

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

DM
ROSA/M1

Mestrado de Psicopatologia e Psicologia Clínica 2001-2003

Dissertação de Mestrado

**ESTUDO SOBRE A INFLUÊNCIA DE FACTORES EMOCIONAIS
MATERNOS NO DESENVOLVIMENTO PRECOCE DO BEBÉ**



Orientador: Professor Doutor Eduardo Sá

Aluna: Maria Matoso Coelho Rosa

C1

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Departamento de Psicologia Clínica

Registo: 17808

Data: 03/11/2008

Tel: 21 891 17 50 - l@ispa.ispa.pt

AGRADECIMENTOS

Queria agradecer a todos aqueles que possibilitaram a realização deste estudo, nomeadamente:

À Professora Doutora Dulce Galvão, pela sua disponibilidade no esclarecimento de algumas questões relativas ao Inventário de Auto-Estima Materna, bem como pelo facto de me permitir a utilização deste instrumento;

À Associação “Ajuda de Mãe”, que permitiu prontamente a recolha de dados nas suas instalações;

A todas as mães que, amavelmente, aceitaram participar neste estudo;

À equipa do Centro Comunitário do Alto da Loba, que com tanta paciência e compreensão me ajudaram e incentivaram à entrega deste trabalho;

Ao Mestre Eduardo Botelho, pela sua disponibilidade na discussão de questões relativas ao tratamento de dados e estatística deste estudo;

À minha família e amigos, que sempre acreditaram e me acompanharam nos momentos mais entusiastas, mas também nos mais desistentes;

Por fim, gostaria de fazer um agradecimento muito especial ao Professor Doutor Eduardo Sá por toda a disponibilidade e amizade com que me orientou.

A todos, Muito Obrigada!

RESUMO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ESTUDO SOBRE A INFLUÊNCIA DE FACTORES EMOCIONAIS MATERNOS NO DESENVOLVIMENTO PRECOCE DO BEBÉ

O objectivo principal desta investigação consistiu em tentar compreender de que forma os factores emocionais maternos podem influenciar o desenvolvimento precoce de um indivíduo. Partindo de teorias psicanalíticas da “Relação de Objecto”, procurou-se criar um instrumento que permitisse um rápido diagnóstico de situações de risco de desenvolvimento de patologia mental futura, em bebés

Foi delineada a seguinte hipótese: Mães com níveis de auto-estima elevados têm mais recursos para lidar com os seus bebés, diminuindo o risco de desenvolvimento de patologia mental.

A amostra correspondeu a uma amostra de conveniência e foi recolhida, essencialmente, na sede e em gabinetes da Associação “Ajuda de Mãe”, sendo constituída por 31 mães, com bebés de idades compreendidas entre os 4 e os 12 meses.

Foram utilizados dois instrumentos: uma adaptação de The Maternal Self-Report Inventory de Shea e Tronik (1988), realizada por Galvão (2002) e a Escala de Apgar de Saúde Mental (instrumento criado para este estudo com o propósito de calcular o índice de risco de ocorrência de patologia posterior).

Os dados recolhidos através do Inventário de Auto-estima Materna e da Escala de Apgar de Saúde Mental sofreram uma análise quantitativa, mediante técnicas estatísticas, tendo sido ainda utilizado um programa de computador estatístico: SPSS. O teste estatístico utilizado foi o coeficiente de correlação de Spearman.

Os resultados indicam que: a aceitabilidade da função materna, os sentimentos respeitantes à gravidez, parto e pós parto e a expectativa de competências maternas relacionam-se de uma forma directa e inter-influenciam-se; quanto mais sinais de saúde o bebé demonstre, menores são as condições para o acontecimento de perturbações; quanto maior o suporte sentido pela mãe, mais disponível está para fazer face às angústias relacionadas com as alterações de vida inerentes ao nascimento de um filho; quanto maior o suporte familiar sentido, maior é a possibilidade de serem detectadas situações clínicas atípicas; mães que apresentam um suporte familiar marcado, poderão fazer com maior facilidade delegação de competências maternas, potenciando perturbações ao nível da relação mãe-bebé e, conseqüentemente, a ocorrência de situações clínicas atípicas mais frequentes.

Tendo em consideração as correlações emergentes entre os dois instrumentos utilizados, pondera-se que, apesar de existir uma tendência para a confirmação da hipótese de partida, a sua aceitação é precipitada.

De facto, considera-se imprescindível um aumento substancial da dimensão da amostra.

Palavras-chave: Primeira Infância; Prevenção; Parentalidade

SUMMARY OF THE MASTERS DISSERTATION

STUDY OF THE INFLUENCE OF MATERNAL EMOTIONAL FACTORS ON THE EARLY DEVELOPMENT OF THE BABY

The main aim of this research consisted of attempting to understand in what way the maternal emotional factors may influence the early development of a person. Commencing from psychoanalytic theories of "Relação de Objecto" (*Object Relationship*), an attempt was made to create an instrument that would allow for a swift diagnosis of situations of risk in the development of future mental pathology in babies.

The following hypothesis was devised: Mothers with high levels of self-esteem have more resources to deal with their babies, decreasing the risk of developing mental pathology.

The sample corresponded to a sample of convenience and was collected, mainly, from the head-office and from offices of the "Ajuda de Mãe" Association, being made up of 31 mothers with babies between the ages of 4 and 12 months.

Two instruments were used: an adaptation of The Maternal Self-Report Inventory by Shea and Tronik (1988), carried out by Galvão (2002) and the Apgar Scale for Mental Health (an instrument created for this study with the objective of calculating the risk index of post pathology occurrence).

The data gathered through the Maternal Self-esteem Inventory and the Apgar Scale for Mental Health underwent a quantitative analysis, by means of statistical techniques, a statistics computer program was also used: SPSS. The statistic test used was the Spearman correlation coefficient.

The results indicate that the acceptability of the maternal role, the feelings in respect to the pregnancy, birth and post natal, and the maternal competence expectancy are related in a direct way and inter-influence; the more signs of health the baby shows, the less the conditions for disturbances to occur; the

more support the mother feels, the more available she is to face the anguishes related to the alterations in her life inherent to the birth of a child; the more family support is felt, the higher the possibility of detecting atypical clinical situations; mothers who present noticeable family support, may be able to delegate their maternal competences more easily, potentiating disturbances as far as the mother-baby relationship level is concerned and, consequently, the occurrence of more frequent atypical clinical situations.

Taking the emergent correlations between the two instruments that were used into consideration, one should contemplate that, although a tendency for confirming the initial possibility exists, acceptance of it should not be rushed into.

In fact, a substantial increase in the number of samples is considered essential.

Key Words: Early Infancy; Prevention; Parenthood

ÍNDICE

	Pág.
Introdução.....	4
Fundamentação teórica	
I – Indicadores de Desenvolvimento / Modelos e Conceitos-Chave	7
Modelo de desenvolvimento proposto por Anthony	8
Conceito de trauma.....	10
Noção de risco.....	14
A criança psicologicamente vulnerável.....	17
Paradoxos entre o risco e a vulnerabilidade.....	26
Proposta para um modelo de vulnerabilidade.....	27
Conceito de resiliência.....	33
Reflexão.....	40
II – Adaptações maternas na gravidez e pós-parto.....	49
Gravidez.....	50
Fenómenos fisiológicos na gravidez.....	54
Fenómenos psicológicos na gravidez.....	58
Perturbações médicas da gravidez de carácter psicossomático.....	62
Distúrbios biológicos e fisiológicos na gravidez.....	66
Pós-parto.....	69
Distúrbios psicológicos no pós-parto.....	72
III – Psicopatologia no 1º ano de vida	83
Contribuições de Spitz	84
Relações objectais “normais”	85
Distúrbios das relações objectais: factores quantitativos e qualitativos.....	87

Distúrbios psicotóxicos.....	88
Doenças de carência afectiva.....	96
Contribuições de Mazet & Stoleru	98
Transtornos com expressão somática.....	99
Transtornos do desenvolvimento.....	104
Transtornos do comportamento.....	105
Transtornos da expressão mental / manifestações afectivas.....	107
Reflexão	111
IV – Método de Investigação.....	115
Objectivo do Estudo	115
Delineamento do Problema	115
Caracterização da Amostra	115
Caracterização dos Instrumentos	116
Apgar de Saúde Mental	116
Inventário de Auto-estima Materna	128
Procedimento	134
V – Dados obtidos e seu Tratamento.....	135
VI – Apresentação dos Resultados	137
VII – Discussão dos Resultados Alcançados.....	139
VIII – Conclusões	144
IX – Limitações do Estudo	147
X – Referências Bibliográficas.....	148
XI – Anexos	154

Introdução

O interesse na temática da Profilaxia em Saúde Mental advém, em grande medida, da oportunidade de integrar e perceber as estratégias de intervenção utilizadas numa equipa de Saúde Mental do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital da Estefânia, bem como numa equipa de um Projecto de Prevenção em escolas de zonas de habitação social.

De facto, embora o tipo de intervenções em cada equipa ocorresse a níveis diferentes, e apesar do esforço e boa vontade dos técnicos, foi possível constatar que as condições precárias, o elevado número de situações e a sua gravidade não permitiam, na maioria dos casos, respostas efectivas.

As crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos, apresentavam frequentemente problemáticas complexas, a diversos níveis (emocionais, físicos, familiares, sociais, económicos, etc.) conduzindo a uma necessidade de encaminhamento para instituições especializadas que, por sua vez, se encontram sobrecarregadas e, como tal, com graves dificuldades em concretizar um trabalho consequente.

Embora a Equipa do Projecto de Prevenção em escolas pretendesse realizar um trabalho que permitisse a promoção de Saúde Mental, concretamente deparou-se com crianças e famílias que manifestavam carências heterogéneas graves e patologias já instaladas. A intervenção acabou por visar a resolução das problemáticas ou a redução dos prejuízos causados pelas mesmas.

Assim, a Prevenção em Portugal tem geralmente um carácter terciário, é muito dispendiosa (sobretudo porque decorre tardiamente) e pouco eficaz (dado as dificuldades apresentadas pelas populações abrangidas).

Em termos epistemológicos, os modelos teóricos que servem de base às intervenções em Saúde Mental têm por base o modelo médico, em que a Saúde corresponde à ausência de Patologia.

Apesar da importância e valor deste tipo de intervenções, consideramos que, por si só, representa um esforço manifestamente insuficiente face à realidade do país. Torna-se portanto fundamental desenvolver modelos, instrumentos e criar estratégias que possibilitem uma prevenção eficaz, anterior ao aparecimento de patologias instaladas.

É neste contexto que o presente trabalho foi desenvolvido. Procurou-se recolher conceitos e modelos teóricos considerados pertinentes para o aprofundamento desta temática e posteriormente procedeu-se à construção de um instrumento que permitisse realizar uma previsão de risco de desenvolvimento de patologia e possibilitasse, a longo prazo, lançar alguma luz em questões como:

- Qual a importância da relação primária no desenvolvimento de um indivíduo?
- Qual a importância do ambiente (familiar, social e cultural) no desenvolvimento de um indivíduo?
- Será que a não presença de determinados indicadores psicológicos saudáveis implica o desenvolvimento de patologia futura, num indivíduo?
- Se sim, haverá correlação entre a ausência de um conjunto de determinados indicadores psicológicos saudáveis e uma patologia específica?
- Será que uma intervenção profiláctica, nesta fase do desenvolvimento, impede o surgimento de uma patologia posterior?
- Será que uma intervenção profiláctica, nesta fase do desenvolvimento, tem taxas de sucesso superiores a uma intervenção realizada numa etapa de desenvolvimento do indivíduo posterior à aqui focada?

Apesar da revisão teórica presente neste estudo, evidenciar essencialmente modelos, teorias e perspectivas cujo enfoque é feito na relação mãe-bebé, é fundamental que seja desde já referido que a linha de pensamento que rege

esta investigação pressupõe a noção de **unidade originária**, de Pérez-Sánchez e Núria Abelló. Este conceito subentende que “o pai, quando contempla o bebé, pressupõe e tem presente a mãe; quando a mãe contempla o bebé, pressupõe e tem presente o pai; e, por último, quando o bebé contempla um dos progenitores pressupõe e tem presente o outro” (Coelho Rosa, 2006). Ou seja, a importância do pai no desenvolvimento de um indivíduo não é considerada menor, apenas se sentiu necessidade de restringir o próprio objecto de estudo da investigação, e portanto, optou-se por salientar os aspectos teóricos que se prendem com a relação mãe-bebé.

Assim, este trabalho corresponde a um estudo exploratório, na medida em que procura abrir perspectivas para novas investigações que possibilitem a resposta às questões mencionadas anteriormente.

Deste modo, e mais especificamente, o presente estudo representa o levantamento de:

- a) Modelos de compreensão das competências do bebé no primeiro ano de vida como: o modelo de Spitz, o modelo de Mazet & Stoleru, o modelo de James Anthony, o modelo de Wertheim;
- b) Conceitos considerados como fundamentais para a compreensão do desenvolvimento como: trauma, risco, vulnerabilidade/ invulnerabilidade e resiliência.
- c) Um conjunto de sintomas e de sinais, no âmbito do desenvolvimento da gravidez e do primeiro ano de vida, que permitam diagnósticos incisivos e claros;
- d) Um conjunto de indicadores de saúde, durante a primeira infância, que viabilizem a organização de um índice de recursos de saúde (Apgar de Saúde Mental), de fácil utilização nos Centros de Saúde, nos Centros de Desenvolvimento ou nos hospitais e que possibilite elaborar estimativas precisas de prognóstico em crianças, no primeiro ano de vida.
- e) Indicadores psicológicos que, em conjunto com o índice de recursos de saúde, nos permitam um cálculo mais ou menos preciso do desenvolvimento psicológico.

Indicadores de Desenvolvimento / Modelos e Conceitos-Chave

Neste capítulo é feita uma análise de alguns conceitos e modelos que se consideram pertinentes para o delineamento de estratégias e intervenções ao nível da prevenção. Assim, são tidos em conta os contributos de E. James Anthony e o modelo de Wertheim, entre outros autores, e aprofundados termos que funcionam como indicadores no que se refere ao desenvolvimento, saudável ou patológico, de um indivíduo, nomeadamente os conceitos de trauma, risco, vulnerabilidade / invulnerabilidade e resiliência.

A perspectiva de E. James Anthony não pode deixar de ser tida em conta, já que propõe um novo modelo de estudo do indivíduo, devidamente integrado.

De facto, para se poder estudar um indivíduo deve-se ter em conta a família em que este se encontra inserido. Este modelo, denominado por modelo desenvolvimental/transaccional, engloba não apenas o desenvolvimento do sujeito em termos individuais mas também tem em consideração a família onde está inserido. Deste modo, no desenvolvimento do indivíduo são consideradas não apenas as características específicas inatas mas também as características que são criadas e/ou transformadas pelas socializações mais relevantes – as familiares.

No que diz respeito à forma como se aborda a relação e a integração do indivíduo na família, podemos agrupar as posições teóricas em três grupos, a que faremos uma breve menção de forma a contextualizar a importância que para nós tem o modelo de Anthony.

Modelo de Desenvolvimento proposto por Anthony

Um dos modelos dá especial ênfase ao indivíduo na família assim como às suas respostas intra-psíquicas. A família é considerada como constituída por diferentes indivíduos em que as desordens internalizadas podem apresentar repercussões sobre a vida familiar. A esta perspectiva pode-se denominar de "modelo desenvolvimental".

A segunda abordagem considera a família enquanto grupo que comunica e no seio do qual se produzem interações, em que o indivíduo é visto como uma parte em relação com o todo. A psicologia e a psicopatologia são definidas pelo seu carácter familiar. A este modelo podemos designar por "modelo transaccional".

O terceiro modelo, proposto por Anthony (1974), considera a abordagem transaccional mas tendo em conta, para além das variações existentes a um nível individual, também as mudanças conscientes, pré-conscientes e inconscientes; as identificações cruzadas e sistemáticas da personalidade, da consciência e da pulsão, e os confrontos inevitáveis entre os modos de funcionamento maturos e imaturos. Tem ainda em conta o eixo temporal da evolução da família, considerando-a como um grupo que atravessa diversos estados de desenvolvimento. Este modelo poderia ser denominado por "modelo integracionista" na medida em que concilia a abordagem desenvolvimental com a transaccional.

É cada vez mais difícil negar o carácter mútuo e interpessoal dos processos de desenvolvimento psíquico, como por exemplo a forma como os pais reagem aos diversos estados de desenvolvimento que o seu filho atravessa.

Segundo esta perspectiva, a psicologia e a psicopatologia sofrem uma complexificação na medida em que ocorre a transferência de sentimentos e

atitudes da família de origem para a "família de orientação"¹. Ou seja, a família do passado e a família do presente continuam em interação.

Com o desenvolvimento da família, o indivíduo tende a desenvolver a sua própria identidade que, na realidade, é resultante do sistema de identificações operantes no grupo.

No início da vida familiar, o grupo pode apresentar uma imagem confusa e flutuante, mas passado pouco mais de 5 anos verifica-se a consolidação da identidade familiar. Os diferentes membros apresentam as mesmas características basilares da personalidade, os mesmos pontos de vista, os mesmos mecanismos de defesa, o mesmo humor, a mesma linguagem e, quando se zangam e entram em conflito, a mesma psicopatologia com o mesmo tipo de sintomas. Ou seja, há uma menor variabilidade dentro da família e uma grande susceptibilidade às manifestações comuns.

Assim, quando as crianças atingem a adolescência, os problemas específicos da identidade, característicos deste estágio, interferem com todos os problemas de identidade emergentes no estado de latência, no interior da família, podendo resultar numa difusão da identidade familiar.

No que respeita à psicopatologia, verificam-se determinadas tendências patológicas que contribuem para dar um cunho específico à família. É o sistema de identificações cruzadas e de contra-identificações, entre os diversos elementos, que contribui para a criação de um modelo psicopatológico familiar.

Deste modo, o modelo sugerido por Anthony (1974) tem em linha de conta o desenvolvimento do indivíduo bem como toda a dinâmica transaccional familiar. Com esta abordagem torna-se assim possível uma melhor compreensão da vida familiar, nomeadamente do ponto de vista cognitivo, psico-sexual, psico-social, etc.

¹ Entende-se por "família de origem", o estágio da família num determinado momento antes de uma crise e por "família de orientação" a resultante futura de uma crise de crescimento de um dos seus membros.

A uma família externa corresponde sempre uma *família interna*, que cada um dos elementos do grupo transporta dentro de si. Esta representação interna reflecte o estado de desenvolvimento do indivíduo e permite-lhe fazer uma previsão aproximada do ambiente que ele vai criar para si próprio. Esta representação dá ainda indicações quanto à forma como os outros membros vão reagir e agir, uns em relação aos outros.

Este modelo, embora complexo, permite uma investigação mais abrangente, na medida em que toma em consideração diferentes formas de desenvolvimento, que ocorrem em simultâneo e que se influenciam mutuamente. Neste contexto, esta perspectiva tem ainda mais relevância porque salienta as inter-relações e transacções que ocorrem ao nível familiar e individual e sustenta o facto dos pais só existirem na medida em que existe um filho e vice-versa.

Não basta, no entanto, ter em consideração a existência de diversas formas de desenvolvimento. Anthony é também responsável pela introdução de importantes conceitos no estudo do desenvolvimento individual, tais como **vulnerabilidade e invulnerabilidade**, relacionando-os com diferentes variáveis (risco, perturbação mental, etc.), permitindo uma importante ampliação do pensamento nesta linha de investigação.

Nesse sentido, propomos o estudo de diversos conceitos e temas tendo em linha de conta o pensamento de vários autores, nomeadamente as contribuições de James Anthony.

Conceito de Trauma

O desenvolvimento de todo o indivíduo é marcado por contrariedades e/ou situações que possibilitam a vivência de sentimentos tradutores de insatisfação. No entanto, as consequências destas experiências variam de pessoa para pessoa.

Na nossa perspectiva, as alterações no desenvolvimento saudável de um indivíduo resultam de uma incapacidade de elaborar a experiência destes sentimentos e situações insatisfatórios, constituindo-se como traumáticos.

Assim sendo, torna-se fundamental uma revisão teórica deste conceito na medida em que permite ou, pelo menos, possibilita a compreensão da alteração do desenvolvimento de um indivíduo, num sentido patológico.

Vários autores investigaram e debruçaram-se sobre o conceito de trauma. Apresentamos aqui a perspectiva de Fenichel, a de Freud e a de Khan, que nos mereceram especial reflexão.

Fenichel (1981) considera que a principal função do aparelho psíquico de qualquer indivíduo consiste em alcançar um equilíbrio, depois da ocorrência de uma perturbação causada por estímulos externos. Quando este relativo equilíbrio se encontra comprometido surge um estado de emergência. Esta visão está directamente associada à perspectiva económica do aparelho psicológico, em que o sistema funcionaria de forma a atingir o equilíbrio de forças entre as várias instâncias constituintes.

