

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 bebé, 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 bebé, 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, bebés 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 bebés e seus pais.

Os bebés 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 bebé e promover o seu desenvolvimento.

Quando nasce um bebé, 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 psiquicamente 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 consequente 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 stress 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:

- Toxicodependência: 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:

a) 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.

b) Fomentar a continuação dos grupos de pais no pós-parto, mantendo a possibilidade de partilha e apoio mútuos e de suporte às funções parentais.

c) Implementar currículos sobre o desenvolvimento humano desde o início da escolaridade.

d) 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 sensitiva 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 bebé 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 bebé vai afectar:

- a si?

- a sua vida familiar?

- os outros membros da família?

- as relações familiares?

- a sua relação com o pai do bebé?

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 receios 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.
 - Envolver-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.

Incentive-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), incentive a mãe a discutir a situação consigo e, se necessário, a procurar ajuda adicional (por exemplo, do clínico geral).

V - PERCEPÇÃO 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/angustiado (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 interacção 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><div>Bebé desiste da interacção</div><div>↓</div><div>Comportamento depressivo do bebé</div></div> <div><div>↔</div><div>Frustração da mãe, estratégias intrusivas</div><div>↓</div><div>Agravamento da depressão materna</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 bebés e a interacção 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 Bebés" 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-nourrisson*. 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 interacção mãe-bebé*. 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 Ps.

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