensibilidade particular da mãe, focada nas necessidades e vivências do bebé.

Por seu lado, Stern, pediatra americano, denominou este processo de “constelação da maternidade” e caracterizou-o por três aspectos principais:

- uma preocupação primordial com a protecção do recém-nascido;
- uma inquietação e uma necessidade intensa de dar e receber afecto, estabelecendo uma ligação profunda com o bebé;
- a criação de uma rede de relações de apoio, constituída por outras mães e pais mais experientes.

Para que este estado psíquico particular se desenvolva, é necessário que a mãe disponha de um ambiente protector e de suporte afectivo. Precisa de ser escutada e compreendida por alguém disponível e atento: o seu companheiro, outro familiar ou amigo ou um técnico próximo com quem possa estabelecer uma relação de confiança.

As transformações ocorridas na gravidez são extensivas ao futuro pai?

O pai “nasce” também em paralelo com o seu primeiro filho. Também ele percorre todo o caminho de filho, de homem, para adquirir o estatuto e o papel de pai.

Esta nova identidade exige o desempenho de novas funções e o assumir de novas responsabilidades, desencadeando muitas vezes receios, inseguranças e inquietações.

Ao pai é solicitado que apoie emocionalmente a companheira na gravidez e pós-parto, e são hoje reconhecidos os efeitos benéficos deste suporte afectivo para a mãe e para o bebé, como o aumento da aceitação da gravidez e do bebé, vivências mais positivas do parto e maior disponibilidade para o aleitamento materno. O pai deve estar presente nas consultas pré e pós-natais.

Qual o impacto da gravidez sobre o funcionamento e organização familiar?

O novo bebé vai reorganizar o funcionamento familiar em geral e do casal em particular. Ele exige a criação de um lugar para si na família, e este surge à custa do espaço anteriormente ocupado por cada um dos elementos previamente existentes: pais, irmãos, etc., desencadeando reacções diferentes e potencialmente difíceis em cada um deles.

Quando se trata do primeiro bebé, com ele nasce também a família nuclear, no sentido mais comum do termo. A relação dual do casal parental transforma-se numa relação triangular, que inclui agora a criança, e os pais tomam consciência de que entram numa nova fase da vida familiar.

Quando nasce o bebé? No parto, na concepção ou antes?

Cada bebé que nasce tem já uma história: a da sua já longa existência, desde as fantasias antigas da infância dos próprios pais, às mais recentes, de cada um dos pais acerca de um filho, à forma e ao contexto da sua concepção, ao desejo e planeamento da gravidez, às vivências dos pais ao longo da gestação e ao seu relacionamento mútuo.

Esta história prévia vai marcar claramente a criança e fazer parte integrante do seu percurso futuro, determinando de forma nítida a imagem (representação) que os pais vão ter dela.

Qual a importância do lugar da criança na família?

A criança, ao nascer, recebe como herança a história da sua família, que lhe atribui um lugar na família, a sua filiação.

A pertença a uma família e a história familiar que lhe é transmitida são referências identificatórias, fundadoras da existência da criança, que influenciam de forma determinante todo o seu desenvolvimento.

Quais as características e competências do feto, à luz dos conhecimentos actuais?

Os novos meios de diagnóstico e vigilância pré-natais dão-nos um acesso pormenorizado à vida intra-uterina, mostrando-nos o feto como um ser interactivo e competente, capaz de ouvir, ver, mover-se, sentir dor e expressar-se. É afectado pelo estado físico e psíquico da mãe e interage com o meio envolvente.

Os movimentos fetais são visíveis ecograficamente a partir da 7.^a semana e são percebidos pela mãe desde o 4.^o/5.^o mês de gestação. São afectados por vários factores maternos, tais como o consumo de substâncias (tabaco, álcool, sedativos, etc.), o seu nível de actividade e as suas emoções.

São hoje reconhecidos no feto diferentes estados de consciência, desde o sono profundo ao estado de alerta activo. E existe uma alternância entre os níveis de actividade da mãe e do feto; o feto está mais activo quando a mãe está em repouso. Quanto aos ritmos de sono, parece existir uma sintonia entre a mãe e o feto.

Que tipo de relação existe entre os futuros pais e o feto?

Verificou-se existir uma tendência para a sintonia entre as emoções da mãe e as reacções do feto, parecendo adaptar-se este à mãe e às pressões da sua vida. Sabe-se actualmente que não só o recém-nascido, mas também o feto reagem a relatos carregados de emoção da mãe, em particular quando estes lhe dizem respeito.

O feto, no terceiro trimestre, responde a estímulos visuais, auditivos e cinestésicos, reagindo de forma diversa a estímulos diferentes. A mãe reconhece normalmente estas respostas, existindo muitas vezes uma sincronia nas reacções de ambos.

Sabemos actualmente que tanto os pais como o bebé vão realizando, já durante a gestação, uma aprendizagem e adaptação mútuas. Esta adaptação é visível ao nível dos movimentos fetais, dos ritmos de sono/vigília e nas respostas a estímulos.

Ao longo deste processo os pais “personificam” o bebé, ou seja, atribuem-lhe e reconhecem-lhe uma individualidade.

Assim cresce neles o desejo e a coragem para enfrentarem o parto e se confrontarem com o bebé real, tão longamente fantasiado e imaginado.

Parto

Quais as necessidades psicossociais da grávida (e do bebé) durante o parto?

O parto constitui um acontecimento biopsicossocial, determinando um conjunto de transformações e mudanças físicas, psíquicas e sociais na mãe e no bebé, mobilizando a energia emocional de ambos.

O apoio emocional é crucial nesta fase, sendo preferencialmente fornecido por uma figura feminina experiente e calorosa.

O que é o blues pós-parto?

Nas quatro semanas seguintes ao parto, cerca de 40 a 60% das mulheres experimentam esta perturbação emocional que pode durar alguns dias e que consiste num estado de tristeza, disforia e choro frequente. Habitualmente, desaparece espontaneamente.

Relações precoces

Quais as necessidades emocionais e relacionais do recém-nascido?

O bebé humano nasce imaturo (neotenia do recém-nascido), frágil e totalmente dependente de um dador de cuidados. Sem este não sobrevive fisicamente e não sobreviverá psicologicamente se ele não lhe proporcionar um envolvimento relacional afectuoso, empático, estimulante, estável e adequado às suas necessidades.

O recém-nascido, com a sua fragilidade, exerce sobre todos, mas em particular sobre os pais, um fascínio e uma atracção que comove, abala e mobiliza para a sua protecção.

A formação do vínculo afectivo entre o bebé, a mãe e o pai constitui para o primeiro a base do desenvolvimento psíquico futuro.

O contacto precoce pais-bebé, desde as primeiras horas de vida e durante a estadia na maternidade (*rooming in*), e o estabelecimento de um ambiente calmo, íntimo e protector, são propícios ao desenvolvimento da relação precoce pais-bebé.

Quais os factores que influenciam o desenvolvimento da relação pais-bebé?

- As características do temperamento do bebé:

- Nível de actividade
- Ritmo
- Reacção à aproximação
- Capacidade de adaptação
- Limiar da resposta aos estímulos
- Intensidade das reacções
- Humor predominante
- Tempo de atenção
- “Consolabilidade”

- A sensibilidade dos pais às necessidades específicas do bebé e a adequação das suas respostas.

- O funcionamento familiar e a relação entre os pais.

- Os factores socioculturais.

Como se desenvolve a relação entre o bebé e os seus pais?

O bebé tem competências inatas para entrar em comunicação com o principal dador de cuidados, geralmente a mãe.

Segundo Brazelton, o bebé possui 6 estádios diferentes de consciência: sono calmo, sono agitado, alerta calmo – o mais propício à comunicação – alerta activo/agitado, choro e sonolência, que utiliza como um sistema regulatório básico, para controlar a sua homeostase e a distância em relação aos estímulos.

Face aos comportamentos do bebé, os pais ou substitutos aprendem a compreender e a prever as suas reacções, descobrem os seus pontos fortes e as suas fragilidades, reconhecem o seu temperamento e o seu tipo de sensibilidade aos estímulos. E respondem progressivamente de modo cada vez mais adaptado, sensível, contingente e sincrónico ao seu bebé.

Como é que a relação precoce influencia o desenvolvimento do bebé?