Segundo este autor, consoante a intensidade dos estímulos estes podem ter efeitos traumáticos sobre os indivíduos ou não. No entanto, o efeito dos estímulos também varia com a predisposição de cada indivíduo para vivenciá-los como traumáticos. Esta "vulnerabilidade" pode ter uma origem constitucional mas também varia com as vivências anteriores à ocorrência da situação traumática. *«(...) as pessoas são "fracas" quando a capacidade que têm de "ligar" tensões é inteiramente assumida pela manutenção de repressões anteriores. Donde resulta que trauma é conceito relativo: são factores de economia mental, relacionados com a constituição e também com as experiências anteriores e com as condições actuais antes e durante o trauma, que vão determinar qual é o grau de excitação que sobrecarrega a capacidade do indivíduo»* (Fenichel, 1981).

Assim sendo, o traumatismo resulta da incapacidade do Ego para reagir a um aumento de tensão interna contendo uma significação, também ela interna. O Ego selecciona e organiza a excitação resultante de estímulos através de uma previsão na fantasia do que pode acontecer e da consequente preparação para o futuro. Deste modo, a probabilidade de uma situação ser vivida como traumática aumenta com a imprevisibilidade da mesma. Esta visão confere especial relevo à perspectiva económica do “aparelho mental”, aos factores constitucionais do indivíduo (que seriam responsáveis pela variabilidade do impacto resultante) e ao nível de imprevisibilidade das situações.

A perspectiva de Fenichel (1981) no que se refere ao conceito de trauma não difere grandemente da apresentada por Freud. Também Freud (1920) considera a existência de um “sistema para-excitatório”, concebido como um filtro passivo de excitações. Este sistema funcionaria como uma barreira que apenas permitiria a passagem das energias proporcionais à capacidade do mesmo. O trauma resultaria de uma incapacidade do sistema para-excitatório de filtrar as energias. *“(...) Descrevemos como traumáticas quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protector. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente uma conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficazes contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de acção. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irromperam, e de vinculá-las no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar (...)”* (Freud, 1920). Neste sentido, o pensamento deste autor está directamente associado à perspectiva económica, na medida em que enfatiza as quantidades de estímulo e a necessidade de as controlar de forma a manter um equilíbrio.

A concepção de sistema para-excitatório de Freud pode assim ser comparada com a função do Ego de Fenichel (1981).

Tendo em conta as perspectivas de Fenichel e de Freud, o conceito de **trauma** resulta de uma incapacidade de conter ou filtrar estímulos e tensões que, por serem demasiado intensas ou por apresentarem um carácter de imprevisibilidade para o indivíduo, conseguem atravessar um sistema (para-excitatório / Ego), que funciona como barreira protectora, "inundando" o aparelho de pensar do sujeito. Esta definição tem em conta a perspectiva económica do aparelho mental bem como a perspectiva constitucional de cada indivíduo, responsável pela variabilidade no modo de vivenciar uma mesma situação em diferentes pessoas.

Masud Khan (1964) abre novas perspectivas face aos contributos de Freud e Fenichel, introduzindo o conceito de **trauma cumulativo**. Para este autor, o *"trauma cumulativo resulta de stress e tensões experienciados pelo bebé, em contexto de dependência da mãe enquanto escudo protector e auxiliar do ego"* (Khan, 1964). Esta definição de trauma não tem em conta os distúrbios patológicos da personalidade, nem o desenvolvimento precoce do eu resultante da psicopatologia da mãe ou de acontecimentos tidos como traumáticos na vida do bebé. Parte da ideia que se constrói a partir da infância e ao longo de todo o desenvolvimento de forma "silenciosa e invisível" (Khan, 1964).

Para o autor, o desenvolvimento saudável de um bebé necessita do mínimo básico de estabilidade e segurança, possibilitada pela função materna de escudo protector. As inevitáveis falhas temporárias da mãe enquanto escudo protector não só são naturais como são recuperáveis, através de processos de maturação, além de que fornecem estímulos para novas funções no crescimento e domínio do ambiente (Murphy et al, 1962 cit. por Khan, 1964). *"Só quando estas falhas da função materna, enquanto escudo protector, são significativamente frequentes e apresentam uma cadência que leva à construção de um modelo-padrão, é que se verifica a integração de ideias preconcebidas no psico-soma da criança, ideias estas que não podem ser eliminadas, formando um núcleo de reacções patogénicas"* (Khan, 1964).

Estas reacções patológicas desencadeiam um processo de interacção com a mãe e com o ambiente que, não só interfere na adaptação da mãe ao filho como também tem consequências fatídicas para a formação do ego emergente no bebé. São estas situações que o conceito de trauma cumulativo procura explicar, sendo que esta definição tem sobretudo em conta as teorias de relação de objecto.

Considerando que o impacto de situações traumáticas varia de indivíduo para indivíduo, torna-se essencial definir qual o **risco** de determinada situação ser vivida como traumática e, conseqüentemente, em que medida o seu desenvolvimento é afectado.

Noção de risco

Uma definição de conceito de **risco** é fundamental dentro de qualquer temática inserida na área da Prevenção. Só precisando os riscos inerentes à ocorrência de patologias, distúrbios ou perturbações é que se pode detectar as **crianças em risco** e, naturalmente, intervir de forma conseqüente.

Um investigador do risco tem por objectivo explorar o crescimento e desenvolvimento destas crianças, antes do surgimento da doença, para tentar descobrir de que forma e em que grau as suas vidas foram afectadas pelos riscos a que foram sujeitas; quais as vulnerabilidades e imunidades que transportaram para as situações e quais as defesas, competências e *coping skills* que forjaram para si próprias, com o objectivo de sobreviver psicologicamente.

Durante muito tempo houve uma preocupação, por parte dos teóricos, de criar modelos que representassem a condição humana, de forma simplificada. Kierkegaard (cit. por Anthony, 1978) propôs que em vez de se simplificar dever-se-ia complexificar as matérias, isto para demonstrar que as circunstâncias de vida e os problemas que lhe estão subjacentes, ao serem simplificados corriam o risco de perder a sua essência.

É também por esta razão que a metáfora das *três bonecas*, feitas de vidro, plástico e aço, de Jacques May, foi substituída por três crianças de “carne e osso”, introduzindo uma nova abordagem do risco e da vulnerabilidade. Tornase assim notório o esforço feito para estudar os fenómenos tais quais como se nos apresentam na realidade.

Estes três casos de crianças surgiam em ambientes diferentes, tendo estas estado expostas a um conjunto de acontecimentos traumáticos. Elas reagiam com sentimentos, pensamentos e fantasias a tudo o que lhes aconteceu e construíam a sua própria concepção do mundo com base nas suas diferentes experiências.

Estes três casos, apesar de resultarem de situações semelhantes tiveram caminhos muito diferentes. No primeiro caso, a criança desorganizou-se por completo, no segundo caso mantiveram-se défices residuais e a terceira aparentemente prosperou, apesar de todas as dificuldades e desastres a que esteve exposta. Deste modo a primeira criança foi classificada como apresentando uma **vulnerabilidade** extrema, a segunda como sendo **susceptível** e a terceira como aparentemente **invulnerável**. Deste modo, a vulnerabilidade específica varia com as características do meio onde o indivíduo se insere, que podem potenciar o desenvolvimento num sentido positivo ou negativo, bem como dos seus factores constitucionais.

Sameroff (1982) considera que prever quais as crianças que apresentarão um comportamento desviante no futuro, é algo quase ou mesmo impossível. Apesar de tudo, Werner, Bierman et French (1971, cit. por Sameroff, 1982) chegaram à conclusão de que a probabilidade de um ambiente desfavorável (mediocridade do estatuto sócio-económico da mãe e sua instrução; clima familiar instável) dar origem a problemas nas crianças é dez vezes superior à probabilidade do stress peri-natal causar problemas. Ou seja, estes autores conferem especial importância aos factores ambientais, no que diz respeito à influência no desenvolvimento de uma pessoa.

Contudo, a existência de um ambiente desfavorável não é condição suficiente para predizer, de imediato, um futuro difícil para o sujeito em causa. Para podermos fazer um prognóstico do desenvolvimento de um indivíduo, o mais correcto possível, temos que ter em atenção a combinação dos factores constitucionais com os factores ambientais (Thomas, Chess e Birch, 1968 cit. por Sameroff, 1982).

As características constitucionais da criança têm grande influência na forma como o ambiente actua sobre ela e, por seu lado, o ambiente molda em grande medida as características futuras da própria criança. Estes factores só poderão apresentar um significativo carácter preditivo se for tida em conta a complexidade deste modelo interactivo.

Sameroff & Melvin Zax (cit. por Sameroff, 1982) realizaram um estudo através do qual identificaram um conjunto de factores que poderiam predizer a ocorrência de temperamento difícil por parte do bebé, ao longo do primeiro ano de vida. Estes factores eram: forte angústia e atitude desfavorável, associadas a uma condição sócio-económica e a uma instrução medíocres. Deste modo, o autor considera fundamental enfatizar a importância do papel do ambiente para o desenvolvimento da criança e, ao mesmo tempo, ter em atenção as suas características específicas. Se considerarmos que o desenvolvimento resulta de transacções contínuas entre um indivíduo e o seu ambiente, é possível ter uma visão optimista na medida em que se pode esperar encontrar muitos pontos alternativos.

Embora consideremos que se for possível precisar os riscos específicos de um indivíduo, tornar-se-á viável a previsão de eventuais traumas e, como tal, evitar o desenvolvimento patológico ou a minimização dos prejuízos por ele causados, não podemos deixar de ter em consideração que a operacionalização deste conceito é, de facto, muito complexa. Não só implica ter um conhecimento dos factores ambientais como também ter em atenção os factores constitutivos do indivíduo e a sua vulnerabilidade.

Podemos definir o risco como o resultado da interacção entre factores constitutivos específicos de cada indivíduo e factores ambientais.

A criança psicologicamente vulnerável

A noção de risco encontra-se estreitamente associada ao conceito de vulnerabilidade. Na generalidade, quanto maior a vulnerabilidade específica de um indivíduo, maior é o risco dele vir a desenvolver patologias ou distúrbios. Deste modo, verifica-se a necessidade de aprofundar o conceito de vulnerabilidade.

Cimbal (1927, cit. por Anthony, 1974) descreveu um conjunto de crianças que apresentavam uma atitude "cobarde" face à vida. Elas eram muito apreensivas e estavam sempre com medo de alguma coisa. Qualquer elemento do meio exterior poderia tornar-se um objecto de medo no que se refere à experiência destas crianças. Elas pareciam ser perturbadas pelo não familiar e tendiam a ter estranhas reacções tempestuosas. Durante a infância, evitavam a novidade sob todas as formas; quando cresciam tornavam-se adultos contidos, tímidos, indecisos, de alguma maneira retirados e, uma vez encontrado um nicho, tendiam a permanecer nele toda a vida.

Estas crianças são vulneráveis e procuram proteger-se encapsulando-se no meio, parecendo comportar-se desta forma desde o nascimento e, possivelmente no funcionamento pré-natal. Esta atitude de auto-protecção pode funcionar enquanto o ambiente é relativamente seguro.

Por sua vez, Fries & col. (1971, cit. por Anthony, 1974) procuraram categorizar crianças segundo as suas actividades e chegaram à conclusão de que crianças excessivamente caladas ou excessivamente activas pareciam ser mais vulneráveis a distúrbios psicológicos.

No entanto, para se poder determinar de forma objectiva o grau de vulnerabilidade de um indivíduo tem que se ter em conta diferentes factores:

- Pode-se assumir que o ser humano já nasce com um certo grau de "pré-adaptação" na medida em que apresenta um aparelho rudimentar de percepção, memória, mobilidade e outras funções primárias de autonomia do ego, que permitem uma preparação para a realidade mesmo antes de se

ter a experiência dessa mesma realidade (Hartmann, 1964 cit. por Anthony, 1974). Deficiências neste aparelho rudimentar de funções primárias de autonomia do ego conduziriam a que indivíduos vulneráveis desenvolvessem graves perturbações mentais.

- Também se deve ter em conta a *barreira protectora contra estímulos*, um conceito teórico introduzido por Freud, como um provável antecedente dos mecanismos de defesa.
- A capacidade de adiar e controlar uma descarga em resposta a um estímulo é outra das principais características do ego humano (Anna Freud, 1936, cit. por Anthony, 1974).
- De igual modo a presença de "respostas positivas primárias", por parte da criança ao mundo exterior, a par de "respostas negativas primárias" (Buhler, 1954 cit. por Anthony, 1974), é fundamental.
- Não se pode deixar de ter em atenção factores hereditários e ambientais que actuam em conjunto e decidem, em última instância, a vulnerabilidade individual.

Heider (1966, cit. por Anthony, 1974) considerou o grau de vulnerabilidade na infância como o resultado das formas como a própria criança vive situações de stress e o estilo de relação entre o padrão funcional individual e as influências que o afectam durante a infância, principalmente no que se refere à mãe. Foi encontrada uma correlação significativa entre o nível de vulnerabilidade na infância e a idade pré-escolar, e havia uma ligeira tendência para a vulnerabilidade aumentar depois deste período. A criança vulnerável manifestava-se menos robusta, menos enérgica, menos activa, menos interessada, menos confiante e com menos probabilidade de fazer parte de uma boa relação mãe-criança. Esta incompetência generalizada poderia estar associada a uma baixa reactividade sensorial causada por um aumento inicial congénito ou defensivo e uma baixa actividade motora, podendo também esta última ser determinada congenitamente ou defensivamente. Ou seja, as características descritas que sugeriam vulnerabilidade podiam ser constitucionais ou resultantes de influências do ambiente.

Outros autores (Thomas, Chess, Birch & Hertzog, 1960 cit. por Anthony, 1974) focaram nos seus estudos diferenças congénitas em crianças e tentaram relaciona-las com estas predisposições para "padrões primários de reacção", com posterior comportamento adoptado, normal ou patológico. As categorias que se mostraram especialmente discriminatórias, no que respeita a diferenças individuais, foram o nível de actividade, intensidade de reacção, humor e distractibilidade.

Verificou-se ainda que nem o temperamento da criança nem as características parentais, sozinhas, apresentavam uma influência independente no desenvolvimento da criança, mas que os dois factores em conjunto funcionavam de forma interdependente.

Também os bebés têm sido observados e verifica-se que diferem fortemente na intensidade da sua tendência para estremecer ou mostrar reacções de evitamento a um estímulo desagradável. Esta tendência verifica-se em todas as crianças mas é mais provável que se estabeleça, como uma disposição constante, se é frequentemente utilizada neste período do desenvolvimento. Nesta altura, o bebé parece ser especialmente vulnerável ao contacto maternal bem como a incidentes que ocorram quando cuidam dele (Diamond, 1957, cit. por Anthony, 1974).

Sullivan (1953 cit. por Anthony, 1974) referiu-se ao medo, enquanto estado, como algo que poderia ser induzido na criança, ou por um trauma ou pelo contacto com uma mãe emocionalmente perturbada. Ou seja, a saúde mental da mãe seria de crucial importância no desenvolvimento da sensibilidade do bebé, nomeadamente no que se refere a experiências assustadoras. A confiança resultante de experiências infantis precoces não parece depender em absoluto da quantidade de alimento ou demonstrações de amor fornecidas pela mãe, mas antes da qualidade da relação maternal existente (Erikson, 1950 cit. por Anthony, 1974).

Deste modo, Anthony (1974) construiu um retrato do indivíduo vulnerável cujo desenvolvimento ao longo da infância, latência e adolescência é pontuado por

crises e catástrofes ao longo dos períodos de transição. Torna-se frequentemente difícil perceber se a mãe falhou com a criança, ao não incutir a necessária confiança, dado apresentar deficientes capacidades de contenção e preocupação com o seu filho, ou se deficiências constitucionais da criança seriam uma sobrecarga muito grande para as capacidades de uma mãe normal.

Note-se que a criança vulnerável sucumbirá mesmo que o ambiente que a rodeia seja “idealmente” benigno. Em ambientes patológicos, em que uma criança normal sobreviveria e uma criança invulnerável desenvolver-se-ia perfeitamente, a criança vulnerável provavelmente soçobriria completamente.

Para uma melhor sistematização, apresentamos um quadro com o resumo das principais contribuições dos diferentes autores, no que se refere ao conceito de vulnerabilidade.

Quadro resumo – Vulnerabilidade

Autores	Contributos
Cimbal	As crianças vulneráveis são mais apreensivas e medrosas, perturbam-se facilmente com o não familiar apresentando reacções tempestuosas. Em adultos, tornam-se contidos, tímidos e indecisos. Procuram proteger-se, desde sempre, encapsulando-se.
Fries & col.	Crianças excessivamente caladas ou excessivamente activas tendem a ser mais vulneráveis a distúrbios psicológicos.
Heider	A vulnerabilidade resulta da forma como o indivíduo experiencia situações de stress e o estilo de relação existente entre o padrão funcional individual e o tipo de relação estabelecido durante a infância. Há uma tendência para a vulnerabilidade aumentar com a idade. A criança vulnerável apresenta-se menos robusta, menos enérgica, menos activa, menos interessada, menos confiante e pouco passível de fazer parte de uma boa relação mãe-criança.
Thomas, Chess, Birch & Hertzig	Verificaram que as categorias congénitas que se mostraram especialmente discriminatórias no que se refere à vulnerabilidade a distúrbios psicológicos são: nível de actividade, intensidade de reacção, humor e distractibilidade; sendo que o temperamento da criança ou as características parentais, isoladamente, não são uma influência independente no desenvolvimento da

	criança, mas que os dois factores funcionam de forma interdependente.
Diamond	A tendência para que um bebé estremeça ou mostre reacções de evitamento a um estímulo desagradável como uma disposição constante ocorre quando ocorre frequentemente nos primeiros tempos de vida, existindo uma especial vulnerabilidade ao contacto maternal assim como a incidentes que ocorram quando cuidam dele.
Sullivan	A vulnerabilidade e a confiança de um indivíduo resultam mais da qualidade da relação maternal existente do que da quantidade de alimento ou demonstrações de amor fornecidas pela mãe.
Anthony	Indivíduo vulnerável é aquele cujo desenvolvimento é pontuado por crises e catástrofes ao longo dos períodos de transição.

Os contributos dos vários autores aqui apresentados realçam questões diferentes. Por um lado, procuram descrever as características psicológicas associadas à vulnerabilidade e por outro, delimitam factores condicionantes da presença de vulnerabilidade.

Em nosso ver, a vulnerabilidade resulta da **interdependência** entre o temperamento/personalidade específica do indivíduo e o estilo de relações estabelecidas na infância, em especial a relação primária. Como temperamento associado à presença de vulnerabilidade é frequente encontrar-se as seguintes características:

- Perturbação com o “não familiar”, acompanhada por reacções intempestivas;
- Contenção, timidez, indecisão e encapsulamento (como mecanismo de defesa);
- Menor Robustez, menor confiança e reacções de evitamento.

Como categorias congénitas discriminatórias de vulnerabilidade deve-se ter em especial atenção o nível de actividade, a intensidade de reacção, o humor e a distractibilidade.

A criança vulnerável tem de ser ensinada, desde muito cedo, a não se colocar em situações de risco a menos que o seu nível de competência seja suficientemente elevado para responder a todas as vicissitudes e é na

sequência do conceito de vulnerabilidade que surge a necessidade de criar, perceber e definir o termo de invulnerabilidade (Anthony, 1974).

Através dos mitos, Anthony (1974) chama a atenção para dois tipos de invulnerabilidade no ser humano. Por um lado, o mito de Aquiles, cuja invulnerabilidade é conferida primariamente pela mãe e relaciona-se com a forma como esta procura controlar o ambiente exterior, que nunca é completamente controlado. O indivíduo que parece invulnerável eventualmente sucumbe, e a sua “queda” é habitualmente inspirada pela inveja resultante do seu estatuto privilegiado, sendo que a incompleta imunidade é sempre apoiada por um alto custo psicológico tanto dos pais como da criança.

Por outro lado, o autor refere o mito de Hércules, que manifesta uma invulnerabilidade de características muito diferentes. Contrariamente ao ser superprotegido, o herói é constantemente exposto a situações de risco e parece ganhar com isso tanto em confiança como em competência. Nos seus esforços ele apenas conta com as suas capacidades criando a sua própria invulnerabilidade.

Nenhuma invulnerabilidade é absoluta mas, para criar uma relativa imunidade psicológica, a invulnerabilidade do tipo autónomo tem uma maior propensão para se manter do que a do tipo heterónimo.

Podemos associar o mito de Aquiles, com algumas situações clínicas em que indivíduos apresentam a condição de “super-protecção materna”. Nestas situações certas mães, por diversas razões, tentam proteger os seus filhos de possíveis aflições, eliminando todos os elementos de risco das suas vidas (Levy, 1943, cit. Por Anthony 1974)

No entanto, Levy verificou que, embora as crianças super-protegidas sejam mais altas e pesadas do que outras de diferentes grupos, e tenham uma boa avaliação de saúde, apresentam maiores índices de amigdalites e feridas superficiais mais frequentes, apesar da vigilância materna.

A auto-confiança da criança parece ser directamente proporcional à confiança que os pais têm nela, sendo especialmente verdade com as crianças mais velhas. Crianças com elevados índices de auto-confiança apresentam maior propensão de se manterem invulneráveis. Referimo-nos à invulnerabilidade do tipo autónomo, uma vez que é aquela que permite o desenvolvimento de competências. Na invulnerabilidade do tipo heterónimo há uma necessidade muito grande dos pais protegerem o seu filho o que, na generalidade, reflecte uma falta de confiança nas capacidades do mesmo.

Um indivíduo hiper-vulnerável pode desorganizar-se, apesar de viver num bom ambiente, e um indivíduo invulnerável mantém-se imperturbável apesar de viver num mau ambiente. A percepção que a criança vulnerável tem do mundo é alterada por experiências perturbadoras exteriores que parecem ser, em larga medida, resultado de tendências internas do indivíduo, tendências essas que apresentam um carácter deformante.

A invulnerabilidade é habitualmente definida em termos negativos, ou seja, como a ausência de vulnerabilidade, mantendo deste modo a tendência Clínica que prefere olhar para a saúde como ausência de doença.

Heider (1966 cit. Por Anthony 1974) inferiu, a partir das características da pessoa vulnerável, que a criança invulnerável é mais provável ter um físico robusto e um bom relato de saúde. Deverá ter uma relação de confiança recíproca com uma mãe preocupada com as suas necessidades. O seu ambiente seria, na generalidade, sustentador e previsível, e o seu comportamento apresentaria uma harmonia entre o seu mundo interno e externo, limiares estáveis, nem muito altos nem muito baixos e uma competência de execução ao lidar com as dificuldades quotidianas.

Haggard (1973 cit. por Anthony 1974) apresenta uma perspectiva diferente. Este autor considera que não é possível avaliar a adaptação de um indivíduo em relação à sua vida interna e à sua efectiva realização, sem ter em conta os parâmetros do seu contexto ambiental. Assim a invulnerabilidade não está associada a superioridades de realização inatas ou adquiridas mas antes a

uma harmonia entre o meio interno e externo e a capacidade para se adaptar flexivelmente à mudança.

Habitualmente, o desenvolvimento normal de uma criança é um resultado de interações complexas entre o equilíbrio de vulnerabilidades e forças, e as suas interações com situações de stress e suportes vindos do ambiente.

Há estudos que também relacionam a invulnerabilidade com o conceito de competência, embora este conceito seja de difícil operacionalização. O ponto de vista habitualmente defendido é que as crianças que possuam um ou mais atributos de competência têm maior probabilidade de possuir outros atributos e podem ser denominadas, de uma forma geral, como mais ou menos competentes.

Estudos de vários autores parecem demonstrar que o sexo da criança também marca posição nas questões de competência e vulnerabilidade. No plano físico, as imagens para a mortalidade infantil e morbilidade são quase universalmente mais elevadas para os rapazes. Ao nível psicológico existem indicações de que rapazes e raparigas, mesmo nos anos pré-escolares, diferem nas suas respostas ao desafio e à frustração. Nesta categoria de invulnerabilidade, surgem poucas crianças do sexo feminino.

Para uma melhor sistematização, apresentamos um quadro com o resumo das principais contribuições dos diferentes autores, no que se refere ao conceito de invulnerabilidade.

Quadro resumo – Invulnerabilidade

Autores	Contributos
Anthony	Considera dois tipos de invulnerabilidade: autónomo e heterónimo. A invulnerabilidade do tipo autónomo constitui-se a partir de um aumento de auto-confiança e competência resultantes da exposição a situações de risco, recorrendo aos seus próprios recursos. A invulnerabilidade do tipo heterónimo é conferida pelos outros e é resultante de uma super-protecção implicando, geralmente, um alto custo psicológico tanto para os pais como para a própria criança. Não se pode falar de invulnerabilidade absoluta, embora a do tipo autónomo apresente maiores probabilidades de se manter.
Levy	Verificou que as crianças super-protegidas embora sejam mais altas, pesadas e terem uma boa avaliação de saúde, apresentam maiores índices de amigdalites e maior frequência de feridas superficiais.
Heider	Considera que a criança invulnerável apresenta maior probabilidade de ter um físico robusto, um bom relato de saúde e uma relação de confiança recíproca com uma mãe preocupada com as suas necessidades. Vive num ambiente habitualmente sustentador e previsível e o seu comportamento apresenta uma harmonia entre o seu mundo interno e externo.
Haggard	A invulnerabilidade está associada a uma harmonia entre o meio interno e externo e à capacidade que o indivíduo tem para se adaptar flexivelmente à mudança, e não tanto com superioridades de realização inatas ou adquiridas.

No que se refere ao conceito de invulnerabilidade, a nossa perspectiva encontra-se mais próxima da de Haggard na medida em que a invulnerabilidade corresponde à capacidade que o indivíduo tem, ou adquire, de alcançar e manter um equilíbrio harmonioso entre as solicitações e recursos do meio externo e as necessidades e especificidades do meio interno, a par da capacidade para se adaptar, flexivelmente, à mudança. Esta invulnerabilidade poderá estar relacionada com competências de realização inatas ou adquiridas mas não é absoluta, sendo fundamental ter em conta o contexto ambiental para se poder fazer uma previsão da sua durabilidade.

Pode-se verificar que o conceito de vulnerabilidade, bem como o de invulnerabilidade, está longe de ter uma definição universal, já que esta característica só é verificável ao longo do desenvolvimento de um indivíduo. No

entanto os estudos efectuados por diversos autores apontam para que a vulnerabilidade resulte fundamentalmente da interdependência de factores intrínsecos, internos ao próprio indivíduo, e o estilo de relação objectal constituída, e vivenciada, com as figuras prestadoras de cuidados na primeira infância. Parece-nos que o estilo de vinculação adoptado posteriormente com outros objectos de referência ao longo da vida poderá, de igual modo, influenciar de forma marcada a continuidade, ou não, da existência de vulnerabilidade num indivíduo.

Apesar de existirem variações na forma como se pode conceptualizar os termos de vulnerabilidade/invulnerabilidade, é do âmbito geral que quanto maior o risco a que um indivíduo é exposto, maior a probabilidade deste manifestar vulnerabilidade a distúrbios psicológicos. No entanto, existem situações em que tal não acontece, parecendo não obedecerem a esta "lei".

Paradoxos entre o Risco e a Vulnerabilidade

As crianças estão sujeitas a riscos muito diferentes, a todos os níveis. Existe, por exemplo, uma desigualdade evidente nos tipos de risco a que uma criança de um país desenvolvido e uma de um país do terceiro mundo está sujeita.

Por outro lado, duas crianças vindas da mesma linhagem, do mesmo útero, do mesmo meio, seja ele propício ou não, podem acabar de formas muito distintas. Uma pode ficar perturbada psicologicamente e a outra "desabrochar" (evoluir). Por outras palavras, a exposição ao risco não é condição única para o surgimento de distúrbios psíquicos. A vulnerabilidade e a noção de controlo também assumem um papel muito importante na determinação de respostas face ao stress.

Se relacionarmos o alto e baixo risco com a alta e baixa vulnerabilidade, e correlacionarmos estas duas variáveis com a propensão para a doença, chega-se às seguintes hipóteses:

- Quando alto risco é associado com alta vulnerabilidade, a propensão para a doença é alta.
- O baixo risco associado a baixa vulnerabilidade é característico do “controle normal”, em que não se prediria o desenvolvimento de doença.
- A síndrome de invulnerabilidade está associada com a coexistência de alto risco e baixa vulnerabilidade.

Por outras palavras, condições de baixo risco podem criar falsas expectativas no sentido de a criança ser invulnerável, mas ser apenas considerada como tal, uma vez que nunca foi testada ou tentada pela experiência.

Deste modo, o risco e a vulnerabilidade parecem constituir-se como elementos básicos da resistência da personalidade de cada um e, portanto, fazem parte da condição humana. No entanto, por mais que se tente diminuir os riscos que existem ao longo do desenvolvimento, os aspectos genéticos da vulnerabilidade podem limitar a nossa capacidade de atingir melhores resultados.

A vulnerabilidade apresenta-se como um conceito de grande complexidade, sendo necessário a teorização e construção de um modelo que permita o seu estudo de forma aprofundada.

Proposta para um modelo de Vulnerabilidade

Wertheim (1982), propõe a criação de um modelo de desenvolvimento psicossocial que possibilite a leitura e compreensão de dados e forneça as bases para um modelo de vulnerabilidade. Este modelo de Desenvolvimento Psicossocial (**modelo D**) teria uma origem desenvolvimental (**modelo V**) e seria influenciado por pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas bem como por conceitos piagetianos e evolucionistas.

Todos estes modelos (e focando-nos no modelo D) surgem num enquadramento temporal que tem em conta três níveis:

- Situacional

Está relacionado com as interações e vivências do dia-a-dia de todas os indivíduos. Os estudos nesta área sustentam a existência de uma organização do funcionamento precoce, de capacidades do Eu ainda no recém-nascido e a ocorrência de uma regulação entre a criança e o sistema responsável por ela. Esta regulação seria capaz de conduzir ao estabelecimento de um sistema transaccional gerido por regras específicas e tendo por base uma retroação contínua e interpessoal.

- Ontogénico

Tem em consideração toda a história desenvolvimental de um ser, o seu ciclo de vida. Centra-se na história transaccional de cada pessoa, considerada como fundamental independentemente da importância que também têm as diferenças individuais.

O desenvolvimento precoce é adaptativo e organizado, sendo que, em condições favoráveis, o meio prestador de cuidados facilita e potencializa a adaptação recíproca na medida em que se adapta ao comportamento da criança, mostrando assim o papel dos processos que regulam as relações intra e inter-pessoais. Este estilo de desenvolvimento ocorre ao longo de todo o ciclo de vida de um indivíduo, sendo que para que este se dê é necessário estabilidade mas também mudanças. Cada vez que surgem mudanças, seja a que nível for, são necessárias adaptações e ajustamentos para que se possa atingir novo equilíbrio.

O comportamento de uma criança tem uma motivação intrínseca e tem de ser tido em conta uma vez que tem repercussões na maneira como a sucessão de renegociações ocorre entre ela e os outros (mãe/pai). Deste modo, pode-se considerar que os desequilíbrios, experienciados no sistema mãe-criança, que conduzem ao desenvolvimento, estão inicialmente associados a estados de sentimentos negativos que impulsionam qualquer um dos elementos do sistema, ou mesmo ambos, à procura de um novo equilíbrio transaccional. É com o atingir deste novo equilíbrio que se instala no sistema um sentimento positivo.

- Filogenético

Está relacionado com o historial hereditário do ser humano, isto é, com tudo aquilo que o define, caracteriza e diferencia enquanto espécie. Num sentido mais restrito, este nível está associado à questão da existência ou não de genótipos de comportamentos formais intrínsecos à espécie e que fixem limites nas variações fenotípicas, incluindo, naturalmente os fenótipos culturalmente diferentes dos sistemas mãe-criança.

Para que uma criança se torne um ser humano, esta deve experimentar um primeiro período, relativamente prolongado e formalmente definido, de aprendizagem psico-social própria da espécie. É este período que permite que a criança se ajuste ao seu mundo específico.

Modelo V – modelo de Vulnerabilidade de origem desenvolvimental

Tendo em conta o **modelo D**, é possível conceptualizar a vulnerabilidade enquanto desvio estrutural, e/ou funcional, dos processos transaccionais normativos, num ou múltiplos domínios transaccionais.

Uma análise integral do sistema relativamente aos seus três domínios transaccionais permite traçar uma matriz reveladora dos objectivos fundamentais e dos padrões de organização transaccional e de regulação em diversos domínios, entre eles e em todo o sistema. Deste modo, é possível definir as propriedades multi-causais deste modelo.

Esta matriz causal, uma vez definida, apresenta um nível de complexidade variável no qual os três níveis temporais aparecem simultaneamente, contribuindo cada um deles com o seu próprio padrão de mudança. O nível filogenético está associado aos objectivos e bases de origem biológica próprios da espécie, possibilitando a adaptação ao meio e, ao mesmo tempo, uma evolução da mesma. Relativamente ao nível ontogenético, a mudança é determinada pela história de um sistema transaccional e pelo impacto da alteração de objectivos, meios e constrangimentos culturais. Este nível pode

influenciar, de um modo directo, o nível situacional. Tal acontece quando ocorrem interacções entre as tendências e mudanças culturais, e os objectivos, meios e constrangimentos pessoais na vida familiar quotidiana, ou ainda em outras transacções institucionais relevantes.

Visto estas mudanças poderem apresentar repercussões diferentes nos diversos sistemas em que um indivíduo se encontra inserido, torna-se complicada a previsão do impacto ao nível da vulnerabilidade. Desta forma, torna-se indispensável investigar para melhor perceber os processos através dos quais a vulnerabilidade e/ou invulnerabilidade individuais estão relacionadas com a família e sistemas sociais dos quais um indivíduo faz parte.

Por outras palavras, para que se possa prevenir a vulnerabilidade é necessário descobrir as leis bio-sociais que governam estes processos. Se partirmos do pressuposto que o modelo desenvolvimental é válido, pode-se considerar que os seis primeiros meses de vida são de fulcral importância no que diz respeito à prevenção na medida em que é neles que se encontram os alicerces para a transformação de “pequeno homem” num “ser humano”, (Wertheim, 1982).

Os contributos de Wertheim no que se refere à construção de um modelo sobre a vulnerabilidade, apresentam um cariz fundamentalmente teórico. Solnit (1982) vem dar especial relevância a questões de ordem prática, no que se refere à criação de estratégias e formas de intervenção.

Segundo Solnit (1982), ao pensar a vulnerabilidade no decorrer do desenvolvimento é fundamental ter em conta que este desenvolvimento pressupõe mudanças e que estas comportam risco, quer de progressão quer de regressão. O risco psicológico é determinado por múltiplos factores, sendo uma situação que reflecte a complexidade de qualquer indivíduo em interacção com o seu meio ambiente.

Podemos definir a saúde mental como resultante de um desenvolvimento continuado e progressivo do indivíduo, inserido num contexto familiar e comunitário, com o objectivo de atingir um equilíbrio entre a satisfação das

necessidades e desejos individuais e o sentimento de pertença a essa mesma rede familiar e social. Ao longo deste desenvolvimento podem ocorrer movimentos regressivos que não implicam necessariamente patologia. Estes movimentos podem representar um tempo de preparação para a procura de recursos que possibilitem vivenciar algumas situações.

O sentimento de pertença a um grupo, família, comunidade, é essencial ao longo do desenvolvimento uma vez que potencializam um sentimento de identidade individual e de grupo, com incremento de uma maior auto-estima e consideração pelo outro.

Para Solnit (1982) é fundamental salientar que não faz sentido procurar causas isoladas para o surgimento de distúrbios dado que tanto o meio ambiente como a hereditariedade estão sempre presentes e marcam uma criança de forma única.

Ao tomar em consideração o domínio prático desta reflexão, Solnit (1982) considera a existência de questões, que no seu entender, são responsáveis pelo impedimento de um bom serviço às crianças como sendo:

- O papel ocupado pela criança na cultura ocidental, que é colocado com frequência em segundo plano, atendendo as necessidades dos adultos.
- A tendência generalizada para simplificar as questões desenvolvimentais na criança, dado a sua complexidade. É assim necessário a construção de instrumentos bem como uma investigação aprofundada que permita perceber a real amplitude do problema
- A dificuldade em formar profissionais qualificados para a intervenção multidisciplinar nas diversas perspectivas deste problema.

Desta forma, o autor defende como fundamental um investimento sério numa formação técnica que possibilite:

- Observação e compreensão do desenvolvimento normal da criança nas diferentes faixas etárias,

- O despiste das crianças vulneráveis e suas capacidades para lidar com as situações de risco,
- O delineamento de estratégias de prevenção e intervenção, centradas no trabalho com a família e comunidade, com o objectivo de proporcionar um fortalecimento das crianças maltratadas/carenciadas e
- Utilizar um modelo de trabalho interdisciplinar, para que possa ser criada uma rede de suporte diversificada para estas crianças.

Com esta proposta Solnit (1982) propõe uma abordagem que tenha em atenção uma perspectiva geral do problema mas também incisão nas áreas mais específicas, procurando uma compreensão do todo e das partes.

Os contributos de Wertheim (1982) e de Solnit (1982) permitem constatar a complexidade da criação de modelos e técnicas de intervenção ao nível da prevenção da saúde mental. O modelo de vulnerabilidade proposto por Wertheim (1982) pressupõe a existência de três níveis temporais distintos mas em estreita relação, sendo necessário tê-los em conta para se poder fazer uma previsão com algum rigor. Para além desta dificuldade, a criação de instrumentos que permitam a medição destes níveis, assim como as diversas variáveis que lhes estão subjacentes, tem-se revelado de difícil operacionalização. Por sua vez, Solnit (1982) faz uma reflexão sobre as dificuldades práticas reais subjacentes a uma intervenção neste campo. Existem, portanto, dificuldades de ordem teórica e prática que, uma vez tidas em conta talvez possam permitir a criação de um modelo teórico e consequente(s) intervenção(ões) mais viáveis e efectivas.

Uma reflexão sobre os termos vulnerabilidade/invulnerabilidade, apesar de fundamental, não é suficiente para se compreender as situações de desenvolvimento saudável/patológico. Na verdade, um indivíduo pode ser vulnerável a determinada experiência e posteriormente parecer invulnerável à mesma situação, como se não existissem sequelas significativas resultantes. É como se o indivíduo ganhasse **resiliência** face aos acontecimentos vividos.

Conceito de Resiliência

O termo resiliência tem origem na Física e corresponde à capacidade de resistência ao choque de um material; à energia necessária, por unidade de volume, para deformar um corpo elástico até ao seu limite de elasticidade. Posteriormente este conceito foi adoptado em Psicologia por vários autores, com diferentes perspectivas.

Tomkiewicz (2001), considera fundamental uma classificação consensual do termo “**resiliência**” e propõe que se considere um indivíduo resiliente quando este, apesar das adversidades do quotidiano, apresenta um estado de saúde mental definido pela OMS como um estado de bem-estar físico, social e psicológico.

Uma vez que ainda não existem traços objectivos que nos permitam fazer um “diagnóstico”, torna-se muito difícil conseguir definir o retrato de uma criança resiliente. Apenas é possível aceder a traços psicológicos de carácter subjectivo porque estes são inevitavelmente marcados pelo observador em questão. A discussão sobre a origem destes traços psicológicos, ou factores de resiliência, é feita essencialmente por duas linhas teóricas: a psicológica, de orientação analítica, e a psicobiológica.

A vertente psicobiológica enfatiza uma base genética e biológica e considera a ocorrência de inscrição cerebral das respostas de um indivíduo. Esta perspectiva tem sido criticada como redutora uma vez que actualmente se tem conhecimento da plasticidade das conexões sinápticas e, como tal, torna-se difícil fundamentar posições fixistas.

Já a vertente psicológica, de orientação analítica, dá especial relevo à actuação complementar do biológico e do ambiental. Os aspectos biológicos referem uma base genética que fornece, possivelmente, os elementos psicobiológicos que influenciam a forma como a criança responde ao ambiente. Todavia, estas reacções inscrevem-se cerebralmente de maneira subtil e reversível.

Os aspectos ambientais desta vertente consideram a variabilidade do desenvolvimento da criança consoante as contingências do quotidiano. Por consequência, a resiliência de uma criança dependerá da inter-relação entre o meio que a rodeia e o seu potencial biológico. O desenvolvimento da capacidade de resiliência está intrinsecamente associado a um meio afectivamente rico e estimulante.

Duyme et al. (1999, cit por Tomkiewicz 2001) apresentaram estudos em que demonstram que, apesar da importância dos primeiros anos de vida, o desenvolvimento futuro de um indivíduo não fica imutavelmente definido. De facto, se a situação de falta, privação ou carência for colmatada ou, pelo menos esbatida, poder-se-á verificar alterações positivas no desenvolvimento deste indivíduo, inicialmente carenciado.

Para Tomkiewicz (2001), é possível definir três ordens de categorias de factores que influenciam a capacidade de resiliência de um indivíduo:

- Factores inatos – estreitamente associados a factores genéticos e à evolução no meio intra-uterino.
- Factores precedentes à situação de stress – nomeadamente no que se refere ao lugar ocupado na fratria, ao meio familiar e às relações privilegiadas e estabelecidas com um adulto.
- Factores posteriores ao traumatismo – como sendo o nível de coesão ou desestruturação familiar, ambiente psicossocial, conjuntura económica do país, etc.