Sabe-se hoje que a ligação precoce mãe-bebé vai influenciar o próprio desenvolvimento cerebral e contribuir para modular as emoções, o pensamento, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida.

As interacções precoces mãe-bebé são mutuamente compensadoras, permitem que o bebé se desenvolva a nível cognitivo, emocional e relacional e que cresça com:

- um sentimento de segurança interna
- confiança na relação com os outros
- curiosidade e desejo de explorar o mundo

O que são os comportamentos de vinculação? Como se observam?

São os comportamentos do bebé que favorecem a proximidade física com a pessoa que dele cuida.

São comportamentos de sinalização do bebé, como o choro, o sorriso, o olhar, que vão conduzir a mãe a entrar em relação com ele.

<i>Tipo de vinculação</i>	<i>Comportamentos do bebé/criança face ao dador de cuidados</i>	<i>Comportamentos do dador de cuidados</i>
Vinculação segura	<ul style="list-style-type: none"> - reage positivamente à sua aproximação - procura a proximidade e mantém o contacto com ele - envolve-se em interacções à distância - acalma-se na sua presença - sossega facilmente após encontro com ele - usa-o como uma base segura para a exploração - prefere a sua companhia à de um estranho 	<ul style="list-style-type: none"> - responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e fiável - reage de forma contingente às manifestações da criança - está disponível física e emocionalmente - tem prazer na interacção com o bebé
Vinculação insegura - evitante	<ul style="list-style-type: none"> - quase não reage à separação do dador de cuidados - não festeja o regresso do dador de cuidados após o encontro; ignora-o ou evita-o - não procura a proximidade ou manutenção do contacto com o dador de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - tende a ser indisponível, não responsivo ou rejeitante
Vinculação insegura - ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> - fica perturbado ou inquieto, se é separado do dador de cuidados - difícil de acalmar após o encontro, pode ficar zangado - tem dificuldade em explorar o meio circundante 	<ul style="list-style-type: none"> - tende a responder às necessidades do bebé de modo inconsistente ou imprevisível
Vinculação insegura - desorganizada	<ul style="list-style-type: none"> - pára subitamente, durante segundos ou minutos, com olhar alheado ou assustado - afasta-se do dador de cuidados quando está perturbado ou ansioso - esconde-se após a separação - fica confuso e assustado após o encontro - evita fortemente e mostra grande ambivalência ou grande resistência face ao dador de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - em situações extremas é abusivo ou gravemente negligente - as respostas tendem a ser ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas

Como se desenvolve a relação mãe-criança ao longo dos primeiros anos de vida?

0 – 2 meses

Não é bem visível ainda uma relação preferencial do bebé com um dador de cuidados específico; no entanto, as respostas calorosas, sensíveis, fiáveis e seguras da mãe ou substituto vão desencadear o desenvolvimento da relação vinculativa.

2 – 4 meses

O bebé tende a interagir de forma diferente com o principal dador de cuidados e com estranhos e vai mostrando a sua preferência pelo primeiro.

4 – 7 meses

O bebé desenvolve expectativas quanto à resposta da mãe ou substituto em situações de mal-estar e tensão. Estas expectativas baseiam-se nas experiências relacionais repetidas que o bebé vive com o dador de cuidados e são denominadas “modelos operativos internos”.

7 – 12 meses

O bebé mostra uma clara preferência por um pequeno número de figuras de vinculação, que são os seus principais dadores de cuidados. Surge a angústia do estranho (reação de medo e angústia da criança face a uma pessoa estranha) e a ansiedade de separação.

12 – 18 meses

Com o início do gatinhar e da marcha autónoma, o bebé tende a usar a figura de vinculação como uma “base estável”, a partir da qual se aventura para explorar o mundo e como um “porto seguro” onde regressa quando está assustado, cansado ou de alguma forma perturbado.

18 meses – 4 anos

A relação segura é agora caracterizada por uma progressiva tolerância à separação, pela aprendizagem da cooperação e pela regulação do equilíbrio entre a necessidade de autonomia/autocontrolo/exploração e a continuação da necessidade de afecto/amor/protecção.

O que são os “modelos operativos internos” e como se relacionam com a vinculação?

São as expectativas que o bebé desenvolve em relação às reacções dos pais, em situações emocionalmente significativas e tendo como base a repetição de respostas contingentes e sincrónicas por parte destes.

Tipo de vinculação e modelos operativos internos

<i>Tipo de vinculação</i>	<i>Modelos operativos internos do bebé</i>
Segura	<ul style="list-style-type: none"> - Posso acreditar e confiar nos outros - Sou digno de ser amado, sou capaz e tenho valor - O meu mundo é seguro
Insegura - Evitante	<ul style="list-style-type: none"> - Os outros não estão disponíveis e rejeitam-me - Tenho de me proteger - Se ocultar as minhas necessidades, não serei rejeitado - Se fizer o que esperam de mim, não serei rejeitado - Se cuidar dos outros e negar as minhas necessidades, serei amado
Insegura - Ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> - Os outros são imprevisíveis: ora amorosos e protectores, ora hostis e rejeitantes - Não sei o que esperar – fico ansioso e zangado - Não posso explorar – posso perder uma oportunidade de receber afecto - Se conseguir perceber os outros e levá-los a responder-me, terei as minhas necessidades satisfeitas
Insegura - Desorganizada	<ul style="list-style-type: none"> - A pessoa que trata de mim parece às vezes sentir-se sobrecarregada por minha causa e outras vezes muito zangada comigo - Os outros são abusivos – fisicamente, emocionalmente, sexualmente – ou negligentes - Não consigo que respondam às minhas necessidades - Não sei como me proteger

Fonte: Public Health Agency of Canada, *First Connections...make all the difference*
www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/mhp/pub/fc/index.html

3 - Sinais e situações de risco em saúde mental da gravidez e primeira infância

Sendo este um período crítico para a saúde mental da mãe e do bebé, importa ter em mente alguns dados epidemiológicos da saúde materno-infantil, que alertam para certas situações de risco nesta fase e para a conseqüente necessidade de detecção e intervenção precoce.

Quais são os dados actuais relativos à depressão na gravidez?

- Cerca de 10% das mulheres têm depressão durante a gravidez, e esta perturbação tem uma alta probabilidade de persistir após o parto, caso não seja prontamente diagnosticada e tratada.
- O diagnóstico é mais frequente no 1.º e 3.º trimestres da gravidez.

Como pode ser diagnosticada esta patologia?

- Muitas vezes o diagnóstico não é fácil, por existir uma sobreposição de sintomas entre a gravidez normal e a depressão, como por exemplo: fadiga, insónia, alterações do apetite e perda de energia. No 2.º trimestre o diagnóstico é mais fácil, pois a grávida tende a viver este período, que coincide com o início da percepção dos movimentos fetais, de forma mais positiva.
- São sinais de alerta a valorizar para detectar situações de depressão na gravidez:

Tristeza invasiva
Desespero
Crises de choro
Ideação suicida

Que dados existem actualmente sobre a depressão pós-parto?

- A prevalência da depressão pós-parto é ainda mais elevada, atingindo aproximadamente entre 12% e 16% das mães. Este é o período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do humor em todo o ciclo vital da mulher.
- Se existirem outros factores de risco associados (gravidez na adolescência, isolamento social, história anterior de depressão ou de depressão pós-parto), a prevalência desta patologia tende a ser ainda mais elevada, podendo atingir 50% nos casos de depressão pós-parto anterior.
- Estas perturbações emocionais podem surgir desde o trabalho de parto até ao fim do primeiro ano de vida da criança. No entanto, a maioria dos casos ocorre a partir da 6.ª semana do período pós-natal.

Como pode ser diagnosticada?

- Esta patologia pode não ser inicialmente identificada, devido à sobrecarga que os cuidados ao bebé constituem para a mãe, podendo determinar, num pós-parto normal, tal como numa situação de depressão pós-parto, alterações do sono e do apetite, fadiga e perda de energia.
- É fundamental detectar as situações de risco o mais precocemente possível, para diagnosticar e tratar atempadamente os casos de depressão. Neste processo podem ser muito úteis certas escalas de avaliação, como por exemplo a EPDS (Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo – Anexo 3 - pág.41).

O que procurar

Quais são as principais situações de risco a detectar no período da gravidez e do pós-parto?