A capacidade de resiliência tem características muito específicas:

- A resiliência varia ao longo do desenvolvimento do mesmo indivíduo e, como tal, não é uma qualidade com carácter permanente ou imutável.
- Não é por se ser resiliente a uma conjectura própria de factores que se é ou continua a ser se outra conjectura estiver presente. Assim a resiliência não é uma qualidade que abranja todos os domínios.
- A resiliência pode ter uma leitura a diversos níveis: individual, familiar ou mesmo comunitária.

- A resiliência é uma qualidade única para cada indivíduo na medida em que uma mesma situação pode constituir um factor de risco ou de protecção, consoante fragilize ou fortaleça um indivíduo.

Estudos realizados por Fonagy et al. (1994, cit. por Tomkiewicz 2001) e corroborados pela corrente psicanalítica, efectuados com mães que tinham sido sujeitas a privações e carências extremas, demonstram que a resiliência é fortemente determinada pela capacidade de "mentalização", ou seja, pela facilidade do indivíduo em pensar, verbalizar e imaginar os seus conflitos intrapsíquicos. Estas mães, com maior capacidade *insight*, eram capazes de quebrar este círculo e tornar-se mães suficientes boas.

Diversos autores associam a resiliência à capacidade de não surgimento de uma perturbação de stress pós-traumática. No entanto, a prática clínica demonstra que é mais facilmente ultrapassado um stress que tenha um carácter agudo, violento e até brutal do que um trauma quotidiano, que se prolongue indefinidamente no tempo, mesmo que de fraca intensidade, o que vai ao encontro, mais uma vez, da definição do conceito de trauma cumulativo de Khan (1963).

Apesar da perspectiva americana considerar o conceito de resiliência associado a uma definição objectiva, observável e mesurável, e por isso comportamental, o autor alerta para o perigo de se cair numa visão redutora do termo uma vez que, assim sendo, todo o sofrimento não observável é ignorado.

Tomkiewicz (2001) chama atenção para algumas questões que se podem levantar neste domínio:

- Os fundamentos tardios dos indivíduos considerados de "resilientes" tornam-se incompreensíveis se não for tomado em conta o mundo intra-psíquico.
- Não existe um paralelismo entre a intensidade do sofrimento intra-psíquico e o grau de resiliência, no sentido adaptativo do termo.

- A resiliência é muito mais que uma característica de um indivíduo, dependendo de tudo aquilo com que este se confronta ao longo do seu desenvolvimento.

Esta perspectiva do termo resiliência acaba por se confundir com o conceito de invulnerabilidade, na medida em que considera que, apesar de poder existir um meio desfavorável, o indivíduo apresenta-se saudável tanto ao nível físico como psicológico. No entanto, chama a atenção para o perigo da realização de diagnósticos superficiais que não tenham em linha de conta o sofrimento não visível.

De acordo com Cyrulnik (2001) o conceito de resiliência é completamente distinto do conceito de invulnerabilidade na medida em que “à cicatrização da ferida real, acrescentar-se-á a metamorfose da representação da ferida”. No entanto a cicatriz nunca se pode tomar como garantida, ela permanece como uma falha no desenvolvimento da personalidade, podendo alterar-se a cada nova situação traumática.

Segundo o autor, no decorrer do desenvolvimento de uma criança é indispensável a existência de protectores desse mesmo desenvolvimento. Tal processo inicia-se, habitualmente, ainda antes do nascimento do bebé, a partir das representações da mãe, que envolvem o feto “numa determinada atmosfera psíquica”. Para este autor, somente um terço das gravidezes decorrem num ambiente saudável, as restantes são assombradas por problemas emocionais, uma qualquer patologia, ou por angústias, que envolvem o bebé num ambiente mais ou menos perturbado. São as inter-relações entre o bebé e os pais que poderão ou não servir de motor ao seu desenvolvimento.

Para Cyrulnik (2001) “a vinculação à mãe processa-se em condições seguras em 65% dos casos, no entanto, em 5% dos casos é desorganizada provocando assim um desregramento desestruturante para a criança”.

Ao longo do desenvolvimento da criança podem surgir acontecimentos desorganizantes que colocam em risco as dimensões biológicas, emocionais ou históricas do psiquismo. No entanto, a presença de um trauma não implica necessariamente uma falha sem solução. De facto, a resiliência é sempre possível se a criança tiver ou encontrar “um objecto que para si tenha significado” (Cyrulnik, 2001).

Assim, as implicações do trauma dependem em grande medida da idade do sujeito bem como das vinculações existentes e/ou das redes institucionalizadas ou afectivas.

A reacção a um trauma pode ser avaliada fundamentalmente tendo em atenção a aquisição ou não de recursos internos, a existência ou não de objectos significativos, onde se possa conseguir suporte, e a forma como o próprio trauma é assimilado.

De acordo com Cyrulnik (2001), a resiliência é um processo em que “não é a criança que é anuladora, mas a sua evolução, tal como a vingança contra a sociedade ou a identificação com a sua própria tragédia que se torna então um modelo de desenvolvimento e de reprodução. Pelo contrário, a intelectualização, o humor, o empenho social e a criatividade são as vias reais que transformam o trauma em ressurreição e em emancipação em relação ao sofrimento infligido transformado assim num novo sentimento positivo”.

Assim, embora um indivíduo possa ser resiliente a um trauma vivido, não o esquece, passa antes a pensar nesse trauma de uma forma mais suportável.

O autor considera que para se fazer um estudo sobre resiliência deve-se ter sempre em consideração três aspectos basilares:

- Os recursos internos adquiridos no decorrer das interacções precoces ainda pré-verbais, que acabam por influenciar de forma decisiva a maneira de reagir e o estilo de temperamento “perante as agressões da existência”, podem constituir uma mais valia, ou não, enquanto suporte de desenvolvimento;

- “A estrutura da agressão explica os danos da primeira pancada, a ferida ou a carência. Porém, é o significado que esta pancada tomará mais tarde na história do ser vivo e no contexto familiar e social que explicará os efeitos devastadores da segunda pancada, aquela que provoca o traumatismo”;
- Por fim, a existência de meios bem como de objectos substitutivos de qualidade em redor do indivíduo possibilita “os suportes da resiliência que lhe permitirão reiniciar um desenvolvimento transformado pela ferida”.

A diversidade dos traumatismos depende do temperamento pessoal do indivíduo, da significação cultural dada à situação traumática e do apoio social disponível. Partindo do pressuposto de que o temperamento teve como base uma vinculação segura, a criança detentora desse temperamento, em situações adversas, terá capacidade de procurar um objecto substitutivo eficaz.

Quando surge uma situação traumática, que implica sofrimento, “o trabalho da memória permite utilizar o passado para impregnar a marca do imaginário a fim de tornar suportável o real presente” (Cyrułnik, 2001).

O trabalho de resiliência tem subjacente um alheamento emocional resultante de diferentes mecanismos de defesa como a negação, o isolamento afectivo, a fuga para a frente, a intelectualização e a criatividade. São estes mecanismos que permitem que o indivíduo arranje estratégias para continuar a viver em relação, com frequência tornando-se mais humano. No entanto o traumatismo vivenciado deixa sempre a sua marca no desenvolvimento do indivíduo, seja ela qual for. A diferença reside no facto de que uma pessoa resiliente consegue perceber essa marca de uma forma que permite que a sua existência seja tolerável.

O autor define, deste modo, a resiliência como “um processo, de um conjunto de fenómenos harmonizados em que o sujeito penetra dentro de um contexto afectivo, social e cultural. A resiliência é a arte de navegar nas torrentes. Um trauma empurrou o agredido numa direcção para onde gostaria de não ter ido mas, visto que caiu numa vaga que o enrola e o leva para uma cascata de

modificações, o resiliente tem que fazer apelo aos recursos interiores impregnados na sua memória, tem de lutar para não se deixar arrastar pelo declive natural dos traumatismos que o fazem cansar-se de lutar, de agressão em agressão, até que uma mão estendida lhe ofereça um recurso exterior, uma instituição social ou cultural que lhe permita sair da situação” (Cyrulnik, 2001).

A resiliência não é uma qualidade inata ou característica interna de um indivíduo, ou seja, não é tanto a criança que é resiliente mas antes a sua história e desenvolvimento.

Se forem tidos em conta os contributos de Tomkiewicz (2001) e de Cyrulnik (2001), verifica-se que o conceito de resiliência não é percebido da mesma forma por diversos autores. Do nosso ponto de vista, a resiliência para Tomkiewicz é um conceito mais próximo do conceito de invulnerabilidade, descrito anteriormente. Não há uma preocupação clara de distinção dos termos, sendo que se podem mesmo considerar como praticamente idênticos. Este autor faz ainda uma revisão das perspectivas das principais vertentes que teorizam sobre este conceito, demonstrando mais uma vez as diferentes concepções, e alerta para a necessidade de uma definição abrangente, que tenha em linha de conta os variados contributos. Com Cyrulnik verifica-se uma evidente necessidade de distinção entre os termos resiliência e invulnerabilidade, sendo que a resiliência corresponderia mais a uma característica do desenvolvimento de um indivíduo do que propriamente a uma característica interna a um sujeito.

Reflexão Teórica

Com base nos contributos atrás descritos, apresentamos um quadro que procura resumir alguns conceitos fundamentais para o avanço e aprofundamento da prevenção da doença mental.

Conceito	Autor(es)	Descrição
Trauma	<i>Fenichel</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Resulta da incapacidade do Ego para reagir a um aumento de tensão interna contendo uma significação interna, sendo que o Ego selecciona e organiza a excitação resultante de estímulos através de uma previsão, na fantasia, do que pode acontecer e da conseqüente preparação para o futuro. Deste modo, a probabilidade de uma situação ser vivida como traumática aumenta com a imprevisibilidade da mesma.
	<i>Freud</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Considera a existência de um “sistema para-excitatório”, concebido como um filtro passivo de excitações. Este sistema funcionaria como uma barreira que apenas permitiria a passagem das energias proporcionais à capacidade do mesmo. O trauma resultaria de uma incapacidade do sistema para-excitatório de filtrar as energias.
	<i>Khan</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Introduce o conceito de trauma cumulativo, referindo-se às situações em que falhas da função materna, enquanto escudo protector, ocorrem de forma significativamente frequente e apresentam uma cadência que leva à construção de um modelo-padrão. Este modelo conduziria à integração de ideias preconcebidas no psico-soma da criança, ideias estas que não podendo ser eliminadas, formariam um núcleo de reacções patogénicas.
Risco	<i>Anthony</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforça a necessidade do conceito de risco ser teorizado tendo em conta a sua complexidade, pois se não fosse assim perder-se-ia a essência do termo. O risco corresponderia à interacção entre o meio ambiente e o indivíduo, sendo que o autor dá especial relevo aos factores constitutivos internos do indivíduo.
	<i>Sameroff</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona a viabilidade de se fazer previsões sobre o surgimento de comportamentos desviantes ao longo do desenvolvimento de um indivíduo. Ou seja, se é possível estimar o risco do

Resiliência	<i>Cyrulnik</i>	emocional, resultante de mecanismos de defesa. Para o autor, a resiliência não é uma qualidade inata ou característica interna de um indivíduo. Não é a criança que é resiliente mas antes a sua história.
--------------------	-----------------	--

É possível verificar que diversos autores expõem perspectivas variadas dos mesmos conceitos, ou mesmo concepções semelhantes para termos diferentes. Deste modo, tendo em conta os contributos anteriormente descritos, optou-se por apresentar uma definição destes conceitos, após se ter feito uma reflexão sobre os mesmos, de modo a clarificar a forma como foram tidos em conta na concepção do presente estudo.

- **Trauma:** resulta de uma incapacidade, por parte do indivíduo em causa, para elaborar experiências com uma intensidade superior à capacidade do seu sistema de (inter)relações; sendo que uma situação é tanto mais traumática quanto mais imprevisível se apresente para o indivíduo. Por outro lado, falhas consistentes no sistema relacional a um nível muito precoce, mesmo que de pequena intensidade, podem constituir-se como traumáticas.
- **Risco:** Resulta da interacção entre factores constitucionais do indivíduo e factores ambientais, sendo que tende a aumentar com a presença de fragilidades a qualquer um destes dois níveis.
- **Vulnerabilidade/Invulnerabilidade:** Optou-se por considerar que a invulnerabilidade não existe quando ocorre vulnerabilidade. A vulnerabilidade/invulnerabilidade resulta da inter-relação de factores internos, constitutivos do indivíduo, e factores ambientais do meio em que se encontra. É determinada, em grande medida, pelo estilo de relação existente entre o padrão individual do sujeito e o estilo de relações estabelecido na infância sendo, deste modo, fulcral a saúde mental da mãe. A invulnerabilidade verifica-se quando está presente harmonia entre o meio interno e externo e a capacidade do indivíduo se adaptar flexivelmente à mudança. Está estreitamente relacionada com a auto-confiança, a par da confiança que o próprio indivíduo sente que os outros têm nele mesmo.

- **Resiliência:** A resiliência é uma característica do desenvolvimento do indivíduo que não abrange todos os domínios, ou seja, um indivíduo pode manifestar-se resiliente a certos acontecimentos e não a outros. Pressupõe a existência de situações adversas e a disponibilidade de capacidades que possibilitem a flexibilidade e a adaptação do sujeito às situações. Não corresponde a uma invulnerabilidade aos acontecimentos traumáticos em si, mas antes a uma elaboração e uma integração dos afectos e sentimentos resultantes. Está muito dependente do conjunto de defesas disponíveis e estreitamente relacionada com a capacidade de *insight* do indivíduo.

Tendo em conta os quadros atrás apresentados é possível verificar a importância dada às características internas de cada indivíduo e, simultaneamente, às características do meio ambiente em que o sujeito em questão se encontra inserido.

Anthony chama a atenção para a importância do estudo do indivíduo enquanto membro integrante de uma família, sendo este o produto de características individuais associadas a "moldagens" provocadas pelo meio. Naturalmente estas "moldagens" resultam de interacções com os outros, tomando maior relevância e influência no ambiente familiar. Também o indivíduo, porque autónomo, provoca com as suas mudanças resultantes do desenvolvimento, alterações ao nível familiar e, como tal, ao nível individual de cada elemento da família – são mudanças com um carácter transformador e recíproco.

O conceito de vulnerabilidade e de invulnerabilidade psicológica não se pode dissociar da noção de risco. Ou seja, todo o indivíduo apresenta um grau de vulnerabilidade, maior ou menor, a situações de risco. Essa vulnerabilidade é resultante de características congénitas e hereditárias, mas também da qualidade de relação primária que o indivíduo teve. Torna-se fundamental que a criança possa sentir confiança no meio que a rodeia e que acreditem na sua capacidade e competência para lidar com situações novas, muitas vezes desagradáveis.

Este grau de "vulnerabilidade" é, quanto a nós, específico de cada indivíduo. Depende da qualidade de relação que estabelece com as figuras parentais, mas também resulta da sua personalidade, de características próprias, que não podem ser, de forma alguma negligenciadas.

O diagnóstico de vulnerabilidade potencializa a existência de risco. Se existe risco de algo suceder, a presença de vulnerabilidade actua como um factor que aumenta a probabilidade desse mesmo risco se vir a concretizar. Assim, parece de fundamental importância a ideia que os pais da criança vulnerável sejam ensinados, desde muito cedo, a não a colocarem em situações de risco, isto porque tal situação pode conduzir à perda de confiança que ela tem em si própria.

Desta forma torna-se necessário aprofundar e operacionalizar o conceito de risco para que seja possível fazer prevenção.

Com este objectivo, começaremos por desenvolver alguns conceitos que nos parecem estar estreitamente ligados à noção de risco, como sendo a noção **vinculação**.

Bowlby desenvolve o conceito de **vinculação** na sua obra "Apego" (2002) sendo que o mesmo resulta inicialmente, da activação de um conjunto de sistemas comportamentais com um carácter instintivo, que conduzem ao estabelecimento de uma relação privilegiada de um bebé, com uma figura cuidadora. Esta activação de sistemas comportamentais tem como último objectivo a proximidade da mãe e, como tal, a sobrevivência da criança.

Bowlby (1969, 1973 cit. por Veríssimo, Monteiro & Santos, 2006) argumenta ainda que o facto do bebé estabelecer uma relação afectiva e contínua com uma figura cuidadora impulsiona a saúde mental e o bem-estar na vida.

De facto, uma das componentes básicas do ser humano reside em nascer já preparado para estabelecer laços emocionais com figuras privilegiadas. Esta característica prolongar-se-á por toda a vida (Bowlby, 1989-b cit. por Reis,

2001). *“Cada ser humano terá, então, a tendência para se vincular a outro, sendo que esse processo, o apego ou vinculação (attachment) (Bowlby, 1989-a), possui uma função biológica, de procura de suporte e protecção, na medida em que esse outro está mais apto a lidar com o mundo”* (Reis, 2001).

Vários estudos apontam para que a qualidade de relação de vinculação estabelecida com as figuras parentais tem implicações na forma como o indivíduo conceptualiza e raciocina sobre o mundo social ao longo de toda a sua vida (Veríssimo, Monteiro, Vaughn & Santos, 2003; Veríssimo, Monteiro & Santos, 2006).

Esta visão acaba, no entanto, por ter um enfoque unidireccional, na medida em que se centraliza nos movimentos comportamentais e emocionais do bebé em relação à figura cuidadora.

No entanto, consideramos que esta visão de vinculação pode e deve ser ampliada, com a adopção de uma perspectiva **bidireccional**. Ou seja, por um lado ter em conta os movimentos do bebé em relação à mãe e por outro, valorizar e ter em atenção os movimentos comportamentais e emocionais que ocorrem na mãe e que se dirigem ou estão relacionados com o bebé. Assim, levando o conceito até uma operacionalização mais dinâmica, talvez possamos considerar a vinculação como um “processo de adaptabilidades evolutivas recíprocas” (Bowlby, 2002).

A vinculação não está obrigatoriamente associada ao conceito de dependência, iniciando-se desde a concepção do bebé, ainda antes do nascimento. Na realidade consideramos, com José Carlos Coelho Rosa (1999), que a vinculação do bebé, mais do que dirigir-se a um objecto, é uma vinculação à vida, o que permite que se possa compreender porque em situações tão adversas o bebé possa sobreviver. Naturalmente, será tanto mais intensa quanto mais a mãe for adequada. Quando tal acontece, não é apenas o bebé que se vincula à mãe, é também a mãe que se vincula ao bebé. Assim sendo, a vinculação é um **processo recíproco** que permite uma inter-adaptabilidade

entre a mãe e o bebê e que faz com que a satisfação de um seja condição necessária ao prazer do outro.

O processo por excelência pelo qual ocorre a vinculação é a **relação de objecto**. É através da relação de objecto, da relação com o "outro", que é possibilitado ao bebê o experimentar vivências diferentes. É o conjunto de vivências adquiridas a partir da relação de objecto que permite criar uma rede de experiências que se constitui como aparelho para elaborar a dor.

Apesar de conceitos distintos, e do esforço realizado para os analisar separadamente, vinculação e relação de objecto encontram-se estreitamente associados uma vez que cada um é potencializado pela existência do outro. "Os psicanalistas da genética descrevem a relação objectal como a consequência de um vínculo evolutivo entre a criança e a sua mãe" (Soulé & Lebovicci, 1980). Uma vez que neste estudo se considera que a vinculação não implica dependência, embora esta com frequência exista, parece relevante que a noção de **autonomia** seja aprofundada para uma melhor compreensão do desta linha de pensamento.

Segundo Pérez-Sánchez e Chbani (1998) o conceito de **autonomia** está directamente relacionado com o conceito desenvolvido por Bion, a partir de Kant, de **pré-concepção**. A autonomia refere-se aqui à realização de uma pré-concepção e, como tal, a uma capacidade humana não adquirida, tal como o chorar, o chupar, o sorrir, o defecar.

Nas palavras de Pérez-Sánchez e Chbani (1998) a autonomia é "energia pessoal não adquirida, radioactiva, no sentido de que cada vez que a autonomia não se pode expressar, cada vez que uma pré-concepção não encontra realização, observamos efeitos desarmónicos em diferentes níveis, até chegarmos à perturbação grave. Isto permite-nos afirmar que o desenvolvimento é fruto da atenção à auto-nomia de cada um."

Neste contexto, é porque existe a autonomia que é possível a criação de um espaço para pensar "o que o bebê dá à família, através das suas pré-

concepções de pai e mãe. Descobre-se, assim, um espaço para pensar a necessidade que cada um dos elementos da família tem deste bebé" (Pérez-Sánchez & Chbani, 1998).