Neste período – gravidez e pós-parto – vão ser reactualizadas na mãe várias vivências e experiências passadas que, inevitavelmente, se irão repercutir na forma como esta investe o bebé e interage com ele.

O mesmo se passa com o pai, embora em menor grau e com um menor impacto directo sobre o bebé (*Anexo 4 - pág. 44*).

I - Situações de risco ligadas aos antecedentes pessoais e familiares dos pais, sobretudo da mãe:

1 – Contexto adverso na família de origem da mãe ou do pai:

- relação perturbada dos pais com os seus próprios pais;
- famílias de origem dissociadas;
- perda precoce de um dos pais ou substituto;
- violência familiar;
- colocação familiar ou institucional.

2 – Antecedentes psiquiátricos de cada um dos pais, com especial destaque para a mãe:

- consumo de substâncias (álcool, drogas, sedativos, etc.);
- depressão, tentativa de suicídio;
- outras patologias psiquiátricas (perturbações de ansiedade, perturbações psicóticas, etc.).

3 – Antecedentes obstétricos da mãe:

- abortos espontâneos ou interrupções voluntárias da gravidez;
- partos prematuros;
- morte *in utero*;
- colocação familiar ou institucional de outros filhos;
- malformações ou outras patologias de filhos anteriores;
- eclâmpsia e outras situações obstétricas de risco anteriores;
- gravidez anterior não vigiada.

II - Factores de risco ligados à situação actual da mãe/pais:

4 – Contexto sociofamiliar actual dos pais:

- meio sociocultural adverso;
- situações de stresse laboral ou ambiental;
- isolamento social, ausência de suporte familiar;
- mãe/pai adolescentes;
- perturbações da relação do casal parental (alta conflitualidade, violência, etc.).

5 – Situações de risco ligadas à gravidez actual:

- gravidez não planeada, não desejada, não aceite;
- ausência de projectos ou de preparação para o parto e acolhimento ao bebé;
- expectativas negativas em relação ao parto e ao bebé;
- patologia psiquiátrica:
 - sinais e sintomas de depressão (fadiga, irritabilidade, alterações do sono e apetite, tristeza, desespero, crises de choro, ideação ou tentativas de suicídio);
 - abuso de substâncias, descompensação psicótica, etc.
- gravidez de alto risco;
- malformações do bebé detectadas durante a gravidez;
- morte de um familiar próximo ou outra figura afectivamente significativa, durante a gravidez.

III - Situações de risco ocorridas nos períodos do parto e pós-parto:

6 – Problemas com o bebé:

a) No período perinatal

- malformações;
- prematuridade;
- internamento nos cuidados intensivos neonatais.

b) Após a alta da maternidade

- perturbações alimentares e do sono;
- perturbações regulatórias (hiper ou hipossensibilidade aos estímulos, o que dificulta o estabelecimento da relação);
- bebé com um temperamento difícil (muito activo, com ritmos irregulares, com dificuldade em adaptar-se a situações novas, com um baixo limiar aos estímulos, com reacções muito intensas, etc.);
- bebé com patologia somática crónica ou recorrente, com atraso de desenvolvimento ou com outras necessidades especiais.

7 – Problemas com a mãe:

- a) patologia obstétrica
- b) patologia psiquiátrica
 - depressão;
 - abuso de substâncias;
 - psicose;
 - perturbação de ansiedade.
- c) ausência de apoio familiar

Factores de risco ligados a alterações da relação mãe-bebé, nos primeiros tempos de vida:

Ao longo dos primeiros meses de vida, é importante monitorizar e detectar eventuais alterações na relação mãe–criança, como, por exemplo, uma acentuada descontinuidade nos cuidados ou um pedido de colocação alternativo para a criança.

Como detectar as situações de risco

Como podem ser detectadas estas situações de risco?

Em primeiro lugar, é fundamental estabelecer uma relação de confiança com a grávida e a família, preferencialmente desde o início da gestação (caso esta não exista anteriormente).

O estabelecimento desta relação exige um profissional disponível e próximo da família, com alguma formação básica na área da saúde física e mental da gravidez e primeira infância, com um olhar afectuoso e uma atitude de escuta atenta para com os pais.

Será com base nesta relação de confiança e através de tempo, disponibilidade e escuta do profissional que surgirão as oportunidades para detectar as situações de risco nas várias áreas.

Quais as principais áreas a investigar para detectar situações de risco?

1 – *Ideias e sentimentos da mãe e do pai* acerca da gravidez e do bebé:

- Ausência de referência ao bebé, em particular na segunda metade da

gravidez, ou ausência de sentimentos afectuosos para com o bebé um mês após o parto;

- Referências negativas relativamente à gravidez e ao bebé, por vezes expressas de modo áspero e grosseiro;
- Expectativas negativas em relação ao bebé, ao parto e ao futuro.

2 – **Memórias da mãe** em relação à sua própria infância e relação com os próprios pais ou substitutos:

- Sentimentos de insegurança, rejeição ou abandono ligados à infância;
- Dificuldades de relação com os próprios pais ou substitutos, incluindo maus tratos;
- Colocação familiar ou institucional.

3 – **Suporte social e emocional à mãe:**

- Isolamento social (mãe solteira, sem suporte da família alargada ou amigos);
- Ausência de visitas na maternidade ou de companhia no momento da alta;
- Ausência de apoio na guarda da criança;
- Ausência de alguém com quem falar e partilhar alegrias e dificuldades;
- Relação difícil, sem suporte, conflituosa ou violenta com o companheiro ou separação/divórcio;
- Dificuldades económicas graves.

4 – **Depressão materna**, na gravidez e pós-parto:

- Irritabilidade;
- Cansaço;
- Alterações do sono ou apetite;
- Tristeza, crises de choro, ideação suicida.

(Na detecção da depressão pós-parto sugere-se a utilização da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo – EPDS, que se encontra já traduzida e validada no nosso país – Anexo 3 - pág. 41)

5 – **Patologias psiquiátricas dos pais:**

- Toxicod dependência: álcool, drogas;
- Perturbação psicótica;
- Perturbação de ansiedade.

6 – **Crianças em situação de maior risco para desenvolverem perturbações da relação precoce:**

- Filhos de mães adolescentes;
- Crianças expostas a violência familiar;
- Crianças com doenças crónicas;

- Crianças prematuras;
- Crianças com malformações;
- Crianças com doenças genéticas.

Nestes casos devem ser procurados com maior atenção sinais de uma vinculação insegura.

7 – Factores sociais:

- Pobreza ou privação socioeconómica;
- Imigrantes ou refugiados;
- Condições habitacionais precárias.

Quais os comportamentos do bebé que alertam para a existência de dificuldades na relação mãe-bebé?

Para detectar as dificuldades na relação mãe-bebé, sugere-se a avaliação dos seguintes comportamentos do bebé, que constituem sinais de risco:

- ausência de busca ou procura inadequada/ambivalente de conforto junto da mãe/substituto, quando se magoa, está assustado ou doente;
- incapacidade para restabelecer a interacção após uma curta separação, por exemplo, com comportamentos de evitamento activo da relação, resistência ao contacto físico, raiva intensa ou evidente falta de afecto;
- ausência de interacções afectuosas em várias situações relacionais;
- desinteresse total pela mãe/substituto quando explora o meio envolvente ou incapacidade total para se afastar dela para explorar (excessivas independência ou dependência em relação à mãe ou substituto);
- excessiva familiaridade ou proximidade com estranhos e excessiva facilidade em separar-se da mãe ou substituto.

(Ver o quadro “Tipos de Vinculação” - pág. 11)

Como podem, na prática, ser abordadas estas questões com a mãe da criança?

Alguns dos factores de risco acima mencionados podem ser difíceis de avaliar e mesmo de perguntar ao dador de cuidados, pelo que se sugerem algumas formas de questionar:

- Com quem vive?
- Costuma ter muitos “altos” e “baixos” no seu dia-a-dia?

- Costuma sentir-se triste ou desesperada?
- Às vezes tem problemas económicos, a ponto de ter dificuldade em pagar a renda ou comprar comida?
- Os seus pais ainda são vivos? (se não são vivos) Quando é que faleceram? (Se a relação com os próprios pais foi difícil, a morte destes pode desencadear sentimentos ambivalentes e perturbadores que interferem negativamente na relação com a criança. Pode estar indicada a sinalização da mãe para apoio psicológico).
- Esta gravidez foi planeada? Ficou contente quando soube que estava grávida?
- Há muitas discussões na sua casa? Alguém alguma vez lhe bateu, a empurrou ou gritou consigo?
- Alguém bate, abana, mexe de forma brusca ou grita ao bebé? Alguma vez isso aconteceu? Se a resposta for hesitante, duvidosa ou evasiva, pode perguntar também: O que é que acontece se a mãe, ou outra pessoa que cuida do bebé, estiver muito cansada ou “farta”, e o bebé estiver irritado, agitado ou a chorar sem parar?

Como detectar os factores protectores

Quais os factores protectores para o desenvolvimento saudável da criança:

1 – Factores parentais:

- Constância, consistência e fiabilidade parental no contacto e nos cuidados à criança;
- Capacidade parental para responder de forma empática e sensível à criança;
- Capacidade parental para ajudar a criança a expressar sentimentos e a reflectir nas situações interpessoais.

2 - Factores comunitários:

- Relações de vizinhança amigáveis para a criança;
- Serviços de saúde e sociais de apoio à família;
- Promoção da saúde mental, nos jardins de infância e nas escolas;
- Redes de auto-ajuda e suporte aos pais.

3 - Factores Sociais:

Políticas promotoras de cuidados de alta qualidade para as crianças:

- Amas e creches familiares supervisionadas;

- Acesso à educação pré-escolar de qualidade;
- Programas de apoio às famílias;
- Situação económica e habitacional condigna das famílias.

4 - Possibilidades de uma intervenção precoce e suas vantagens

Por que é prioritária a intervenção precoce na área da saúde mental?

A evidência científica tem mostrado que a intervenção nos períodos de gravidez e dos primeiros tempos de vida da criança é efectiva para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussão na sua saúde mental ao longo de todo o seu ciclo de vida.

Esse conhecimento implica planear intervenções para dar suporte às funções parentais e facilitar as relações pais-criança. É fundamental implementar condições para a protecção e o desenvolvimento das crianças mais vulneráveis.

Quando e de que forma deve ser iniciada a intervenção neste âmbito?

A intervenção nesta área deve ser iniciada precocemente, através das seguintes acções:

- Potenciar o acompanhamento da gravidez:
 - solicitar a presença do pai nas consultas;
 - dar atenção ao estado emocional da grávida;
 - detectar situações de risco psicossocial;
 - implementar a visita domiciliária nos grupos de risco;
 - reorganizar os grupos de preparação para o parto com a presença do casal: abordar os seus estados emocionais, as necessidades do bebé e promover a relação pais-criança.
- Fomentar a continuação dos grupos de pais no pós-parto, mantendo a possibilidade de partilha e apoio mútuos e de suporte às funções parentais.
- Implementar currículos sobre o desenvolvimento humano desde o início da escolaridade.
- Realizar programas de "educação para a parentalidade" nos vários graus de ensino.

Quais os aspectos determinantes da actuação preventiva dos profissionais?

- 1 - Construir uma relação de confiança com os pais;
- 2 - Estabelecer uma relação de parceria entre o profissional e os pais, de respeito e reconhecimento mútuos, que tem como objectivo um trabalho conjunto de suporte ao desenvolvimento da criança;
- 3 - Assumir que ambos têm conhecimentos sobre a criança, que são diferentes, mas complementares;
- 4 - Reconhecer a importância central da relação pais-criança e focar este aspecto em todas as consultas/entrevistas com os pais/substitutos (tão importante como inquirir sobre a qualidade da alimentação ou avaliar os parâmetros do crescimento é avaliar a qualidade da interacção pais/bebé);
- 5 - Acompanhar e avaliar a qualidade da relação pais/criança ao longo do desenvolvimento desta.

Como implementar o desenvolvimento de uma relação segura entre os pais e a criança?

A relação de confiança entre o profissional e os pais constitui um modelo para a relação parental com a criança.

- 1 - Estabelecer uma relação em que os pais sintam que são importantes, que as suas opiniões são ouvidas e que a intervenção visa valorizar as suas competências parentais;
- 2 - Ajudar os pais a perceber, interpretar e actuar face aos sinais físicos, emocionais e relacionais da criança;
- 3 - Incentivar os pais para a descoberta das competências do bebé, das suas capacidades e características comunicativas e interactivas individuais;
- 4 - Sugerir situações interactivas agradáveis e satisfatórias para ambas as partes.

Como aumentar a sensibilidade aos sinais de mal-estar do bebé?

Estar atento ao choro do bebé:

- Observar a resposta do dador de cuidados à perturbação do bebé;
- Reforçar positivamente as suas tentativas para confortar o bebé;
- Se o dador de cuidados não tentar confortar o bebé, ficar irritado ou incapaz de acolher o bebé junto de si, é necessário intervir, ajudando-o a reagir de forma mais sensível.

Interpretar o choro e outros sinais de mal-estar:

- Mostrar aos pais como o bebé manifesta o mal-estar que sente: pelo choro, contraindo o corpo em extensão, afastando o olhar;
- Desfazer as convicções erradas dos pais face ao choro do bebé: chorar sem razão, ter mimo a mais, tentar manipular os pais, estar zangado com os pais;
- Perguntar aos pais o que pensam que o bebé está a sentir, o que poderá estar a perturbá-lo.

Responder de forma positiva e calorosa às situações problemáticas:

- Reforçar positivamente as tentativas dos pais para responder ao stress do bebé, mesmo que este não se acalme;
- Assegurar que estão a tomar a atitude certa e sugerir alternativas de resposta a partir desse pressuposto: dar algo a chuchar ao bebé, embalá-lo, falar-lhe suavemente, passear com ele.

Como aumentar a sensibilidade para a importância de brincar?

Os pais/substitutos podem aprender a responder sensitivamente às necessidades da criança em situações de interacção, de calma e de brincadeira:

Se os pais não interagem muito com a criança, podem sugerir-se as seguintes estratégias interactivas durante a consulta:

- Colocar a criança de frente para os pais;
- Incentivar os pais a estabelecer contacto visual e a sorrir sempre que a criança olhar para eles;
- Sugerir o contacto visual e a vocalização sempre que a criança o fizer também (imitar o bebé).

Se os pais/substitutos interagem com a criança de forma intrusiva/controladora, pode ser útil utilizar a seguinte estratégia, a implementar durante a consulta:

- **Observar** – Os pais colocam o bebé no chão, ou em local adequado, com brinquedos, e observam-no;
- **Esperar** – Os pais não iniciam a interacção nem tentam que o bebé faça o que quer que seja, esperam que este tome a iniciativa;
- **Imaginar** – Quando o bebé olha para os pais, estes comentam a sua atitude e imitam-no.

Seis princípios para sensibilizar os pais e favorecer uma boa interacção

- 1 – Estabelecer uma relação de confiança com os pais.
- 2 – Utilizar dois tipos de comunicação:

- comunicação personalizada (com exemplos da sua própria experiência);
- interpretação empática (descrever como a criança vive a situação e comparar a sua experiência com situações semelhantes do adulto).

3 – Ajudar os pais a verem a criança de uma forma positiva:

- mostrar aspectos e qualidades positivas da criança;
- redefinir como positivos eventuais aspectos aparentemente negativos;
- reactivar memórias de anteriores relações positivas pais–bebé;
- propor um desafio aos pais: descobrirem qualidades positivas e competências na criança.

4 – Confirmar as competências dos pais , apontando todos os aspectos positivos da interacção.

5 – Perante os problemas, sugerir, se necessário, novas formas de comunicação e interacção com a criança e observar os resultados.

6 – Encorajar a partilha de experiências em grupo de pais.

Como orientação, incluímos neste manual dois modelos de entrevistas (pré e pós-natal), disponíveis nos anexos 1 e 2 (págs. 27 e 35), respectivamente.

Como intervir nas situações em que os pais tiveram, na sua infância, relações difíceis com os próprios pais?

Se os pais/substitutos tiveram relações problemáticas ou abusivas na infância com os próprios pais, terão provavelmente pouca experiência e capacidade para estabelecer relações próximas. Não tiveram seguramente oportunidade de aprender a ser pais de forma sensível e calorosa.

Nestes casos é determinante a relação entre o profissional e os pais e, mesmo que seja necessário referenciá-los a uma consulta especializada, o elo entre o profissional e os pais deve ser mantido.