No nosso ponto de vista a noção de **autonomia** resulta da activação de um conjunto de sistemas comportamentais *intencionais*, embora *inconscientes*, que qualquer ser vivo tem e que lhe permite influenciar o exterior de forma a alcançar um maior bem-estar ou prazer.

O bebé é autónomo porque desde sempre, ainda no útero materno, é constituído por este tipo de sistemas comportamentais que lhe conferem a capacidade de intervir sobre o meio que o rodeia, de forma intencional, ainda que não consciente (Sá, 2004; Reis, 2001; Piontelli, 1995; Sousa, 2004).

Assim, deixa de fazer sentido a visão uni-direccional mãe-bebé, passando a autonomia a ser trabalhada de uma forma mais abrangente, completa e recíproca. Ou seja, o enfoque é alargado não apenas à necessidade que o bebé tem dos objectos parentais mas também à necessidade que os pais têm do bebé. A vinculação estabelece-se porque existe autonomia e, ao mesmo tempo, se esta vinculação for saudável permite uma expansão, uma potencialização, da própria autonomia em questão.

Retomando o conceito de risco de doença mental, consideramos que este é directamente proporcional à vulnerabilidade do indivíduo, sendo que esta vulnerabilidade é considerada uma característica em grande parte constitutiva do indivíduo e inata, porque presente no nascimento. Por outro lado, a vulnerabilidade varia e resulta da exposição das competências do feto a solicitações mais ou menos anómalas, mas continuadas, a que a mãe o sujeita *in útero* e pós nascimento.

Assim, a vulnerabilidade e o risco de doença mental resultam do estilo de vinculação estabelecido, sendo que quanto mais insegura e insatisfatória a vinculação, maior a vulnerabilidade e o risco. Deste modo, uma maior vulnerabilidade implica dificuldades de vinculação ainda *in útero*.

Por outro lado, quanto maior a vulnerabilidade de um indivíduo mais difícil e comprometida se torna a vinculação.

Considera-se então este processo não de uma forma causal mas antes de forma recíproca. Ou seja, a qualidade de vinculação influencia e potencializa uma maior ou menor vulnerabilidade que, por sua vez, afecta de forma marcada o estilo de vinculação que se estabelece.

Podemos partir do pressuposto de que o **risco** resulta do estilo de relação estabelecido, da qualidade de vinculação resultante e da forma como as diversas experiências foram vivenciadas.

O **risco**, visto estar directamente relacionado com a rede de experiências alcançada, resulta da maior ou menor capacidade que o bebé adquiriu para lidar com as situações que estão na origem da dor mental.

Podendo estimar o risco, a vulnerabilidade e o índice de recursos de saúde é possível fazer uma previsão sobre o desenvolvimento psicológico do indivíduo e, conseqüentemente, prevenção.

Adaptações maternas na gravidez e pós-parto

A saúde mental de um indivíduo depende, em larga medida, do risco a que este está sujeito, da vulnerabilidade que manifesta face às diferentes situações que experiencia ao longo do seu desenvolvimento e da sua capacidade de resiliência, uma vez confrontado com uma situação vivenciada como traumática. Essa vulnerabilidade e risco tendem a diminuir com o estabelecimento de estilos de relações de objecto satisfatórias e respeitadoras da autonomia de cada elemento da relação bem como da qualidade da consequente vinculação estabelecida.

Neste sentido, este capítulo procura aprofundar as condições primordiais subjacentes ao estabelecimento da relação primária de um indivíduo, desde a sua concepção até ao nascimento, fazendo referência a alguns dos distúrbios mais frequentes que ocorrendo, influenciarão o estilo de relação objectal e o tipo de vinculação emergentes.

Logo após o nascimento a mãe é confrontada com o seu bebé, *“...um ser humano imaturo e extremamente dependente, e também um indivíduo que está tendo e armazenando experiências.”* (Winnicott, 1988/96, pp. 55), e que se dirige para uma progressiva autonomização. Anna Freud (1965/87) fala de uma gradual emancipação da criança desde as atitudes dependentes, irracionais, determinadas pelo Id e o objecto, no sentido de um crescente domínio pelo Ego do seu mundo interno e externo. Quando a dependência do bebé é reconhecida, a mãe ou a figura materna adapta a sua forma de vida a estas necessidades, para que sejam satisfeitas. Poder-se-iam considerar os primeiros dias após o parto enquanto um período sensível, em que a mãe constitui um elo de ligação com o seu bebé, necessário a uma futura relação saudável. Assim, é importante abordar a capacidade de adaptação da mãe que se traduzirá no âmbito da relação com o bebé, consigo própria e com o restante ambiente social e familiar que a envolve. *“ (...) a saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início pela mãe, que oferece (...) o ambiente facilitador.”* (Winnicott, 1988/96, pp. 20) Para que todo o potencial do

bebé, em termos do desenvolvimento da sua personalidade, venha a manifestar-se, é necessário um ambiente de facilitação com características suficientemente boas. Esse ambiente só surgirá se a mãe se sentir completamente capaz de assumir o seu papel materno num equilíbrio intra e inter relacional.

Segundo Catherine Isserlis (2003), *“na altura do nascimento, a mãe está num estado de transparência e desnudamento psíquico tal, que envolve o seu bebé com este psiquismo posto a nu, formando uma díade, uma nova unidade psíquica, que favorece a comunicação com o seu bebé. Todas as defesas habituais de funcionamento normal da mãe desaparecem, propiciando este tipo de comunicação tão especial”*.

Gravidez

Os conceitos de gravidez e de maternidade, apesar de poderem suscitar a ideia de que correspondem a uma mesma noção, sendo por isso habitualmente confundidos e indiferenciados, efectivamente, dizem respeito a algo substancialmente diferente e diferenciado, reflectindo duas realidades e vivências distintas (Leal, 1990).

De um modo mais descritivo, a gravidez diz respeito ao período que oscila entre as mais ou menos 40 semanas de gestação e, que é considerado desde a concepção até ao momento do parto. É durante o tempo de gravidez que as modificações físicas e corporais são mais marcantes. Embora esta nova etapa da vida da mulher abarque consideráveis modificações físicas e biológicas, ocorrem também alterações, momentos e vivências psicológicas bastante particulares e peculiares. E é por a gravidez ser, em si mesma, um fenómeno natural, mas extremamente complexo, que se diz que esta constitui um momento particular de retorno da mulher a si própria, em que se vai constatar um investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem (que sofre alterações) e no que ela contém dentro de si, na vida que traz consigo. Para além do mais, este período serve como a confirmação natural da sua

capacidade de mulher e por isso, a confirmação da sua identidade sexual e feminina (Leal, 1990).

O conceito de maternidade, já se encontra mais envolvido na dinâmica social, tendo como pano de fundo determinados padrões referenciais essenciais para um desenvolvimento total, dos quais se podem mencionar as concepções de "infância", de "qualidade de vida", "direitos e deveres dos cidadãos", entre outras noções importantes para o crescimento, formação e integração. A maternidade, inversamente ao que se passa no fenómeno que é a gravidez, é um projecto a longo prazo, que envolve uma série de variáveis imprescindíveis para o adequado desenvolvimento da criança (Leal, 1990).

Centrando-nos mais cuidadosamente no processo que antecede a maternidade, ou seja na gravidez, há que ter em conta que, apesar desta ser considerada como um fenómeno natural, é algo extremamente complexo, uma vez que implica uma série de transformações tanto biológicas, fisiológicas como psicológicas que a tomam um fenómeno único e particular para cada mulher e/ou casal.

Tal como Cruz (1990) afirma: "*A gravidez é um período que faz parte do processo normal do desenvolvimento e que envolve reestruturação e reajustamento a várias dimensões.*".

Deste modo, devido à gravidez ser um fenómeno tão complexo e abrangente, diversas discussões e estudos têm surgido numa tentativa de atingirem uma maior compreensão acerca das alterações físicas, mas essencialmente das psicológicas que estão envolvidas neste processo.

É incontestável o facto de que a decisão de ter um filho, resulta de uma variada série de motivações, sejam elas conscientes ou inconscientes e que entre o projecto que se tem de engravidar, o desejo de ficar grávida até à gravidez propriamente dita, tem de haver um certo tempo de adaptação a este percurso. Assim, a mulher necessita de ter uma disponibilidade não só física, mas essencialmente psíquica para poder recolher uma nova vida dentro do seu corpo (Cruz, 1990).

Uma gravidez processa-se tanto ao nível mental como ao nível corporal, sendo que num plano emocional, a gravidez inicia-se num período muito anterior ao facto da mãe engravidar realmente. Ou seja, apesar de uma gravidez ocorrer num plano emocional e num plano físico, tal não significa que o desenvolvimento a estes dois níveis se dê de forma simultânea. “De facto, em muitas circunstâncias, um estado gravítico surge, no âmbito de vivências emocionais de gravidez e no plano do corpo, com desencontros” (Sá, 2004).

Um exemplo de desencontros possíveis de acontecer corresponde às situações em que a gravidez obstétrica antecede a gravidez emocional, manifestando-se uma gravidez indesejada. Noutras situações verifica-se que «uma mulher grávida pode ter alguns aspectos psicológicos que a tornem sobretudo mãe funcional (que alimenta, cuida, mas não intui e adivinha o seu bebé). Nesses casos, uma mulher grávida pode ser, em parte “psicologicamente estéril”» (Sá, 1993 cit. por Sá & Biscaia, 2004).

Embora estes desencontros ocorram, é fundamental que acabem por convergir, doutra forma surgirão situações de risco relacional que se podem diagnosticar desde muito cedo, a partir do 5º mês de gestação. Nas palavras de Sá (2004), “todos os processos gravíticos que não viabilizem a confluência destas duas gravidezes, terão um colorido de dor – adjacente à própria gravidez – que poderão perturbar o seguimento clínico e a boa evolução da gravidez no crescimento da família”.

Ao longo da gravidez, existem períodos críticos que representam ocasiões de vulnerabilidade emocional e que podem ajudar à convergência dos processos gravíticos (emocional e corporal). Essa convergência é fundamental para que se possa dar uma verdadeira vinculação dos pais e família ao bebé. Sá e Biscaia (2004) destacam de entre esses períodos críticos, quatro:

- A revelação da gravidez;
- A audição dos ruídos cardíacos fetais;
- A primeira ecografia obstétrica;
- Os movimentos fetais.

Tal como Justo (1994) o afirma: "*As transformações biológicas, fisiológicas, sociais e psicológicas que se processam (na gravidez) são constantes e ininterruptas, mas também são harmonizadas "idiossincraticamente" em cada mulher. Por esta razão se diz que a gravidez é um momento de crise e de crescimento maturacional, realçando-se que, a crise e a sua resolução saudável constituem um enriquecimento da vida social e psicológica de cada mulher em causa.*"

Todas as transformações necessárias e exigidas à mulher grávida durante este período dependem, em larga medida, do seu estado emocional, sendo que este se encontra directamente dependente de diversos agentes.

Eduardo Sá (2004) apresenta uma listagem de factores que influenciam o estado emocional da mulher grávida:

- O facto de ser primípara ou múltipara;
- A história obstétrica anterior (sobretudo se já tiver ocorrido uma situação de diagnóstico pré-natal prévia);
- A relação conjugal;
- A história das famílias de origem (tanto da mãe como do pai);
- Os factores adjacentes (trabalho com mongolismo, familiares com deficiências diversas, etc.);
- A estrutura psicopatológica da grávida.

Esta dimensão da importância dos factores psicológicos na gravidez, tem vindo a ser descrita e tida em consideração só desde há pouco tempo para cá. A atenção centrava-se predominantemente nos aspectos biológicos, nas mudanças físicas e fisiológicas que emergiam durante o decorrer da gravidez.

Passar-se-á a uma sucinta descrição de alguns destes fenómenos fisiológicos que se processam durante a evolução biológica da gravidez, alguns dos quais são essenciais para perceber determinadas dinâmicas psicológicas que se passam na mulher grávida.

Fenómenos Fisiológicos na gravidez

Segundo a definição de Moore (1975): "O desenvolvimento é um processo contínuo que se inicia quando o óvulo é fecundado por um espermatozóide e termina na morte. É um processo de modificações e crescimento que transformam o zigoto unicelular em um ser humano adulto multicelular. (...) O desenvolvimento inicia-se na fecundação quando um espermatozóide une-se a um óvulo para constituir um zigoto; esta célula é o começo de um novo ser humano". A partir do momento em que há fusão de um espermatozóide com um óvulo começa desde logo a germinar uma nova vida, e isso vai provocar grandes alterações na mulher, agora grávida. Depois desta união começa a haver um desenvolvimento contínuo na direcção de um crescimento e diferenciação celular.

O ovo começa a dividir-se cada vez mais, levando à produção de uma massa celular que se vai ligar à parede do útero. É após *duas semanas*, depois do acto da concepção que este se designa de embrião, começando a diferenciar-se cada vez mais em diversas camadas celulares. No mês da concepção, o embrião mede cerca de meio centímetro. Ainda não se consegue distinguir uma forma humana (Gleitman, 1993).

O desenvolvimento começa-se a processar rapidamente e ao fim da *quinta semana* formam-se os braços, as pernas, os olhos, o nariz e a boca começam a ser visíveis, e o cordão umbilical já se formou. Então, com *8 semanas* já mede cerca de 2,5 cm e o embrião passa a chamar-se de feto. Nesta altura, todos os órgãos mais importantes estão formados e o feto começa também a movimentar-se.

Com *12 semanas*, o seu tamanho aumentou consideravelmente para 7,5 cm, pesando cerca de 18 gramas. Por esta altura, o feto vai adquirindo um aspecto mais humano, embora a cabeça seja grande relativamente ao corpo. Ele já pode mexer os braços e as pernas e fazer movimentos de sucção. É possível também distinguir o sexo do bebé. Quando já tem *16 semanas*, o bebé mede 15 cm e pesa 114 gr. As suas pernas, os braços e as articulações estão

completamente formados e os músculos são cada vez mais fortes. É por esta altura que já tem impressões digitais e movimenta-se bastante. O corpo do feto encontra-se coberto por uma camada de um pêlo curto e fino, que é chamado de lanugem e começam a crescer as pestanas e as sobrancelhas. Com 20 *semanas* mede aproximadamente 25 cm e pesa 340 gr.. O feto cresce cada vez mais rapidamente, sendo o seu corpo todo proporcional. O cabelo começa a crescer e os dentes formam-se no interior dos maxilares.

Quando chega às 24 *semanas* mede 32 cm e pesa 570 gr.. Apesar do seu crescimento se continuar a processar de uma forma muito rápida, ele ainda não começou a armazenar gorduras. O feto pode ter soluços, tossir e chupar o polegar.

Às 32 *semanas* mede 40 cm e pesa 1400 gr.. Nesta altura o feto começa a armazenar gorduras e, na maioria dos casos, tem a cabeça para baixo na direcção da pélvis. A mãe consegue sentir facilmente os movimentos do bebé.

Com 36 *semanas* já mede 45 cm e pesa 2500 gr., ocupando todo o útero da mãe. A cabeça já pode ter descaído para a área pélvica de modo a preparar-se para o nascimento. O corpo vai-se tornando mais redondo à medida que vai armazenando gorduras.

Chegadas as 40 *semanas*, geralmente mede, em média, 50 cm e pesa 3500 gr.. O feto já se encontra totalmente desenvolvido, e quando está acordado consegue distinguir a luz do escuro. A lanugem também já desapareceu quase toda, estando praticamente pronto para nascer (Cruz Vermelha Portuguesa, 1989).

Tal como se denotam alterações marcantes em termos de desenvolvimento biológico durante os cerca de nove meses de gestação do futuro bebé, também vão estar presentes alterações importantes no que diz respeito ao funcionamento e adaptação psicológica da mulher. Efectivamente, quando se confirma a gravidez, o equilíbrio que vai sustentar toda a harmonia da personalidade feminina vai ser alvo de intensas alterações e modificações, o

que vai levar a mudanças fundamentais relativamente ao funcionamento psicológico (Cruz, 1990; Justo, 1990; Mascoli, 1990). Isto é patente no facto de que para a mulher se adaptar ao novo estado de gravidez, vai ter que passar e gerir muitas ansiedades. Como Mascoli (1990) afirma: "*Estar grávida significa um enorme esforço físico e psicológico*". Tendo em conta esta afirmação clara e evidente, a gravidez passou, há cerca de 30 anos atrás, a ser considerada como um fenómeno multidimensional que envolve uma série de alterações em diversas variáveis.

Deste modo, o processo de gravidez vai começar por envolver uma redefinição da própria identidade da mulher e dos seus papéis, que pode ser definida por uma série de expectativas culturais que vão implicar uma adaptação do próprio eu.

É, então, neste período transitório que se dá uma nova definição de papéis e uma mudança de identidade, pois a grávida que, até agora era filha e mulher passa a encarar o novo papel de ser mãe (Cruz, 1990). Este novo estado, vai suscitar um comportamento diferente daquele que até agora teve nas mais diversas situações e, este chamado comportamento materno vai, segundo Mascoli (1990) incluir todo aquele comportamento de uma mulher que aguarda um filho, abrangendo especialmente as expectativas, fantasias e atitudes durante as mais ou menos 40 semanas de gravidez, tal como as suas fases de aproximação ao parto e ao período subsequente. Ou seja, o facto de se engravidar, da mulher se sentir grávida, vai desencadear todo um processo de transformação que pode ser perspectivado como um "*momento de crise*", querendo então isto dizer que, para tentar compreender o fenómeno que é a gravidez, segundo o ponto de vista psicológico, há necessidade de reconhecer que este momento tão especial do ciclo da vida, de acordo com a opinião de Bibring e colegas (1961, cit. por Mascoli, 1990), é vivido pela mulher grávida como um *período de crise*. Mas tal não deve ser perspectivado como um processo de crise num sentido traumático, mas sim como equivalendo a um período de transição, reequilíbrio e conseqüente adaptação (Cruz, 1990).

No entanto, convém fazer referência ao facto de que, esta nova definição de papéis pode, efectivamente, reactivar conflitos inconscientes (Cruz, 1990), na

medida em que a mulher, quando se prepara para enfrentar o novo papel de ser mãe, vai percorrer de novo, aqueles outros caminhos já deixados para trás, da sua meninice e juventude, recriando experiências que não foram concluídas ou satisfeitas (Mascoli, 1990).

São todos estes processos e aspectos psicológicos, estas modificações e adaptações que vão ser cruciais e de primordial importância para a manutenção e desenvolvimento de uma gravidez dita normal e saudável.

Em termos psicológicos, o facto de se processar uma mudança a nível da identidade, pode implicar um enriquecimento da mesma, correspondendo a uma evolução. Tal como Bibring e colegas (1961, cit. por Mascoli, 1990) sustentaram, a dita "crise" da gravidez corresponde a um período essencial do próprio crescimento e da integração maturativa da mulher, existindo, como não podia deixar de ser, variações individuais de acordo com a estrutura de personalidade, com o grau de ajustamento ao fenómeno da gravidez, e ainda a constelação familiar, assim como o seu enquadramento.

Esta nova etapa vai levar a mulher a desenvolver os seus atributos maternos, que já foram sendo adquiridos ao longo do seu desenvolvimento. Assim como Mascoli (1990) comenta, a mulher aprendeu já um vasto repertório daqueles comportamentos maternos que virá a utilizar através da observação, da imitação e do jogo, os quais vai ter agora oportunidade de pôr em prática. Brazelton (1981, cit. por Mascoli, 1990) afirma que todas as experiências que constituem a vida anterior da mulher vão realmente influenciar, de certo modo, as suas aptidões de mãe e, quanto melhor tiver sido o ajustamento a essa "realidade", mais ela será capaz de assumir as suas novas responsabilidades.

Não obstante todas estas vantagens psicológicas da gravidez, que vão no sentido de um crescimento pessoal, este momento não deixa de ser vivido e percebido como um *período de crise* envolvendo uma série de mudanças que se repercutem a nível psicológico, da própria alteração da imagem corporal, tal como modificações hormonais e alterações na vida e rotina diária (Colman & Colman, 1973, cit. por Justo, 1990).

Deste modo, é natural que a adaptação psicológica interna que se processa e se sucede durante os 9 meses de gravidez não seja igual e homogênea (Mascoli, 1990). Para além desta opinião, vários autores (Bibring, 1961; Colman & Colman, 1973, cit. por Justo, 1999) defendem a perspectiva que, pelo menos, os nove meses de gravidez deveriam ser divididos em fases, com tarefas psicológicas diferenciadas a concretizar e que, a passagem por esses diferentes momentos de desenvolvimento seria irreversível.

Fenómenos Psicológicos na gravidez

Apresentamos aqui uma proposta de divisão da gravidez em três períodos e as respectivas tarefas psicológicas a eles associadas.