Como actuar perante situações de violência doméstica?

As relações conjugais conflituais ou violentas são perturbadoras e incompatíveis com um ambiente familiar seguro.

São situações traumáticas, com repercussões lesivas no desenvolvimento emocional da criança, e que se mantêm na vida adulta.

É importante que os profissionais criem um ambiente receptivo e de aceitação com os pais, permitindo-lhes abordar os conflitos ou situações de violência existentes no seu quotidiano.

Nos casos mais problemáticos, a intervenção deve ser articulada com outros serviços: a PSP ou a GNR, as Associações de Apoio às Vítimas, as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, os Serviços de Psiquiatria e de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, os Serviços da Segurança Social, entre outros.

Quais as condições de base a desenvolver para implementar estas orientações?

Para concretizar as orientações transmitidas neste manual é necessário assegurar a organização de uma articulação interdisciplinar e intersectorial: Cuidados de Saúde Primários, Hospitais, Autarquias, Segurança Social, Educação, Justiça, etc.

A partilha de informação entre estes serviços é essencial, assim como a organização de estratégias de intervenção conjuntas.

O desenvolvimento de uma articulação concertada entre os serviços comunitários de primeira linha e os serviços especializados de saúde mental infantil e juvenil é fundamental, para garantir uma orientação adequada dos casos mais problemáticos e capacitar os diversos profissionais na área da saúde mental.

Que recursos devem ser mobilizados a nível comunitário para promover a saúde mental na gravidez e primeira infância?

A implementação a nível comunitário de locais de escuta, apoio, discussão e partilha de informação para pais, futuros pais ou substitutos, é um objectivo importante que, sendo bem estruturado, permite, com escassos recursos, um suporte alargado e eficaz a esta população. O que podemos fazer?

1 – Organizar grupos de pais/futuros pais, orientados por um enfermeiro, psicólogo ou um técnico de serviço social, motivados e com formação nesta área. Estes grupos podem promover a partilha de experiências e informações, o suporte mútuo e facilitar o desenvolvimento das relações pais-criança.

2 – Apoiar a criação e mobilização de centros comunitários de apoio a famílias mais desfavorecidas, isoladas socialmente, imigrantes ou com outras situações de risco, onde aquelas possam beneficiar de um suporte em várias áreas, tais como:

- O desenvolvimento de competências parentais;
- A “guarda” de qualidade às crianças;
- A orientação e formação escolar/profissional.

3 – Desenvolver a vertente da promoção da saúde mental nas escolas.

4 – Reconhecer as necessidades psicoafectivas das crianças nos serviços de saúde e comunitários, com uma finalidade preventiva e de intervenção precoce.

Notas:

ANEXO 1

Entrevista Pré-natal para Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância

(European Early Promotion Project)

Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância através dos profissionais dos cuidados de saúde primários

(A aplicar cerca de 1 mês antes do parto)

Introdução

- Cumprimente a mãe de forma cortês e calorosa.
- Apresente-se, dizendo o seu nome e cargo que desempenha.
- Envolve-se numa conversa neutra e agradável, propícia ao relaxamento e conhecimento mútuo.
- Explique a finalidade da entrevista/consulta.
- Comece só então a colher as informações necessárias:
 - Se é a primeira gravidez.
 - Se houve problemas anteriores na gravidez ou parto.
 - Qual a constituição do agregado familiar.

Aspectos a avaliar

1 – Como tem corrido a gravidez?

Encoraje a mãe a falar livremente, com incentivos como:

“Explique-me melhor o que quer dizer” ou “Conte-me um pouco mais sobre esse assunto”.

Os sentimentos positivos devem ser valorizados e encorajados.

No entanto, os sentimentos negativos devem também ser explorados e compreendidos mais profundamente.

Prepare-se para lidar com os seguintes problemas:

- Experiências negativas anteriores (gravidez difícil, aborto, parto complicado, nado-morto, filhos anteriores com deficiência ou problemas de saúde).
- Medo do parto e das intervenções obstétricas.
- Conflitos familiares.
- Problemas socioeconómicos.

2 – Como se sentiu quando soube que estava grávida?

Reforce os sentimentos positivos.

Perante os sentimentos negativos (medos, ambivalência, confusão, indiferença, rejeição), encoraje a grávida a partilhar mais longamente esses sentimentos, sugerindo, por exemplo:

“Pode explicar-me isso um bocadinho melhor?”

Mostre sempre um interesse genuíno pelos sentimentos da grávida e dê-lhe oportunidade de os expressar.

Assim, irá ajudá-la a expressar os sentimentos negativos e incentivá-la a adoptar uma abordagem de resolução de problemas.

Depois de explorar o problema, é importante incentivar a grávida a procurar o apoio emocional, em primeiro lugar do companheiro ou de outro familiar próximo. Por exemplo:

“Já falou desses sentimentos ao seu marido/companheiro/pai do bebé?”

3 – Quando soube que estava grávida, a quem contou primeiro? Como é que essa pessoa reagiu?

Esta questão permite identificar, com grande probabilidade, a pessoa que poderá dar à grávida o apoio emocional de que ela necessita.

4 – E o pai do bebé (no caso de não ter sido ele o primeiro a saber da notícia), como é que ele reagiu? E agora, quais são os sentimentos dele?

É importante explorar os sentimentos do pai em relação à gravidez:

Se os sentimentos dele forem positivos e ele der apoio, reforce a relação.

Se os sentimentos forem vagos ou ele não der apoio, encoraje uma maior comunicação entre o casal.

Se o pai estiver ausente ou rejeitar a gravidez, identifique a(s) pessoa(s) que pode(m) dar maior apoio emocional (mãe, irmã, amiga(o)).

5 – E qual foi a reacção dos outros membros da família?

Se foi positiva, reforce-a.

Se foi negativa ou ambivalente, pergunte: **“E agora, como é que reagem?”**.

6 – Que apoio gostaria de ter depois do bebê nascer? E que apoio espera ter?

Incentive a grávida a identificar os membros da família que a poderão apoiar futuramente, a nível emocional, financeiro, prático, etc.

Se for evidente qualquer problema relacional na família, estimule a grávida a discutir o assunto com a pessoa mais disponível para lhe dar apoio.

Nesta altura, quaisquer problemas anteriormente identificados devem ser englobados na estratégia de resolução de problemas. Tal pode ser orientado da seguinte forma:

“Já discutiu este(s) problema(s) de que falávamos há pouco com mais alguém? Com quem? E isso ajudou?”

Se houve experiências positivas, incentive a comunicação da grávida com essa pessoa e encoraje a resolução do problema.

Se as experiências foram negativas (se nunca falou do assunto ou a conversa não ajudou), incentive a grávida a falar com a(s) pessoa(s) identificada(s) como o apoio emocional mais viável.

“E se falasse disso com “X” (a pessoa que você identificou como a mais disponível na primeira parte da entrevista, por exemplo, a pessoa com quem a grávida partilhou primeiro a notícia da gravidez)?”

Se a grávida espera apoio dessa pessoa, encoraje-a.

Se a grávida não espera esse apoio, por ele não estar disponível, ou se há uma resistência forte dela em relação a essa solução, encoraje-a a partilhar os sentimentos e problemas consigo.

7 – Como acha que a chegada do bebê vai afectar:

- a si?
- a sua vida familiar?
- os outros membros da família?
- as relações familiares?
- a sua relação com o pai do bebê?

Estas questões abertas podem suscitar uma série de possibilidades. Se a grávida não desenvolver muito as questões, pode continuar a perguntar:

“O que é que acha dessas mudanças?”

Se forem esperadas mudanças positivas, reforce-as.

Se forem esperadas mudanças negativas (conflitos sobre a educação da criança, ciúmes dos irmãos, falta de apoio para cuidar do bebê, problemas financeiros ou domésticos), pergunte:

“Como pensa resolver esse problema?”

Se houver uma solução pensada, reforce-a.

Se não houver perspectivas de solução, encoraje a grávida a resolver o problema com a ajuda do companheiro e/ou outro familiar, perguntando:

“E se falasse com o seu companheiro/pai do bebê sobre isso? Ou com outro familiar? Ou talvez com outra pessoa em quem confie?”

8 – Como acha que vai lidar com essas mudanças?

9 – Algumas mães ficam deprimidas depois do nascimento do bebê. Está preocupada com essa possibilidade?