Colman & Colman (1973, cit. por Justo, 1990) propõem, para esta sequência, diferentes designações para os diferentes períodos. Ao 1º período chamaram-lhe de **Integração**, ao 2º de **Diferenciação** e ao 3º de **Separação**. As diferentes características destas fases têm uma correspondência com as reacções que se vão sucedendo na personalidade feminina à medida que a gravidez e o próprio feto se vão desenvolvendo.

Na 1ª fase, ou de **Integração** (Justo, 1990), o processo baseia-se essencialmente numa aceitação e posterior integração da sua nova condição de vida. À medida que a mulher se vai consciencializando deste novo estágio que está a atravessar, ela vai sentindo que precisa de investir essencialmente em si própria, levando tal a um subtil processo de desinvestimento no meio, começando-se a centrar mais sobre si mesma, conduzindo a um maior investimento narcísico em si e no feto (Mascoli, 1990). É então neste momento, que a mulher grávida tem que fazer a integração da nova realidade física que transporta em si, tratando-se do melhor momento para a mulher fazer uma regressão mental à própria infância e, permitir-lhe então reavaliar/reorganizar, ou ainda, reelaborar as relações que se estabeleceram com a figura feminina-materna do passado. Para além disto, é com o início da gravidez que se constitui um momento fundamental para a solidificação da própria

personalidade e identidade feminina (Justo, 1999). É ainda no final do primeiro trimestre que se instala a chamada reavaliação que a futura mãe faz acerca do relacionamento mãe-bebé que vivenciou na sua própria infância, em que entram em jogo sentimentos tidos como opostos e contraditórios, tal como o amor *versus* raiva, a frustração *versus* satisfação, entre outros (Mascoli, 1990). A relação objectal que está, neste período, a ser elaborada é com a mãe, com a figura maternal da grávida.

Associadas a estas modificações e adaptações ao novo estado, surgem alterações fisiológicas. Apesar de neste primeiro trimestre de gravidez o feto ainda não ser muito sentido e as alterações da forma corporal serem subtis (Cruz, 1990), aparecem determinados sintomas associados à incerteza da existência ou não do novo estado de gravidez, como por exemplo náuseas e vômitos, que são coexistentes com a própria ansiedade (Cruz, 1990). Para além destas modificações psicológicas e fisiológicas, constata-se igualmente, modificações comportamentais, que são pertinentes e importantes do ponto de vista da vida emocional da grávida e, que se repercutem a nível de alterações dos hábitos alimentares, do próprio funcionamento gástrico, do relacionamento sexual e conjugal, da produção onírica e, como não poderia deixar de ser, a nível do relacionamento social (Justo, 1990 e 1999).

Vai ser com os primeiros movimentos fetais que a grávida vai começar a aperceber-se da autonomia do feto. É neste momento que está a decorrer a chamada fase de **Diferenciação** (Justo, 1999).

É com estes estímulos e sinais que a mulher grávida se começa a aperceber de que a criança que traz no seu ventre é real, existe e é autónoma, vivendo de acordo com as suas próprias regras (Justo, 1999). Neste sentido, processa-se concretamente a diferenciação psicológica entre mãe e feto. Este segundo período é considerado como sendo rico em experiências emocionais, pois esta descoberta acerca de um bebé autónomo e com capacidades diferenciadas da mãe constitui uma ocasião muito especial para ela. Mas este processo de maior ligação e comunicação não-verbal, tem subjacente uma determinada ansiedade que advém da própria incógnita que se estabelece sobre as futuras

responsabilidades, a noção de dar a própria vida e, também, o medo de morrer no parto (Mascoli, 1990). Este corresponde, igualmente, ao momento da reorganização e da reavaliação do relacionamento conjugal. Ou seja, enquanto que no primeiro trimestre, na primeira fase a mulher regredia a um nível de relacionamento mãe-filha, agora o processo diz respeito ao "companheiro actual" que supostamente é participante das próprias transformações em curso (Mascoli, 1990 e Justo, 1999). Segundo Colman e Colman (1973, cit. por Mascoli, 1990): "*Esta transferência (...) que se opera da mãe para o marido constitui a tarefa psicológica essencial do segundo trimestre.*" Deste modo, a relação objectal que está a ser elaborada corresponde àquela que é feita com o marido, cônjuge, companheiro.

Neste período, as mudanças corporais tornam-se cada vez mais evidentes e a ansiedade que se liga ao medo de um bebé malformado, tal como o medo do próprio corpo disforme, também podem estar presentes de maneira mais marcada (Cruz, 1990). Ou seja, estes sinais vitais que emergem do seu interior, do seu próprio corpo, vão levar a mulher, a futura mãe, a pensar sobre as consequências e os problemas de se tornar mãe.

É após todas estas transformações e questões levantadas e possivelmente integradas, que se dá início ao processo de Separação, que corresponde à última fase. Esta, geralmente, é considerada como um período de preparação para a separação que ocorre no momento do parto (Mascoli, 1990). De acordo com Cruz (1990) o nível de ansiedade eleva-se com a proximidade do nascimento. Neste período, o sentimento de ambivalência volta a ser marcado. Desta vez deve-se à vontade de efectivamente ter o filho e terminar assim o processo de gravidez; igualmente, à vontade de querer prolongar este estado de modo a adiar as necessidades de novas adaptações que vão sendo exigidas progressivamente com o nascimento e conseqüente desenvolvimento do bebé. Tal como Mascoli (1990) confirma, este sentimento de ambivalência é constatado em grupos terapêuticos de mulheres grávidas. Isto porque, apesar das pacientes manifestarem e evidenciarem sentimentos de orgulho e de realização, as manifestações de ansiedade relacionadas com a obrigatoriedade de ter que se confrontar com o próprio desconhecido, tal como a dor física e o

medo desta, estão presentes neste período. Estas ansiedades vão também ser acompanhadas por diversas alterações do funcionamento somático. Isto anuncia que a grávida começa, então, a antecipar o processo pelo qual se vai desligar da gravidez, que corresponde ao chamado "*Trabalho de Parto*" (Justo, 1990). Aqueles movimentos uterinos e do próprio feto, que levam o bebé a colocar-se preparado para o nascimento (à entrada do canal de parto), vão provocar uma ansiedade intensa, totalmente inconsciente, que se traduz então, em manifestações do foro psíquico e somático (Cruz e Mascoli, 1990). Deste modo, a preparação para a nova etapa que se aproxima, ou melhor, para o parto, envolve um aumento da ansiedade mas também a preparação para o estabelecimento do vínculo que se processa entre a mãe e a criança em que, simultaneamente, ocorre todo um processo de adaptação a este novo papel (Mascoli, 1990). Durante este período, a relação objectal que está a ser elaborada é com a futura criança.

De um modo geral, até agora tem-se assumido que estas três fases de desenvolvimento psicológico são coincidentes com o desenvolvimento da gravidez em três trimestres. No entanto, aquilo que se constata é que, por exemplo, no caso da primeira fase, esta nunca começa exactamente no início do primeiro trimestre, na medida em que quando a mulher confirma que está grávida quase de certeza que já se passaram algumas semanas, ou até um mês ou dois. Pode-se dizer que o mesmo se passa com a segunda fase, tendo em conta que os primeiros movimentos do feto, que correspondem ao início deste período, nem sempre ocorrem cronologicamente com o começo do segundo trimestre. São várias as grávidas que só têm essa percepção e sensação a partir do 5º ou até do 6º mês. Para além destes aspectos, concluiu-se também que é muito difícil determinar o fim da segunda fase e o princípio da terceira (Justo, 1999). Aquilo que se pode fazer é uma aproximação entre estas fases de desenvolvimento psicológico e fisiológico. Contudo, convém estar ciente de que não há uma correspondência directa com o começo de cada trimestre e o início de cada uma das etapas já mencionadas.

Assim, depois de expostas estas diferentes considerações sobre a gravidez, a afirmação de Cruz (1990) parece dar uma percepção clara do processo: "A

gravidez é um período de crise que provoca profundas mudanças psicológicas e somáticas na vida da mulher e no qual esta revive intensos conflitos, sonhos e fantasias quer da vida infantil, quer da adolescência.". Mas, é através da vivência destes fenómenos que se processa a evolução e o desenvolvimento da gravidez.

Apesar de uma grande parte das gravidezes decorrerem normalmente, tanto em termos fisiológicos como psicológicos, podem existir determinadas alterações ou mesmo desordens que surgem neste período.

No que diz respeito aos **distúrbios psicológicos** ocorridos durante o período de gravidez, estes não têm sido muito considerados, ou pelo menos, relacionados com variáveis psicológicas, devendo-se talvez ao facto da gravidez ter sido desde sempre considerada como uma função protectora da saúde mental. Assim, tal como Oppenheim (1985) afirma, provavelmente, a combinação que é introduzida pelas mudanças processadas a nível psicológico e o próprio stress produzido pelo contexto cultural podem desencadear o efeito oposto. Acrescenta-se ainda que é verdade que se a gravidez continua a ser usada como um escudo protector para aquelas mulheres que não têm um antecedente histórico de qualquer perturbação mental, ela pode igualmente ser vista como um processo fragilizador para aquelas que, por alguma razão, já sofreram um período de perturbação mental, antes da gravidez (Justo, 1994). Isto faz sentido, tendo em conta as alterações psicológicas diferenciadas que decorrem neste período.

Perturbações médicas da gravidez de carácter psicossomático

É possível que, com toda a investigação que foi e vai sendo efectuada neste domínio, se possa verificar o papel e a relevância que o funcionamento psicológico tem em vários aspectos, só tidos até agora como devidos a alterações biológicas e fisiológicas decorrentes do estado de gravidez. De facto, vários estudos apontam para a existência de correlações entre o funcionamento emocional da mulher grávida e a ocorrência de diferentes

patologias tanto na gravidez como no parto (Justo, 2002). Pode-se falar então de determinadas perturbações médicas da gravidez, que incluem a própria *pré-eclampsia*, o *hyperemesis gravidarum*, o *aborto espontâneo*, as *dificuldades no trabalho de parto*, entre outras (Justo, 1999 e 2002) nas quais se tem verificado a importância das variáveis psicológicas.

No caso do *vómito*, sintomatologia tão frequente na gravidez, pode-se distinguir quatro tipos distintos de *vómito*, que são:

- a) o *vómito "normal"* da gravidez;
- b) o *hyperemesis gravidarum*;
- c) o *vómito patológico*;
- d) o *vómito histérico*.

O primeiro tipo é aquele que é mais frequente e experienciado pela maior parte das grávidas durante o início da gravidez. Geralmente, este acaba por desaparecer de forma espontânea por volta da 12^a à 14^a semana.

Contudo, se o *vómito* ganha uma gravidade tal que leva à desidratação, à cetose e até a alterações electrolíticas, chama-se de *hyperemesis gravidarum*. É tido como uma situação rara, na medida em que é visto em menos que 0,5% das grávidas, não havendo muitos conhecimentos acerca da sua etiologia. Alguns psiquiatras e psicólogos postularam que este estado ocorre naquelas pacientes que, inconscientemente, estão a rejeitar os seus bebés. Já no caso de Tylden (1968, cit. por Oppenheim, 1985) este associa tal estado ao *stress*, insegurança e à presença anterior de problemas intestinais. Embora aqui se possa notar algo de origem psicossomática, na realidade estas evidências não foram sustentadas por outras experiências. Isto leva a autora a concluir que o que se pode fazer nestas situações é tentar compreender a ansiedade da paciente e tentar encorajar um melhor relacionamento, mais empático, junto daqueles que a rodeiam.

No caso do *vómito patológico*, este está efectivamente ligado a causas orgânicas.

Já no caso do *vômito hístico*, a sua natureza é diferenciada. A grávida queixa-se frequentemente de vômitos após todas as refeições, encontrando-se já no segundo ou terceiro trimestre da gravidez. Não existem razões fisiológicas que possam justificar esta situação e, segundo a autora, uma entrevista, por mais cuidadosa que seja, nem sempre é suficiente para elucidar e perceber as causas do conflito emocional que está por detrás destes sintomas.

No caso de haver interrupção da gravidez, em que ocorre um *aborto espontâneo*, havendo assim a morte e a expulsão do feto numa determinada fase da gravidez em que ela ainda não é viável (ou seja, em que a existência do feto não consegue ser suportada sem o apoio do meio intra-uterino), este episódio também pode ser influenciado por factores psicológicos, ou melhor, por factores de personalidade. Esta hipótese é suportada por diversos trabalhos (Grimann, Weil & Stuart, Tupper & col., cit. por Justo, 1994; Eduardo Sá, 2004) que se centram em determinadas variáveis ditas pertinentes e fulcrais para a ocorrência do aborto espontâneo, como sendo a tendência para reagir somaticamente a situações de conflito, o próprio contexto familiar em que há uma mãe muito dominadora e um pai ausente, os sentidos de agressividade e de culpa, entre outras.

Um outro distúrbio psicológico que pode ocorrer na gravidez é a *anorexia nervosa*. Esta pode surgir durante a gravidez como o resultado das alterações da silhueta do corpo da mulher. O vomitar e a diarreia podem ser sintomas presentes. Tais sintomas podem fazer com que um profissional de saúde menos experiente efectue um falso diagnóstico de gastroenterite ou até do distúrbio já referido de *hyperemesis gravidarum*, uma vez que apresentam sintomas comuns (Oppenheim, 1985; Justo, 2002).

Para além destes *sintomas psicológicos com tradução física*, pode-se falar ainda de *mecanismos psicológicos* que interferem na própria gravidez.

No caso da *negação*, este é um mecanismo mental que permite fazer uma fuga de uma realidade tida como desagradável. A negação da gravidez pode ser

usada por aquelas mulheres que percebem o seu estado como um desastre social completo. Estas mulheres podem mesmo chegar ao extremo de não ter quaisquer cuidados pré-natais, podendo até, posteriormente, abandonar o seu bebé. Por vezes, o parto pode acordar sentimentos maternos fortes mas latentes e a relação pode ter sucesso, mas isto nem sempre acontece (Oppenheim, 1985).

Um outro estado que pode aparecer devido à gravidez é a *ansiedade*. A *ansiedade* é uma experiência comum numa situação de gravidez, despertando sentimentos como o medo e o receio. No entanto, pode tornar-se patológica quando incapacita e impede mesmo a gestante de continuar a sua actividade normal. Geralmente, estas mulheres apresentam um humor ansioso, dão muita importância a aspectos triviais e sentem-se incapazes de lidar com o dia-a-dia. A este quadro estão associadas queixas somáticas que vão desde as palpitações, ao "nó no estômago" e à boca seca, entre outros (Oppenheim, 1985).

A *ansiedade* pode ser variada e repercute-se a vários níveis psicológicos. A *ansiedade neurótica*, na qual existe uma insegurança e uma personalidade dependente; *estados fóbicos caracterizados por um medo irracional, evocado por um estímulo que não é uma verdadeira fonte de perigo; estados obsessivos, etc..*

Um outro problema bastante importante que pode surgir, igualmente, é a *depressão* durante o período da gravidez. A *depressão psicológica* é caracterizada por uma reacção anormal e prolongada a acontecimentos tidos como desfavoráveis (Oppenheim, 1985). De acordo com a definição de Tavares (1990) a *depressão* durante a gravidez diz respeito a um determinado conjunto de sintomas, que traduzem um estado depressivo (sendo geralmente ligeiro), que é decorrente da gestação e de todas as modificações que ocorrem neste período e que são particularmente fomentadoras de *stress*.

Relativamente à sua etiologia, temos que distinguir a predisposição para tal, que diz respeito a uma personalidade imatura, e os factores precipitantes, os

quais incluem frustrações, perdas, condições sociais adversas e persistentes, factores psicossociais, dificuldades maritais, e todas as variáveis envolvidas nestas dimensões (Oppenheim, 1985).

Outras desordens podem estar implicadas durante o período da gravidez e influenciar esse processo como a *esquizofrenia*. Apesar de estudos apontarem que estas mães passam bem durante a gravidez (Oppenheim, 1985), a recrudescência no pós-parto já é tida como mais frequente.

A *dependência de tóxicos* é também muito importante, uma vez que as drogas ultrapassam a barreira da placenta, podendo ter efeitos teratogénicos, e também podendo causar uma síndrome de abstinência na mãe e no bebé.

Daqui pode-se então dizer que, tendo em conta todas estas desordens psicológicas, que se podem ou não traduzir em factores fisiológicos, era importante e rentável manter um apoio terapêutico que deveria ser contínuo durante a gravidez e o período de pós-parto. Tal como se disse logo no início, a perturbação pode ser reactivada durante o processo de gravidez (o que geralmente parece não acontecer com frequência). Mas o súbito reaparecer no puerpério é muito comum (Oppenheim, 1985). Daí que seja muito importante esta intervenção logo no início da gravidez, de modo a nos situarmos desde logo numa perspectiva de prevenção, de apoio e de ajuda.

Para além de todas estas perturbações psicológicas da gravidez, há ainda que fazer uma breve referência aos ***distúrbios biológicos*** e ***fisiológicos*** que ocorrem durante este período e que podem pôr em perigo a vida do bebé e até da mãe.

Distúrbios Biológicos e Fisiológicos na gravidez

Existem distúrbios que podem desenvolver-se logo após a concepção, impedindo que a gravidez prossiga normalmente e outros que só aparecem ou só são constatados durante o período de desenvolvimento.

Por exemplo, as hemorragias vaginais podem ser uma primeira indicação de *aborto*. Verificou-se que em cada cinco gravidezes, há um aborto no primeiro trimestre, normalmente resultante de uma anomalia cromossomática do embrião.

Pode acontecer o caso do óvulo fertilizado não se implantar no revestimento do útero, indo fixar-se noutra região do abdómen, normalmente numa trompa de falópio, e a esta situação chama-se *gravidez ectópica*. Esta situação provoca dores agudas na área abdominal e precisa de ser imediatamente interrompida, retirando-se o embrião por meio de uma intervenção cirúrgica.

As doenças infecto-contagiosas (como a rubéola, sarampo, varicela), entre outras, podem, igualmente, provocar graves alterações no feto.

Para se fazer uma prevenção eficaz é necessário ter em conta todos estes factores, tanto psicológicos como fisiológicos e biológicos.

Pode, também haver distúrbios da *placenta* como é o caso da placenta prévia que pode não afectar a gravidez em si, mas nos casos mais graves pode impedir a placenta de funcionar normalmente e provocar trabalho de parto prematuro, hemorragias vaginais graves durante a gravidez ou obstrução da abertura do colo do útero durante o parto.

Alterações na quantidade do *líquido amniótico* também podem desencadear um parto prematuro.

Só se pode considerar *trabalho de parto prematuro* quando este ocorre antes das trinta e sete semanas de gravidez e pode ser devido a uma gravidez múltipla, a anomalias da placenta, infecção no útero ou ruptura prematura das membranas. No entanto, em muitos casos a causa é desconhecida (Cruz Vermelha, 1989).

Para além dos problemas que possam eventualmente existir durante o período da gravidez, sejam eles de natureza fisiológica ou psicológica, podem decorrer problemas durante o parto propriamente dito. Por exemplo, as contracções podem ser fracas e ineficazes conduzindo ao abrandamento ou interrupção do trabalho de parto e, também pode acontecer que devido ao tamanho ou à posição do bebé, a sua passagem pela pélvis seja difícil ou impossível (Cruz Vermelha, 1989).

Mas, independentemente destes factores, o nascimento corresponde ao início de um contacto forte e único na continuidade da ligação mãe-filho (Mascoli, 1990). Não obstante, o momento do parto representa uma ruptura existente naquela relação íntima entre mãe-bebé que se foi estabelecendo. Sendo assim, a ansiedade é um quadro presente, pois chega o momento da mãe se confrontar com o bebé real, com o ser que gerou dentro de si (Cruz, 1990). A ansiedade presente no parto pode influenciar diversos factores, como por exemplo a sua duração, tendo-se constatado uma considerável variação nos tempos dos trabalhos de parto (trabalhos de parto mais prolongados). Um outro aspecto é a quantidade de analgésicos que são consumidos na altura, que é maior quanto mais ansiosa a mulher estiver (necessitando assim de mais cuidados e intervenções médicas, analgésicos, anestésicos, cesarianas, *forceps*, etc.). Ainda são referidas as complicações obstétricas e pediátricas (uma vez que os filhos destas mulheres mais ansiosas têm mais probabilidades de apresentarem problemas durante o nascimento), e ainda o próprio desenrolar do trabalho de parto em geral (Justo, 1990 e 1994).

Segundo a opinião de diversos autores, após o parto a criança deve ser logo entregue à sua mãe de modo a esta estabelecer um contacto com ela, para a poder tocar, acariciar, admirar e deve ser colocada junto do seu peito, promovendo assim o vínculo familiar. Nesta primeira fase de contacto real, a mãe continua ainda identificada com o seu filho, devendo no entanto distinguir-se a separação física da individualização psicológica que se segue. É com todo o desenvolvimento que se segue, com a descoberta e constatação da autonomia do bebé e com a participação activa na sua estruturação que essa separação se vai dar progressivamente (Mascoli, 1990).

Para que esta separação, que se dá no momento do parto, não seja vivida como uma perda, uma ruptura maciça, a mulher deve fazer, ao longo da gravidez, uma individualização do seu filho, de forma a que a separação física e emocional que se sente neste momento seja integrada (Cruz, 1990).

O período crítico de *stress* físico e psicológico não termina logo com o parto e, o puerpério corresponde ao período de emoções intensas e variadas que envolvem novas transformações fisiológicas e psicológicas, bem como na relação, ritmo e rotina familiar que nem sempre estão previstas (Cruz, 1990). É nesta altura que se segue ao parto que se põe à prova a capacidade de se adaptar e organizar tanto interna como externamente. É pois neste momento que surge uma readaptação a nível biofisiológico e também psicológico, tanto ao nível da imagem do corpo como ao nível dos papéis relacionais familiares. Tendo em conta estas situações de readaptação compreende-se a sua importância, sendo considerado como um período crítico que implica toda uma adaptação (Mascoli, 1990). Tal como Tavares (1990) comenta, a gravidez e conseqüentemente o período de puerpério determinam uma certa vulnerabilidade psicológica na mulher que vai, de certo modo, viver e experienciar nestes períodos uma crise de maturação normal (e também organizadora) que se processa através das modificações psicológicas que lhe são características.

No entanto, podem ocorrer determinadas perturbações psicopatológicas, na mulher que está a passar por esta fase, podendo estas se repercutirem ao nível da saúde da mãe, da interação e relação que se estabelece entre ela e o filho e do desenvolvimento do próprio bebé (Figueiredo, 1994).

Pós-Parto

Os diversos distúrbios que podem surgir, parecem incidir de um modo mais proeminente no período após o nascimento de um bebé, mais do que se verifica durante a gravidez. Por exemplo, o estudo epidemiológico de Pugh e col. (1963, cit. por Pitt 1985), demonstrou que há um risco significativo de

ocorrência de distúrbio mental grave não só no puerpério mas também durante os nove meses que se seguem ao parto. Este estudo relatou evidências de que as admissões feitas neste período puerperal excedem significativamente aquelas que decorrem noutros momentos da vida ainda durante o cuidar das crianças, enquanto que a gravidez em si mesma representava um tempo de relativa imunidade a admissões psiquiátricas.

Grande parte dos estudos tem constatado que as perturbações psicopatológicas que ocorrem durante este período de pós-parto são, numa base de 90%, distúrbios afectivos, uma vez que os distúrbios esquizofrénicos e doenças de tipo paranóide são muito menores e até pouco frequentes (Figueiredo, 1994).

Parece então que este período representa uma altura propícia ao aparecimento e desenvolvimento de perturbações do foro psicopatológico.

Através de diversos estudos que foram feitos, parecem haver determinados factores de risco que se encontram associados a estas perturbações. Um dos aspectos é a *idade* (o risco de perturbação psicológica durante o pós-parto é maior nas mulheres com mais idade, que vai desde os 25 aos 44 anos, do que nas mais novas, com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos) (Paffenberger, 1982 cit. por Figueiredo, 1994). No entanto, este dado não foi apoiado por Kendell e col. (1976 e 1981 cit. por Figueiredo, 1994).

A *paridade* é um outro factor considerado, tendo-se constatado que as primíparas têm duas vezes mais probabilidades de ficarem doentes, de desenvolverem uma determinada perturbação psicológica, do que as múltiparas (Paffenberger, 1982 cit. por Figueiredo, 1994). Estes dados foram confirmados por outras investigações, como a de Kendell e col. (1976 e 1981 cit. por Figueiredo 1994), os quais verificaram que o risco das primíparas é de 2.6/1000, enquanto que o das múltiparas é de 1.4/1000. Não obstante, as primíparas têm menor risco de desenvolver quadros de perturbação psicológica durante a gravidez.

A *prematividade*, ou seja, quando o parto ocorre antes das 38 semanas de gestação, tem sido, igualmente, apontado como factor. Paffenberger (1982 cit. por Figueiredo, 1994), constatou que a doença mental no período do puerpério é mais frequente naquelas mulheres do que noutros casos. Esta evidência não foi suportada por Kendell e col. nos estudos já citados. O *baixo peso à nascença*, parece ser um risco de doença mental durante os primeiros meses do período pós-parto, sendo três vezes maior nas mulheres em que os seus bebés nasceram com um peso inferior a 2,500 kg. Novamente, estes dados foram apoiados por Paffenberger e não por Kendell. O *parto distócico e morte do bebé* são outros factores apontados. Segundo Paffenberger (1982 cit. por Figueiredo, 1994) o risco de doença mental é cerca de três vezes maior em mulheres que tiveram este tipo de parto, aumentando ainda mais quando se verifica a morte do bebé. Por último, a *história psiquiátrica prévia* e a *incidência familiar* devem ser tidos em conta. Paffenberger (1982 cit. por Figueiredo, 1994) verificou ainda que grande parte das mulheres que estiveram internadas durante o período pós-parto, também já tinham sofrido um internamento anterior. Em ambos os estudos não se encontram diferenças significativas entre os dois grupos de puérperas relativamente a algumas variáveis como o sexo do bebé, presença de defeitos congénitos à nascença, tipo de aleitamento e variáveis socio-económicas consideradas, como a área de residência, estatuto matrimonial, local do parto e nível ocupacional do cônjuge. Estes autores verificaram três associações significativas entre circunstâncias de vida da mulher e doença mental do puerpério: primeiro, as mulheres com doença mental, durante o puerpério, são com menos frequência casadas; segundo, tiveram com mais frequência um parto por cesariana; e terceiro, são com mais frequência primíparas (cit. por Figueiredo, 1994).

Assim, se por um lado a gravidez representa um período de relativa imunidade a distúrbios do foro psicológico, que impliquem internamento psiquiátrico, por outro o período do puerpério e os 9 meses após o parto correspondem a um tempo em que existe um risco significativo de ocorrerem distúrbios afectivos. Este risco tende a aumentar com a presença de alguns factores como:

- * *Idade* – o risco parece aumentar com a idade

- * *Paridade* – as primíparas têm duas vezes mais probabilidade de desenvolverem distúrbios afectivos, embora corram menor risco de manifestarem perturbações psicológicas durante a gravidez
- * *Prematuridade* – os bebés que nascem prematuramente parecem ter mães com maior probabilidade de desenvolver distúrbios afectivos
- * *Baixo peso à nascença* – os bebés que nascem com baixo peso à nascença parecem ter mães com maior probabilidade de desenvolver distúrbios afectivos
- * *Parto distócito e morte do bebé* – o risco de doença mental é três vezes maior em mulheres com este tipo de parto, aumentando ainda mais quando se verifica a morte do bebé.
- * *História psiquiátrica prévia* – o risco aumenta com a existência de um internamento anterior.

Verificam-se associações significativas entre as circunstâncias de vida da mulher e o desenvolvimento de doença mental: são com menos frequência casadas, tiveram com mais frequência parto por cesariana e são com mais frequência primíparas.

Distúrbios Psicológicos no pós-parto

O puerpério corresponde a um tempo de grandes modificações e, como tal, implica esforços importantes (por vezes difíceis) de adaptação interna e externa que fragilizam a mulher, aumentando o risco de surgirem perturbações psicológicas.

Os principais quadros que aparecem neste período são a *Psicose Puerperal* e a *Depressão Pós-parto*. Existem ainda os denominados *Blues Pós-parto*.

Blues Pós-parto

Relativamente a este último, pode-se dizer que se trata de uma síndrome afectiva ligeira que se manifesta de uma maneira frequente (Chamers &

Chalmers, 1986; Tavares, 1990). Pode-se caracterizar pela presença de um humor depressivo, que se faz acompanhar por choro, exaltação, dores de cabeça, confusão, esquecimento, irritabilidade, ansiedade, labilidade do humor, despersonalização, sentimentos negativos em relação ao bebê e ainda insônia. Para se diagnosticar este quadro têm que estar presentes pelo menos quatro destes sintomas. Os sentimentos de astenia e de incapacidade, tal como as queixas de não saber cuidar do bebê e uma sensação e vivência de esgotamento, também são frequentes (Stein, 1982, cit. por Figueiredo, 1984 e Tavares, 1990). Geralmente ocorre no 3º ou 4º dia do pós-parto, não permanecendo por mais do que um ou dois dias. Tem uma alta taxa de prevalência, rondando os 50 a 70% das chamadas puérperas (Yalom, Lunde, Moss & Hamburg, 1968, cit. por Figueiredo, 1994). Segundo Tavares (1990) a sua duração pode variar, indo de algumas horas podendo estender-se até à segunda semana pós-parto.

Segundo Chalmers & Chalmers (1986) podem-se atribuir várias causas para o aparecimento desta síndrome:

1. Alterações hormonais – as grandes mudanças hormonais, que ocorrem no período pós-parto, são frequentemente apontadas como uma das principais razões;
2. Experiência de nascimento – ou seja, o conhecimento e a experiência que a mãe tem da situação de parto. Por exemplo, uma mulher que tenha sido preparada para um parto por cesariana pode estar menos perturbada pelo acontecimento do que uma mulher que estava à espera de uma parto natural e acaba por ter de fazer uma cesariana;
3. Resposta pós-stress – sentimento de se “ir abaixo” depois de 9 meses de gravidez e do trabalho de parto. Como se a puérpera não pudesse mais. A seguir ao parto, um sentimento de alívio de tensão toma lugar, sendo os “blues” perfeitamente justificados;
4. Possibilidades adicionais – a crescente tomada de consciência da responsabilidade que foi adquirida ao ter um bebê. Também a personalidade da mãe, assim como a sua história de vida, podem contribuir para o seu estado emocional no pós-parto.

Psicose Puerperal

Esta perturbação pode caracterizar-se pelo o aparecimento de sintomas psicóticos, durante as duas ou três semanas que se seguem ao parto (Brockington, Winokur & Dean, 1982, cit. por Figueiredo, 1994). A sua ocorrência não é muito frequente, aparecendo em cerca de um ou dois casos por cada 1000 nascimentos (Brockington & Cox-Roper, 1988, cit. por Figueiredo, 1994). Apesar da incidência pouco marcante, esta é uma perturbação com uma grande recorrência tendo em conta que 1 em cada 5 mulheres voltará a ficar doente na sucessão de um parto e 1 em cada 3 voltará a ser internada por motivos psiquiátricos, mesmo que uma gravidez não esteja em curso (Brockington, Winokur & Dean, 1982, cit. por Figueiredo, 1994).

Relativamente ao seu início, a psicose puerperal surge no decorrer do primeiro mês depois de se ter dado à luz, mas só a partir do 4º dia do puerpério, geralmente nos dias que se seguem, após o início da actividade de amamentação. O seu início é abrupto, não havendo a existência de avisos prévios.

Quanto ao seu curso, esta perturbação é vista como imprevisível, uma vez que as mulheres que se encontram neste período alternam entre estados de lucidez e de grande confusão mental (Hamilton, 1982, cit. por Figueiredo, 1994).

No entanto, o prognóstico é, em grande medida, favorável, tendo em conta que já se verificou que a reconversão dos sintomas sucede mais rapidamente num grupo de puérperas do que num que não esteja nestas condições, sendo a duração média do tempo de internamento, em Inglaterra, de apenas 2 a 3 meses nas unidades mãe-bebé (Brockington et al., 1982, cit. por Figueiredo, 1994).

Para se processar o diagnóstico de um quadro de psicose puerperal deve-se ter em conta a presença de quatro sintomas, que se podem manifestar de uma forma conjunta ou isoladamente. Estes sintomas são a confusão mental, o

delírio, as alucinações e a insônia. Parece que o sintoma que surge de uma forma mais consistente e emerge como sendo específico deste quadro é a confusão mental, ou seja, um estado confusional marcado.

Convém ressaltar que determinados autores têm-se deparado com a constatação de que a psicose, que surge no período puerperal, apresenta características diferentes daquelas que se fazem observar noutras alturas da vida, o que tem vindo a ser considerado como um argumento a favor da psicose puerperal como uma identidade psicopatológica separada (Figueiredo, 1994).

Relativamente às suas causas, determinados autores põem a ênfase na importância dos factores orgânicos, insistindo numa relação triangular que vai da psicose puerperal, passando pelo útero e o cérebro (Marcé, 1858; Paffenbarger, 1964 e Hamilton, 1982 cit. por Figueiredo, 1994).

Considerou-se pois que a evidência de alguns sintomas, que aparecem na psicose puerperal, estão geralmente presentes nos chamados distúrbios orgânicos, como sendo o quadro de delírio e o estado confusional. Tal constatação leva a crer que o funcionamento orgânico possa estar afectado neste quadro, quer seja por influências de natureza infecciosa, traumática ou hormonal. Para além destas indicações, já têm sido feitos diversos estudos que apontam para esta desregulação, tanto que se tem obtido nestes casos resultados satisfatórios, com a introdução de terapêuticas hormonais (George & Sandler, Hamilton, cit. por Figueiredo, 1994).

No entanto, uma vez que o que tem mais relevância, no contexto deste trabalho, é o funcionamento psicológico e a sua importância na etiologia deste tipo de psicose, constatou-se também que a história familiar tinha a sua importância, tendo-se verificado uma maior incidência de familiares que sofriam de psicose maníaco-depressiva entre as recém mães que manifestaram este quadro clínico, do que entre aquelas em que não se verificou a presença desta perturbação no pós-parto (Winokur, Behar, Vanvalkenburg & Lowry, cit. por Figueiredo, 1994).

Apesar da frequente dificuldade em diagnosticar, claramente, o quadro de psicose puerperal, é possível classificar cinco formas de psicose puerperal:

- * *Depressão severa ou melancolia* – prende-se com sentimentos de culpa, tendências suicidas, problemas relacionados com o sono, falta de apetite, fadiga extrema, observando-se também a presença de sentimentos de falta de esperança e de tristeza;
- * *Mania* – de acordo com Figueiredo (1994), embora seja o quadro oposto ao da depressão, em termos psicodinâmicos, esta reacção pode ser vista como uma negação massiva do estado depressivo. A este quadro estão associados a excessiva auto-confiança, nomeadamente em relação aos cuidados necessários à criança; presença de muita energia, não havendo necessidade de alimentação ou de descanso; verifica-se um discurso constante (tipo logorreico), tendo sido também identificados outros sintomas associados ao quadro da perturbação maníaco-depressiva. Estes sintomas geralmente conduzem à depressão.
- * *Esquizofrenia* – caracteriza-se por uma severa perturbação da personalidade acompanhada de delírios, alucinações, perturbações do pensamento, comportamentos bizarros ou imprevisíveis. Constata-se a presença de labilidade afectiva e também a presença de delírios de grandiosidade, e de alucinações, na sua maior parte, auditivas.
- * *Paranóia* – geralmente é classificada dentro do domínio da esquizofrenia e toma uma forma característica no período do puerpério. A mulher acredita que ela e o seu filho estão em perigo, pensando que qualquer conversa que ela testemunhe, mas que não possa ouvir, é sobre ela. Pode aparecer um quadro de alucinações, entre outros sintomas.
- * *Delírio puerperal* – é considerado como raro nas sociedades ocidentais. Caracteriza-se pela manifestação mental de desordens biológicas graves, como infecções, má nutrição, eclâmpsia (caracteriza-se por confusão, incoerência, agitação, ilusões e até alucinações visuais) (Pitt, 1985).

Por aqui se pode concluir que este quadro pode tomar variadas dimensões, sendo necessário uma maior clarividência acerca dos critérios para o seu diagnóstico.

Depressão Pós-parto

No que diz respeito a esta perturbação, aparece associada com manifestações de natureza depressiva, surgindo na ausência de qualquer que seja a ocorrência psicótica, com uma ocorrência de 10 a 15% das puérperas (Figueiredo, 1994). Devido à sua marcada incidência e à sua forte associação com factores de natureza psicossocial, tem lhe sido dada grande importância, na medida em que pode ter graves consequências tanto para a mulher como para o recém-nascido, tendo em conta que afecta de forma marcada a relação mãe-bebé (Tavares, 1990).

Este quadro foi primeiramente descrito por Pitt, em 1968 (cit. por Figueiredo, 1994), tendo sido estabelecidos critérios de diagnóstico. Em consequência foi feita referência à necessidade de se colocar esta perturbação numa categoria psicopatológica distinta. Para este autor a depressão pós-parto distingue-se da depressão neurótica em determinados aspectos fulcrais como sendo, a moderação dos sintomas, a quase ausência de alguns sintomas e a relevância de outros sintomas. Este autor constatou que as depressões pós-parto, pelo menos cerca de metade, desenrolavam-se logo nos primeiros meses e podiam também surgir ao longo de todo o primeiro ano do pós-parto. Outros autores (Kumar & Robson, 1984, cit. por Figueiredo, 1994) verificaram, do mesmo modo, que a incidência deste quadro de depressão é mais elevada no 2º ou 3º mês do período de puerpério, tendendo este quadro a manter-se por algum tempo (meses), mas geralmente não atinge um ano ou mais.

Apesar desta perturbação ter um início descrito como insidioso, que aparece entre os dois a três primeiros meses, podendo-se manter por algum tempo, raramente atinge uma situação extrema. Verificou-se que apenas 10% dos casos necessitam de intervenção prolongada (internamento) (Daltón, 1980, cit. por Figueiredo, 1994). Tal como já se tinha mencionado para o quadro

anteriormente descrito, o prognóstico é igualmente bastante favorável, na medida em que a reconversão dos sintomas parece suceder-se com relativa rapidez.

Os critérios de diagnóstico são a experiência de sintomas depressivos, que ocorrem durante os primeiros meses do pós-parto, com uma duração superior a duas semanas, e que se começam a tornar incómodos na medida em que a pessoa começa a enfrentar dificuldades no desempenho das suas actividades diárias e habituais. Aquilo que a parturiente sente e experiencia são sentimentos de abandono, sem fé e perspectivas de futuro, podendo inclusive isolar-se socialmente. O cansaço e exaustão são sintomas presentes, havendo também dificuldades em dormir e levar a cabo as tarefas quotidianas. A ansiedade também está patente neste quadro, sendo bastante significativa, podendo-se apresentar sob a forma de uma demasiada preocupação com aspectos de saúde e de alimentação do bebé. Os medos de natureza hipocondríaca, o sentimento de irritabilidade e de culpabilidade por não amar ou não prestar os cuidados devidos ao seu bebé, tal como os de inadequação ou de incapacidade para desempenhar o papel de mãe, também se podem verificar. De uma forma não tão frequente também estão presentes as mudanças de humor que se verificam no sentido de um agravamento para o fim do dia. Através de diversas investigações neste campo (Nott, 1982, cit. por Figueiredo, 1994) conclui-se que os sintomas que são mais frequentes desta perturbação são o humor depressivo, a irritabilidade e a ansiedade.

O que a recém mãe sente é uma mudança. Ela compreende mal as suas reacções, preocupa-se com a sua saúde, uma vez que está a viver um período de grande abatimento físico e intelectual. O evitar os contactos, isolar-se dos outros e do próprio o filho (pondo-o à distância ou mesmo delegando os seus cuidados a outras pessoas), são formas e tentativas de reduzir a sua angústia crescente (Tavares, 1990).

No entanto, relativamente à necessidade de uma categoria nosológica diferenciada da depressão "geral", outros autores (Cooper, Murray & Stein, 1991, cit. por Figueiredo, 1994) constataram que o perfil, correspondente aos

sintomas e ao estado mental das mulheres que se encontram deprimidas no puerpério, não se diferencia substancialmente daqueles observados também em mulheres noutros períodos das suas vidas. Esta prova faz supor que é mais difícil distinguir a depressão pós-parto da depressão que se sucede noutros momentos da vida (Areias, Augusto, Figueiredo, Calheiros, Figueiredo, 1993, cit. por Figueiredo, 1994).

No que concerne aos factores etiológicos da doença, tudo aponta para que seja um conjunto de factores diversificados, de natureza biológica, social e psicológica que estejam por detrás do desenvolvimento deste quadro.

Vários autores assinalaram diversos factores biológicos como responsáveis por esta perturbação. Fala-se então de alterações em níveis hormonais do sangue, como a progesterona ou o estrogéneo. Estes factores médicos nem sempre foram associados de um modo significativo com esta depressão. No entanto, estudos mais recentes levantam a hipótese de que as mulheres que sofrem complicações médicas durante o período de gestação e no parto, parecem ter uma maior probabilidade de desenvolver esta perturbação (Figueiredo, 1994). Deste modo, pode-se constatar a necessidade de dar continuidade a investigações nesta área já que as opiniões são bastante diversas.