Se não houver ninguém disponível para apoiar a grávida, você deve ajudá-la a pensar em formas de obter um apoio psicossocial, se necessário. Deve também mostrar a sua disponibilidade para falar novamente no assunto e oferecer-lhe você mesmo esse apoio.

10 – Que mudanças tem notado em si própria desde que engravidou?

Estas mudanças podem incluir:

- Imagem corporal (aumento de peso, alteração das formas).
- Hábitos alimentares (enjoo matinais, vômitos, diminuição ou aumento do apetite).
- Sentimentos quanto ao sexo (alteração do interesse ou medo das relações sexuais durante a gravidez).
- Sono (insônia ou aumento da sonolência).
- Eficiência (diminuição da capacidade de trabalho ou da eficiência intelectual).
- Humor ou temperamento.

Prepare-se para lidar com qualquer uma destas dificuldades, por exemplo:

- Informe detalhadamente a grávida sobre as mudanças mais comuns na gravidez.
- Encoraje-a a ir regularmente às consultas de saúde materna para vigiar e informar-se sobre a evolução da gravidez.
- Incentive-a a partilhar os sentimentos, mudanças e preocupações com outros

familiares, nomeadamente com o pai do bebé.

Pode também explorar mais profundamente o tema, questionando:

“O que é que achou dessas mudanças? Está preocupada com elas? Já falou disso a alguém?”

11 – Como é que se sente de um modo geral?

Com esta questão pretende-se dar oportunidade à grávida para abordar a sua auto-estima e eventuais sentimentos depressivos, ansiosos ou outros que não tenham surgido anteriormente. É importante que a incentive a falar das suas experiências e do impacto que estas tiveram no quotidiano.

Se predominam os sentimentos positivos, reforce-os e encoraje a grávida a partilhá-los com a família (companheiro, filhos, etc.).

Se predominam os sentimentos vagos ou negativos em relação às mudanças, promova a exploração destes sentimentos consigo:

“Pode explicar-me um pouco melhor aquilo que sente?”

12 – Como acha que é agora o seu bebé?

Com esta questão podemos avaliar ansiedades particulares relacionadas com o bem-estar físico do bebé:

“Como é que imagina o seu bebé neste momento? Como acha que é o temperamento dele/dela?”

Estas questões encorajam a grávida a envolver-se de forma personalizada com o bebé já durante a gravidez.

Se a grávida tiver percepções positivas sobre o bebé, encoraje-a a partilhá-las com o companheiro.

Se as percepções forem negativas ou inexistentes, incentive-a a estar atenta aos movimentos do bebé, às suas reacções aos sons, à sua relação com o humor da mãe e encoraje-a a falar do bebé com o companheiro ou outros familiares.

O caso da grávida que não consegue imaginar o bebé agora ou no futuro (resistência maciça) requer uma atenção particular da sua parte. Terá de preparar-se para acolher os sentimentos negativos da grávida, sem crítica ou julgamento, e contê-los.

Se não se sentir competente para o fazer, deverá discutir o caso com um especialista de saúde mental, mas encorajar, de qualquer forma, a grávida a pensar no bebé.

13 – Como é que imagina que o seu bebé vai ser?

Se as expectativas forem positivas, reforce-as e encoraje a grávida a partilhá-las com a família.

Se as expectativas forem negativas (medo de anomalias físicas ou mentais do bebé), incentive a grávida a partilhá-las com o companheiro:

“Já falou com o seu companheiro sobre isso?”

14 – E o pai? O que é que ele imagina? Como é que ele gostaria que o bebé fosse?

Se as expectativas forem positivas, reforce-as.

Se forem negativas, incentive a comunicação entre o casal sobre o futuro bebé, as expectativas de cada um e os planos acerca do lugar do bebé na família:

“E se falasse mais acerca do bebé com o seu companheiro ou outros familiares?”

15 – Há mais alguma coisa que a preocupe acerca do bebé?

16 – E quais são as expectativas dos outros membros da família?

Encoraje a grávida a partilhar os sentimentos com outros membros da família, em particular se o pai do bebé estiver ausente ou der muito pouco apoio.

17 – Quais são as suas expectativas acerca do parto?

Se os sentimentos forem positivos, reforce-os e encoraje a grávida a partilhá-los com o companheiro e outros membros da família.

Se forem negativos, tente descobrir quais as atitudes em relação ao parto de familiares, em particular a mãe, irmãs ou outra figura feminina relevante.

18 – O que é que os seus familiares pensam do parto (companheiro, mãe, etc.)?

Encoraje a grávida a falar com a pessoa mais disponível e capaz de a apoiar.

“Acha que pode falar com eles dos seus sentimentos e preocupações relacionados com o parto?”

“Já falou disso com o seu médico de família/enfermeira de saúde materna/obstetra?”

Aproveite para informar adequadamente a grávida sobre o parto e eventuais possibilidades de preparação para o mesmo.

19 – Que apoio gostaria de ter durante o trabalho de parto? E que apoio é que acha que vai ter?

20 – Como é que pensa alimentar o bebé?

Se necessário, avalie os sentimentos e opiniões em relação ao aleitamento materno.

“Já pensou em amamentar o seu bebé? O que é que pensa disso?”

Se a atitude da grávida for positiva, reforce-a, apontando as vantagens do aleitamento materno.

Se a atitude for negativa, incentive a expressão dos sentimentos negativos e rejeitos e prepare-se para os conter sem os julgar:

“Pode explicar-me melhor o que pensa da amamentação?”

“Que experiência (se existiu) teve anteriormente com a amamentação?”

Se a experiência foi positiva, encoraje a grávida.

Se a experiência foi negativa, tente orientá-la para expectativas mais positivas, salientando o facto de cada nova situação ser única e diferente das anteriores.

Deve ser dada uma especial atenção à grávida com uma experiência anterior positiva de amamentação, mas com expectativas negativas intensas na gravidez actual. Neste caso poderão existir problemas psicológicos ou uma perturbação grave das relações familiares, e pode ser necessário orientar a grávida para uma

consulta especializada de saúde mental.

É de evitar também a idealização excessiva do aleitamento materno, que pode contribuir para sentimentos de culpa da mãe se a amamentação falhar ou for inviável.

21 – Qual é a opinião do seu companheiro sobre a amamentação?

22 – O nascimento de um filho pode levar a pressões e exigências financeiras. Está preocupada com esses aspectos?

23 – E quanto à organização da sua casa, está preocupada?

24 – Aconteceu alguma coisa que a possa afectar a si ou ao bebé?

25 – Há mais algum assunto de que gostasse de falar?

É importante terminar a entrevista de uma forma calorosa e positiva, reconhecendo as dificuldades e preocupações discutidas, mas também as soluções, apoios e capacidades identificadas.

É útil resumir brevemente os pontos mais importantes da conversa, terminando com comentários genuínos de reforço positivo.

Não deixe de expressar a sua disponibilidade para falar de novo com a grávida, e combine a marcação da próxima consulta.

ANEXO 2

Entrevista Pós-Natal

(European Early Promotion Project)

Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância através dos profissionais dos cuidados de saúde primários
(A aplicar cerca de 4-6 semanas após o parto)

Introdução

- Cumprimente a mãe de forma cortês e calorosa.
 - Apresente-se, dizendo o seu nome e cargo que desempenha.
 - Envolve-se numa conversa neutra e agradável, propícia ao relaxamento e conhecimento mútuo.
 - Explique a finalidade da entrevista/consulta.
- Comece, só então, a colher as informações necessárias.
O bebé deve estar presente e deve ser promovida a interação mãe-bebé.

I – O NASCIMENTO

1 – Como foi o nascimento?

Encoraje a mãe a falar sobre o nascimento, a dizer como se sentiu e se houve alguma complicação.

II – SAÚDE PSICOLÓGICA

2 – Como se sente agora com o seu bebé?

Sentimentos positivos – reforce-os e encoraje a mãe a partilhá-los com o seu companheiro e outros membros da família.

Sentimentos negativos – encoraje a mãe a falar sobre eles com o pai da criança.

“Falou dos seus sentimentos com o pai do bebé?”

Se houver problemas de comunicação no casal, ofereça à mãe um modelo de comunicação, sugerindo-lhe que fale mais dos seus sentimentos:

“Pode falar-me mais sobre os seus sentimentos?”

Prepare-se para receber os sentimentos negativos da mãe, contendo-os e não fa-

zendo juízos de valor.

Prepare-se para lidar com os sentimentos negativos mais frequentes, tais como:

- Medos ou sentimentos de culpa a respeito da saúde física ou mental da criança e o seu desenvolvimento futuro;
- Sentimentos de incompetência ou dúvida acerca de ser uma “boa mãe”;
- Sentir-se negligenciada ou abandonada pelos outros;
- Sentir-se extremamente tensa, irritada, sem ajuda, desesperada ou vazia.

Compreenda o conteúdo dos sentimentos negativos e para quem são dirigidos:

- à própria (o seu papel como mãe, insegurança, confusão, sentimentos de vazio, etc...)
- à criança (“ele(a) é um bebé difícil”)
- ao exterior (a família, instituições médicas ou sociais)

Utilize as intervenções seguintes para gerir as dificuldades acima mencionadas:

- Encoraje a mãe a pensar no desenvolvimento da criança e nos modos de cuidar dela, fornecendo informações relevantes acerca disso e, se necessário, dando suporte à sua função materna;
- Encoraje a mãe a partilhar os seus sentimentos com o companheiro e outros membros da família, procurando o suporte necessário;
- Se necessário, ajude a mãe a conseguir o apoio psicológico ou social especializado. Esteja particularmente atento(a) às mães deprimidas (desesperadas, sem ajuda, indiferentes, vazias) ou muito ansiosas.

III - RESPOSTA E SUPORTE DA FAMÍLIA

3 – Como é que a chegada do bebé afectou os outros membros da família? Como foi a reacção do pai da criança?

Reacções / mudanças positivas – reforce-as.

Reacções/mudanças negativas – encoraje a mãe a expor as suas respostas e a explorar possíveis soluções (por exemplo: partilhar os cuidados ao bebé, as tarefas domésticas, passarem mais tempo juntos).

Pergunte sobre reacções, positivas ou negativas, de outros membros da família:

“Como foi a reacção dos outros filhos?”

(ciúmes, fazer mal, etc...)

“E os avós?”

Encoraje o envolvimento de outros membros da família com o novo bebé.

IV – PREOCUPAÇÃO DA MÃE COM O BEBÉ

4 – *O que acha do desenvolvimento do bebé e do seu bem-estar?*

Respostas positivas – reforce-as.

Respostas negativas – explore as preocupações, perguntando:

“Pode-me explicar melhor a sua preocupação?”

Se achar adequado, pode fornecer mais informação sobre o desenvolvimento da criança, o que poderá ajudar a conter a ansiedade da mãe.

Encoraje-a a falar sobre as suas preocupações com o pai do bebé.

“Já discutiu esse assunto com o pai do bebé? O que é que ele sente sobre isto?”

Incentive a mãe a procurar possíveis soluções com o seu parceiro:

“O que é que o seu companheiro pensa que poderá ser feito para melhorar o bem-estar do bebé?”

Se o casal antever alguma solução, reforce-a.

Se nenhuma solução for encontrada (ou se o companheiro não compreender), encoraje a mãe a discutir a situação consigo e, se necessário, a procurar ajuda adicional (por exemplo, do clínico geral).

V - PERCEÇÃO DA MÃE SOBRE O SEU BEBÉ

5 – *Como é o seu bebé?*

Se a imagem for positiva, reforce-a.

Se a imagem for negativa, tente identificar a área de dificuldades, perguntando:

“Em que área é que o seu bebé tem mais dificuldade?”

Neste período (0-3 meses), os pais geralmente sentem que o seu bebé é difícil, pela dificuldade que este tem em estabelecer os ritmos fisiológicos (alimentação, sono, padrões de despertar) ou pelas próprias dificuldades na comunicação com o filho. Estas áreas devem ser sempre exploradas de acordo com a resposta a esta questão.

Esteja particularmente atento às mães que têm uma percepção negativa acentuada acerca do bebé.

As preocupações devem ser discutidas em supervisão e, se necessário, pedir consultadoria a um especialista (ex. pedopsiquiatra).

VI - INTERACÇÃO MÃE-CRIANÇA

6 – Como alimenta o seu bebé (amamentação/ alimentação a biberão)?

Se esta questão não tiver sido discutida no primeiro contacto pós-natal, perguntar:

“Como é que a alimentação tem decorrido?”

Encoraje o contacto próximo entre a mãe e o bebé durante a alimentação (como o envolve, se há contacto olhos nos olhos e quais são os padrões de alimentação/ pausas).

7 – Quantas vezes alimenta o seu bebé?

Avalie a rigidez/flexibilidade dos horários e intervalos das refeições, se os padrões são impostos pelos pais, etc.

8 – O que pensa o seu companheiro acerca disto?

Se há dificuldades, explore as soluções que a mulher já considerou, etc.

9 – Como é o sono do bebé (durante quanto tempo, quando, qual é o padrão)?

Se a mãe falar de dificuldades acerca do sono do seu bebé, encoraje-a a discutir as suas expectativas e, se necessário, a pensar acerca das soluções possíveis:

“O que é que pensa que poderá ajudar o seu bebé a dormir? Já tentou encontrar alguma solução?”

Encoraje a mãe a procurar soluções com o seu parceiro e outros membros da sua família.

VII - COMUNICAÇÃO MÃE- FILHO

10 – *Consegue dizer, pelo choro do seu bebé, se ele está zangado? É diferente do choro que tem quando está simplesmente desconfortável ou quando está doente?*

Se necessário, encoraje a mãe a ter mais atenção aos diferentes significados dos sinais do bebé (i.e. chorar à noite) e a mostrar, pela sua resposta, que percebeu o significado da mensagem do bebé.

“Provavelmente, vai perceber que o choro do seu bebé tem diferentes significados.”

“Com a sua resposta, pode mostrar-lhe que percebeu a sua mensagem.”

11 – *Passa algum tempo a falar com o seu bebé? Fale-me acerca disso (Ex. Quando? Onde? Como?)*

“Acha que isso é importante?”

VIII - OS RECURSOS EMOCIONAIS DA MÃE PARA COM A CRIANÇA

12 – *O seu bebé chora de tal forma que é difícil confortá-lo ou acalmá-lo?*

Encoraje a mãe a dar-lhe uma descrição detalhada do que acontece. Por exemplo, pode aprofundar a questão com:

“Fale-me acerca da última vez e diga-me o que é que faz quando isso acontece?”

O objectivo destas perguntas é o de mostrar quando é que a mãe é capaz de conter a angústia/aflição da criança, e deixá-la expressar-se, ou quando tem dificuldades de contenção (por exemplo, quando a mãe reage com confusão, pânico ou ignorando a criança).

Se a capacidade da mãe para conter a angústia/aflição é considerada baixa, encoraje-a a procurar apoio noutros membros da família, em primeiro lugar no marido/companheiro/pai do bebé:

“Há mais alguém por perto que possa ajudar?”

Explore e discuta algumas actividades que podem ter um efeito calmante ou fa-

cilitador.

Tenha sempre o cuidado de assegurar que a mulher não fica com uma sensação de incapacidade/falha – alguns bebês choram muito e são difíceis de confortar. Dê uma atenção especial às mães que apresentem indiferença ou uma rejeição evidente da criança aflita/angustiada (ex. “Eu odeio-a”). Se necessário, deve encaminhá-la para uma consulta especializada.

IX - SITUAÇÃO FINANCEIRA

13 – A última vez que nos encontramos você pensou que podiam (ou não) existir problemas financeiros. Como é que está a situação agora?

X - SITUAÇÃO DA HABITAÇÃO

14 – A última vez que nos encontramos você estava (não estava) a ter problemas na habitação. Como é que está a situação agora?

XI - ACONTECIMENTOS DE VIDA

15 – Da última vez você disse que lhe tinha acontecido X (acontecimento de vida importante). Como é que se sente agora em relação à situação?

e/ou

Aconteceu-lhe alguma coisa ainda mais importante que o nascimento do bebé desde a última vez que nós falámos?

XII - CONCLUSÃO

16 – Há mais alguma coisa que gostaria de mencionar?

É importante terminar a entrevista de uma forma adequadamente calorosa e positiva, reconhecendo que foram discutidas dificuldades e ansiedades e identificadas soluções, apoios ou forças (pontos fortes). Um pequeno resumo de alguns dos pontos importantes pode ser útil, terminando com comentários genuínos de incentivo para a mãe.

Mostre boa vontade/disponibilidade para voltar a falar nos assuntos apresentados e combine a marcação da próxima visita.

ANEXO 3

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. *British Journal Of Psychiatry* (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa : *Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of child-bearing women and matched controls*. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. *Psychol Med*, 26 (1):135-41; 1996 Jan

Nome: _____

Data: _____

Idade do bebé: _____

Pontuação: _____

Aplicador da escala: _____

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

- Tanto como dantes
- Menos do que antes
- Muito menos do que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

- Tanta como sempre tive
- Menos do que costumava ter
- Muito menos do que costumava ter
- Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca
Quase nunca
Sim, por vezes
Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

Sim, muitas vezes
Sim, por vezes
Não, raramente
Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre
Sim, por vezes
Raramente
Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Raramente
Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre
Sim, muitas vezes
Só às vezes
Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes
Por vezes
Muito raramente
Nunca

EPDS – Orientações para cotação

De acordo com Warner, Appleby, Whitton e Faragher (1996), a depressão pós-parto atinge 10% das mães, variando este valor entre 8% e 15%.

A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 como um instrumento específico para identificar a depressão no período pós-natal.

A escala foi já validada no nosso país e os estudos realizados confirmaram a sua fiabilidade e sensibilidade na detecção da depressão nesta fase da vida.

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas.

As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0).

Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.



	Depressão materna	
	Depressão na gravidez	Depressão pós-parto
Prevalência	8 – 10%	10 – 15%
Início	1.º/3.º trimestre	Pode surgir durante todo o 1.º ano após o parto, sendo mais frequente a partir do 2.º mês
Evolução	Sem tratamento, a evolução é prolongada	
Factores de risco	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes psiquiátricos pessoais ou familiares (nomeadamente depressão) - Factores biológicos: diminuição níveis hormonais - Factores obstétricos: parto complicado, dificuldade em amamentar - Factores psicossociais: gravidez não desejada, falta de suporte sociofamiliar, mãe solteira, mãe adolescente, adversidade socioeconómica, problemas laborais - Factores da criança: prematuridade, morte do bebé, patologia somática, deficiência, temperamento difícil 	
Quadro clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade - Perturbações alimentares e do sono - Sintomas psicossomáticos - Choro frequente, desânimo, desespero, sentimento de incapacidade - Falta de energia e motivação - Desinteresse sexual - Ideação suicida - Risco de confusão com sintomas normais da gravidez e pós-parto 	
Diagnóstico diferencial	<ul style="list-style-type: none"> - “Baby blues” – Atinge 60% das puérperas entre 3.º e 5.º dia pós-parto. Tende a remeter espontaneamente. Os sintomas são mais ligeiros. - Psicose pós-parto – Surge nas 2 primeiras semanas pós-parto com uma prevalência de 2-4/1000. Sintomas graves (alucinações e delírios, angústias paranóides). É necessário um tratamento intensivo e, por vezes, o internamento. 	
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e diagnóstico precoce (durante gravidez). Possibilidade de utilização de escalas (EPDS) - Intervenção preventiva – Apoio à grávida/puérpera em situação de risco. Articulação entre serviços. - Intervenção terapêutica precoce para prevenir repercussões graves na interacção mãe-bebé. - Psicofarmacologia – O antidepressivo recomendado é a paroxetina, que pode ser utilizada em mães que amamentam. 	

ANEXO 5

Repercussão da depressão pós-parto na interação mãe – bebé

	Depressão pós-parto
Sentimentos maternos	<ul style="list-style-type: none"> - Incompetência, insatisfação e insegurança no desempenho das funções maternas - Ligação mais frágil à criança - Tendência a descrever criança como difícil - Predomínio dos afectos negativos
Reacções maternas	<ul style="list-style-type: none"> - Distanciamento emocional, alheamento, falta de estimulação - Comportamentos intrusivos, sobreestimulação desadequada - Diminuição da atenção, sensibilidade, empatia, resposta afectiva, contingência, actividade e espontaneidade da mãe para o bebé
Características da interacção	<ul style="list-style-type: none"> - Períodos de interacção mais curtos e espaçados, vocalizações mais escassas - Bebé tenta “animar” a mãe - Mãe não responde. Bebé procura outras fontes de estímulo e interesse no meio - Falta de autenticidade na interacção <p style="text-align: center;">Círculos viciosos</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Bebé desiste da interacção</p> <p>↓</p> <p>Comportamento depressivo do bebé</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>↔</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Frustração da mãe, estratégias intrusivas</p> <p>↓</p> <p>Agravamento da depressão materna</p> </div> </div>
Repercussões sobre o comportamento do bebé	<ul style="list-style-type: none"> - Predomínio dos afectos negativos (protestos, raiva, tristeza) - Diminuição do interesse e exploração do meio, vocalizações, nível de actividade - Distanciamento físico e do olhar - Aparência depressiva - Desorganização comportamental
Consequências sobre o desenvolvimento (atenção: as consequências sobre o bebé dependem não só das características da interacção com a mãe, como também das características individuais do bebé – resiliência)	<ul style="list-style-type: none"> - Maior risco de problemas emocionais e do comportamento - Maior risco de perturbações do desenvolvimento cognitivo - Diminuição das competências sociais



Bibliografia

Bowlby, J., (1971) *Attachment*. London: Hogarth Press

Brazelton, T.B., Cramer, B.G., (1989) *A relação mais precoce. Os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar

Brazelton, T.B., Greenspan, S., (2002) *A criança e o seu mundo*. Lisboa: Ed. Presença

British Columbia Reproductive Mental Health Program, *Emotional Disorders in Pregnancy*. Disponível em: www.bcrmh.com

British Columbia Reproductive Mental Health Program, *Emotional Disorders in the Postpartum Period*. Disponível em: www.bcrmh.com

Brito I., (2005) "Para uma nova Clínica de Pais e Bebês" in I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*, 409-432, Lisboa: Fim de Século

Corrêa, M.E.G., Corrêa Filho, L., (2001) *Educação a partir do nascimento... ou antes? A importância do período intra-uterino e dos primeiros meses de vida*. Em Aberto, vol.18, nº 73, 54-69, Brasília

Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry (1987), 150, 782-786. Versão Portuguesa : *Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls*. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. Psychol Med, 26 (1):135-41; 1996 Jan

Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V., (1983) *Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourisson*. Psychiatrie de l'enfant, 26, 57-98

Guedeney, N., Guedeney, A., *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi

Hilton Davis and Associates, (2000), *Primary health care workers training manual*, European Early Promotion Project, Institute for Mental Health, Yugoslavia: Draslar Partner

Lebovici, S., (1983) *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Paris: Le Centurion

Littlejohn, M., *Pre and perinatal mental health*. Disponível em: www.primal-page.com

Public Health Agency of Canada, *First connections... make all the difference*

Infant attachment - What professionals need to know

- Things for professionals to watch for and ask about
- What professionals can do
- Helpful things for parents/caregivers to know
- What babies have to say

Disponível em: www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/mhp/pub/fc/index.html

Schwengher, D., Piccinini, C.A., (2003) *O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê*. Estudos de Psicologia, 8, 403-411

Spitz, R., (1968) *De la naissance à la parole. La première année de la vie de l'enfant*. Paris: PUF

Stern, D., (1998) *Mothers' emotional needs*. Pediatrics, vol. 102, nº5 supl, 1250-1252

Watkins, C.E., *Postpartum feelings: major depression or just the blues?* Disponível em: www.ncpamd.com

Wayne, H., Homeler, B.P., *Bonding with your baby*. Disponível em: <http://www.kidshealth.org>

Winnicott, D.W., (1958) *From pediatrics to psychoanalysis*. London: Hogarth Press and Inst. of Psa.

Winnicott, D.W., (1964) *The child, the family and the outside world*. Hornadsorth: Penguin

Winnicott, D.W., (1982) *Playing and reality*. London: Routledge

WHO, International Child Development Programmes (1997) *Improving mother/child interaction to promote better psychosocial development in children*. World Health Organization Geneva.

Disponível em: www.who.int/entity/mental_health/media/en/29.pdf e www.icdp.info

Young Minds, Mental health in infancy. Disponível em: www.youngminds.org.uk



Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância



www.dgs.pt