Relativamente aos factores sociais, que se podem definir como adversidades de carácter social, parece que a sua presença é factor precipitante, nomeadamente o factor de natureza financeira. Mas, outros estudos demonstram que as mães pertencentes a classes média e alta estão tão sujeitas à depressão pós-parto como aquelas de classe baixa. Supõe-se que a ocorrência de acontecimentos de vida adversos tem sido positivamente associada ao aparecimento deste quadro (Figueiredo, 1994).

Relativamente aos aspectos psicológicos, parecem estar associados a esta perturbação a *história psiquiátrica prévia*, havendo evidências que mulheres que já tenham sofrido dificuldades desta natureza, apresentam um risco acrescido de desenvolver uma depressão deste tipo; as *dificuldades enfrentadas durante o período de gravidez*, que incluem estados de ansiedade,

depressão, dúvidas quanto ao desejo de prosseguimento, também parecem estar ligadas ao aparecimento deste distúrbio; e também a presença de "*blues pós-parto*", a sua intensidade, predispõe a mulher ao desenvolvimento de uma depressão pós-parto (Figueiredo, 1994). Segundo a opinião de Tavares (1990) este quadro, pode mesmo começar na maternidade sob a forma destes "*baby blues*", prolongando-se no tempo. Outros factores apontados como importantes na etiologia da depressão pós-parto foram ainda as *dificuldades de relacionamento*, tanto passadas como presentes, nomeadamente com a família. Em diversos estudos verificou-se que a depressão pós-parto era mais frequente em mulheres que tinham tido dificuldades no relacionamento familiar infantil, salientando-se a ausência de um pai durante a primeira infância, quer seja por perda ou por separação, e a presença de uma relação pobre com a figura materna. Para além destes factores, as experiências presentes também são marcantes. Destacam-se as dificuldades no relacionamento com a família, disfunções matrimoniais, englobando conflitos ou insatisfação, e também a falta de uma relação íntima e de confiança mútua com o cônjuge. De certo modo, a ausência ou indisponibilidade de um suporte emocional percebido, bem como instrumental, encontraram relação significativa com o quadro (Figueiredo, 1994). As mulheres que vivenciam altos níveis de *stress* durante o período de gravidez (e mesmo depois do parto), e/ou que não tenham uma relação de confiança com o cônjuge, sendo que este não se encontra disponível para ajudar no desenvolvimento do bebé (partilhando tarefas e cuidados), parecem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento deste quadro psicopatológico (Tavares, 1990).

Quadagno, D.M., Dixon, A.L., Denney, W. e Buck, H.W. (1986), realizaram investigações acerca das mudanças na disposição, tanto das mulheres como dos homens, durante o período do pós-parto e enfatizam que este é um período marcado emocionalmente, tanto para os homens como para as mulheres. Os resultados parecem indicar que a maioria dos homens e das mulheres tendem a vivenciar este período, em termos emocionais, de uma forma semelhante. Ambos os membros do casal tendem a descrever-se como mais ansiosos e preocupados mas também mencionam a vivência de afectos

mais positivos, descrevendo-se simultaneamente como mais entusiasmados e mais felizes.

No que diz respeito à prevenção dos quadros de perturbação mental no puerpério, ainda não se tem a certeza se tal é possível. No entanto, o risco de ocorrência e de prevalência, assim como o significado que os primeiros sintomas têm, deveriam servir como factores de alerta de modo a que o diagnóstico pudesse ser feito atempadamente e que o tratamento também tivesse o seu início o mais precocemente possível.

Consideramos que se deveria apostar na prevenção desde que a mulher grávida é vista pela primeira vez na consulta pré-natal. Poder-se-ia realizar um levantamento da sua história, ou seja, uma anamnese, onde constasse a história familiar, as suas características de personalidade, a situação social e conjugal, doenças anteriores, estado de espírito presente, atitude que mantém face à corrente gravidez, e quaisquer outros aspectos considerados relevantes (Pitt, 1985).

Tal como Oppenheim (1985) afirma, muitas das mulheres que se sentem ansiosas, têm de lidar com alguma ansiedade devido a alguns aspectos relativos à gravidez. Geralmente, é suficiente o simples assegurar, por parte do obstetra, das questões que as preocupam para ultrapassarem este estado. No entanto, há outras mulheres que precisam de ajuda, facto que só poderá ser despistado numa entrevista detalhada e pormenorizada, que cubra a história familiar, a história pessoal presente e passada, a história social, incluindo algum apoio psiquiátrico que tenha sido necessário. Só assim poderá ser possível levar a cabo uma prevenção.

Para além desta anamnese completa e extensiva, há também uma série de sinais que permitem indicar a ocorrência de uma gravidez não adaptada. Alguns destes sinais de alerta são especificamente psicológicos. Estes indicadores vão desde as excessivas preocupações e/ou medos em relação a magoar-se durante a gravidez, ou magoar o futuro bebé, até aos receios em relação ao casamento ou aos próprios pais. As fantasias ou pensamentos

estranhos, que são vividos como estando fora do seu controlo, assim como a perda de resposta emocional também constam destes indicadores. De igual modo, a presença de grandes variações de humor e comportamentos resistentes à gravidez constituem sinais aos quais se deve dar atenção.

Naturalmente que estes sintomas e sinais existem em todas as mulheres grávidas, variando num contínuo de gravidade, indo do normal para o não normal. No entanto, se se estiver sensibilizado para estes sinais e para os seus possíveis significados subjacentes, é possível caminhar para uma prevenção terapêutica efectiva de um eventual quadro de distúrbio psicológico (Offerman-Zuckerberg, 1980).

Considera-se essencial numa perspectiva preventiva, que a mãe veja e toque o seu filho imediatamente após o parto, dando-lhe assim a oportunidade de experimentar a grande alegria e o enorme alívio de afastar todos os receios e dúvidas que a tinham assaltado durante a gravidez. (Cordeiro, 1994).

O período do pós-parto tem uma grande importância na evolução da mãe e do seu filho e, sendo esta a altura em que a mulher está mais predisposta aos distúrbios psicológicos e durante a qual o bebé está quase exclusivamente com ela, torna-se fundamental olhar este período como importante e decisivo para um desenvolvimento saudável e harmonioso do bebé (Figueiredo, 1994).

É fundamental fazer um levantamento dos principais distúrbios que podem ocorrer no pós-parto porque é neste período que se pode observar, com maior objectividade, desvios no desenvolvimento normal de um bebé e/ou verificar, com mais nitidez, o estilo de relação objectal estabelecida com a sua mãe. No entanto, consideramos que o acompanhamento atento de um casal grávido pode fornecer fortes indícios relativamente ao desenvolvimento dos vários elementos integrantes da família e, deste modo, delinear estratégias de intervenção profilácticas, caso seja necessário.

PSICOPATOLOGIA DO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Ao desenvolver um trabalho em prevenção da saúde mental, considerado como profilático, é indispensável ter a noção do que é “normal” e do que é patológico, na fase de desenvolvimento em estudo. É por essa razão que, neste capítulo, se procura realizar uma breve síntese dos principais transtornos que decorrem ao longo do primeiro ano de vida.

Neste sentido, Spitz é sem dúvida um autor a ter em consideração dado o seu conhecimento e a sua longa investigação nesta área.

No seu livro, “*O primeiro ano de vida*”, pode-se verificar que, a partir de uma perspectiva etiológica, o autor defende e enfatiza uma teoria que tem por base dois pressupostos:

1. O desenvolvimento e crescimento de um bebé é determinado pelo tipo de relação objectal que estabelece com a sua mãe, podendo o mesmo manifestar, ou não, perturbações ao nível psicológico e/ou físico.
2. O desenvolvimento de uma criança dá-se por estagios, ao longo dos quais é possível verificar uma complexificação crescente da sua personalidade, das suas competências físicas, motoras, comportamentais, etc.

Assim sendo, quanto mais tóxica for a relação objectal, estabelecida entre a mãe e o seu filho, e quanto mais cedo ocorrer ao longo do desenvolvimento do bebé, mais graves serão as perturbações apresentadas por ele.

Outra obra a ter em consideração é o “*Manual de psicopatologia do recém-nascido*”, de Mazet & Stoleru (1990). Estes autores apresentam um levantamento das principais perturbações da criança, ao longo do seu desenvolvimento, mas a sua obra tem um carácter predominantemente

descritivo. O seu objectivo é o de fornecer material suficientemente organizado, que permita uma prevenção, o mais precoce quanto possível, da ocorrência de distúrbios graves.

Tendo em atenção a investigação feita por Davidson & Choquet (1984 cit. por Mazet & Stoleru, 1990)), Mazet & Stoleru, numa primeira fase procuram dar uma definição de “**grupo de crianças de alto risco**” e “**grupo de crianças de baixo risco**”, no que se refere à saúde.

Apresentam assim, um conjunto de sinais a ter em conta, que podem surgir no relato da história clínica de uma criança, com base nos quais procedem à discriminação entre crianças de alto risco e crianças de baixo risco.

Posteriormente, estes autores fazem uma descrição extensa de numerosos distúrbios e transtornos, tendo em conta quatro categorias: expressão somática; transtornos do desenvolvimento; perturbações do comportamento e expressão mental.

Seguidamente serão apresentados, de forma mais pormenorizada, algumas das teorias e pensamentos destes autores.

Contribuições de René Spitz (1979)

Spitz foi um dos autores que mais contribuiu para que a psicopatologia infantil fosse definitivamente considerada como específica e não mais uma aplicação da psicopatologia do adulto às crianças.

Detentor de um profundo conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, procurou definir o funcionamento dito “normal” suportando-se em duas hipóteses:

- “...é possível “medir” de modo absoluto e relativo o progresso do desenvolvimento, em estágios sucessivos, durante o primeiro ano de

vida, e apresentar as descobertas em forma de resultados numéricos”
(Spitz, 1979)

- É possível deduzir o funcionamento dito “normal” de um indivíduo, com base no estudo aprofundado de doenças e distúrbios.

Com base na sua longa experiência, o autor procurou estudar, de forma mais cuidada, as relações objectais. Através desse estudo postulou que uma criança, se tiver boas condições de saúde e se mantiver boas relações objectais com a mãe, desenvolver-se-á “normalmente”.

No entanto, é fundamental salientar que alguns dos contributos de Spitz se baseiam em pressupostos teóricos datados e, como tal, não detém o mesmo valor actualmente. Referimo-nos de uma forma mais específica ao conceito de narcisismo primário. Assim, a nossa perspectiva considera que o estado de narcisismo, a ser considerado, é sempre secundário uma vez que o bebé quando nasce, manifesta desde logo uma personalidade própria, transportando consigo as experiências vividas ao longo do período intra-uterino, experiências estas também relacionais, estabelecidas com o ambiente em que se encontra. Não se encara que a sua perspectiva se encontre ultrapassada uma vez que a personalidade de qualquer indivíduo se encontra em constante formação e se considera que os primeiros tempos de vida são decisivos no desenvolvimento da individualidade de cada ser.

Serão descritos seguidamente, os principais contributos do autor, no que concerne à sua proposta de psicopatologia infantil, respeitando o seu pensamento de forma fidedigna.

Relações objectais “normais”

Se se pensar com seriedade sobre o constructo “Normal”, chega-se à conclusão de que a sua definição é muito difícil de alcançar. No entanto, parece irrefutável que para se poder considerar uma relação objectal como “normal” tanto a mãe como a criança sejam consideradas como satisfeitas.

Assim sendo tem que se ter em consideração o conceito de “Satisfação” – da mãe e da criança.

A satisfação que a mãe pode alcançar do relacionamento com o seu filho, resulta em larga medida de:

1. o papel que representa a maternidade para a sua personalidade específica.
2. a maneira como os diferentes elementos que constituem a sua personalidade são transformados e se transmitem até ao nascimento da criança
3. a forma com que um “determinado filho” (específico, uma vez que o seu equipamento genético também o é), manifesta competência para sintetizar os diferentes elementos da personalidade da mãe e, simultaneamente, adaptar-se às situações proporcionadas pela realidade exterior.

Já o bebé para alcançar o estado de satisfação na relação objectal com a sua mãe tem que ver necessidades bem diferentes realizadas. Estas necessidades variam ao longo do seu desenvolvimento como sendo:

1. num primeiro tempo, necessidades de ordem predominantemente fisiológica, como segurança, conforto, possibilidade de descarga de tensão e, frequentemente, alívio da tensão de desprazer.
2. com a emergência do ego, a satisfação das necessidades só é possível se alcançada uma relação progressivamente mais variada e complexa, possibilitando a satisfação de pulsões libidinais e agressivas.
3. a qualidade das respostas, que a mãe fornece às acções da criança e que permite a integração do processo de amadurecimento do bebé, conduzindo a uma complexidade crescente na estrutura do ego.

É esta complexidade crescente do ego que leva à criação de sistemas múltiplos e a uma expansão do leque de satisfações que a criança passa a exigir das relações objectais. Assim, as relações objectais resultam sempre da interacção de dois elementos, o bebé e a mãe, sendo que um deles provoca uma resposta do outro. Nestas relações actuam forças que conduzem a que ambos se completem. Por um lado há uma procura de se satisfazerem e por

outro, com a obtenção de satisfação de um deles, proporcioná-la também ao outro.

Uma relação desta ordem de complexidade pode ser responsável pelo aparecimento de uma série de perturbações, caso surjam quebras de sintonia. Para tal é condição suficiente que um dos elementos (com mais frequência a mãe) esteja em desarmonia com o seu ambiente. Esta desarmonia, acontecendo com a mãe, reflectir-se-á inevitavelmente no desenvolvimento do seu bebé de forma amplificadora, podendo conduzir a transtornos e patologias.

Distúrbios das relações objectais: factores quantitativos e qualitativos

Segundo Spitz, as relações mãe-filho não são, num primeiro tempo, equitativas para cada elemento da díade. A mãe apresenta um papel activo e dominante enquanto a criança manifesta-se mais como um receptor passivo. Assim sendo, é possível levantar várias hipóteses:

- Perturbações da personalidade materna terão reflexos nas perturbações da criança.
- Durante o primeiro ano de vida, as influências psicológicas prejudiciais resultam de relações objectais insatisfatórias, tornando-se **patogénicas**.

Relações objectais insatisfatórias podem ser divididas em duas categorias:

a) Relações inadequadas entre mãe e filho

Diferentes transtornos encontrados em crianças parecem ser um resultado de um dado padrão de comportamento materno. É importante vincar que o início de uma doença só pode ocorrer quando os factores psicológico e congénito actuam em conjunto. Pode-se concluir que onde existem relações inadequadas entre mãe e filho, a personalidade da mãe não possibilitou ao filho uma relação normal. Por consequência a personalidade da mãe actuou como toxina psicológica. É por esta razão que Spitz, R. (1979) denominou

as doenças resultantes deste tipo de relações como *doenças psicotóxicas da primeira infância*.

b) Relações insuficientes entre mãe e filho

A privação de relações objectais ao longo do primeiro ano de vida tem, para a criança, consequências gravemente prejudiciais; isto porque, ao não se arranjar um substituto adequado, o bebé é privado de provisões libidinais. Por esta razão o autor denominou este segundo grupo de *doenças de carência afectiva*. Esta carência afectiva pode ser de duas ordens consoante as suas consequências: *carência parcial e carência total*.

Distúrbios Psicotóxicos

Spitz conseguiu definir um conjunto de padrões de comportamento patogénicos, empregues pelas mães, e que se mostram associados à ocorrência de distúrbios psicotóxicos nas crianças. São eles:

- Rejeição primária manifesta
- Superpermissividade ansiosa primária
- Hostilidade disfarçada em ansiedade
- Oscilação entre mimo e hostilidade
- Oscilação cíclica de humor da mãe
- Hostilidade conscientemente compensada

Rejeição Primária Manifesta

Este tipo de rejeição pode-se manifestar de forma activa ou de forma passiva. Na primeira situação, rejeição primária activa, a mãe rejeita de uma forma global a maternidade (gravidez, bebé, etc.). Com frequência verifica-se nestes casos a morte da criança, o seu abandono ou a sua entrega para adopção.

Na rejeição primária passiva o bebé torna-se, em situações extremadas, "comatoso, com dispneia do tipo Cheyne-Stokes, palidez extrema e sensibilidade reduzida" (Margaret Ribble, 1938 cit. por Spitz, R., 1979). Supõe-se que estas reacções muito precoces deixam marcas psicossomáticas, apesar de representarem menos perigo de vida. É exemplo disso o **vómito infantil**. Pensa-se que num primeiro tempo a reacção de rejeição passiva é dirigida contra a maternidade, não contra a criança. Só mais tarde, com o desenvolvimento da personalidade do bebé é que se torna especificamente dirigida à criança.

Esta hostilidade generalizada que estas mães sentem tem origem na sua história de vida pessoal, das relações que têm com o pai da criança, das suas próprias relações objectais primárias e dos seus conflitos e ansiedades subjacentes.

No princípio de vida do bebé, ainda não estão organizadas as suas defesas. O seu estado inicial, denominado por Freud de narcisismo primário, vai evoluindo de uma forma progressiva para as primeiras formas de comportamento oral. Assim sendo, é natural que os sintomas apresentados nesta fase de vida, resultantes do transtorno da criança, se expressem através de sintomas orais.

Superpermissividade Ansiosa Primária

Este comportamento parece estar associado com o aparecimento do distúrbio da "**cólica dos três meses**". Este transtorno caracteriza-se por, após a terceira semana de vida e ao longo dos três primeiros meses, o bebé começar a gritar à tarde. O facto de o bebé ser alimentado pode aliviá-lo mas apenas de uma forma temporária. Passado pouco tempo, o bebé volta a manifestar os sintomas da cólica. As suas fezes não são patológicas. No final do terceiro mês, aproximadamente, o transtorno parece desaparecer sem que se perceba como, aliás da mesma forma como surgiu.

A partir dos resultados alcançados por diversos observadores (Weil & Pedu, 1900; Finkelstein, 1938; Alarcon, 1929, 1943; Soto, 1937; Levine & Bell, 1950;

cit. por Spitz, 1979) chegou-se à conclusão de que *o excesso de preocupação da mãe e a hipertonicidade da criança à nascença* parecem estar na origem da etiologia da cólica dos três meses.

Este tipo de perturbação parece ocorrer com mais frequência aquando da utilização do sistema da “alimentação-a-pedido”. Neste sistema defende-se que o bebé deve ser alimentado quando manifesta desejo disso e é contra a utilização de um horário pré-determinado para a amamentação. Naturalmente que uma mãe muito ansiosa, ou “supersolícita”, tenderá a reagir às situações de manifestação de contrariedade do filho alimentando-o.

Todas as crianças têm necessidade de descarregar tensão – tensão libidinal geral existente no bebé – sendo que a criança hipertónica tem uma maior necessidade de o fazer, descarregando quantidades bastante maiores de tensão e com mais frequência do que uma criança mais calma. Inicialmente, o órgão privilegiado de descarga é a boca. Estudos mostram que a amamentação tem a função de ingestão de alimento, que satisfaz tanto a fome como a sede, mas também tem a função de descarga de tensão (David Levy, 1934 cit. por Spitz, 1979). Pode-se assim inferir que no decorrer das primeiras semanas de vida, o meio privilegiado para descarga de tensão acumulada é a actividade oral.

Pode-se explicar o processo de ocorrência da cólica dos três meses do seguinte modo: a criança hipertónica necessita de descarregar maiores quantidades de tensão do que as outras crianças. Sendo assim, com frequência a amamentação não permite descarregar a quantidade de tensão necessária para o bem-estar do bebé. Após a alimentação, o bebé hipertónico chora e grita como forma de descarregar parte da tensão ainda acumulada. Se este bebé tiver uma mãe muito ansiosa, esta tenderá a responder de imediato, interpretando este choro como de fome e, como tal, alimentando novamente o seu filho. A criança acalma-se um pouco uma vez que descarrega mais tensão através da alimentação, mas entretanto este alimento que a criança ingeriu vai sobrecarregar o aparelho digestivo, aumentar a tensão e sensação de desprazer provocando uma nova cólica e mais choro, e o ciclo recomeça.

Esta situação é frequente até aos três meses e depois parece desaparecer misteriosamente. Há vários factores que contribuem para isso mas o mais importante resulta do facto da criança ao longo do terceiro mês desenvolver as primeiras reacções intencionais e dirigidas. Passa a existir para o bebé uma grande variedade de actividades físicas, afectivas e mentais, que lhe permitem o seu envolvimento bem como a descarga de tensão. Deixa assim de ser apenas a zona oral com essa função.

Hostilidade Disfarçada em Ansiedade Manifesta

Observou-se que crianças que manifestam **eczema infantil** tendiam a apresentar mães com atitudes maternas de ansiedade manifesta, principalmente em relação ao seu bebé. Esta ansiedade manifesta correspondia à existência de uma quantidade enorme de hostilidade inconsciente reprimida. Estas mães manifestam uma personalidade infantil, não gostam de tocar nos filhos, ficam muito preocupadas com a fragilidade, a vulnerabilidade dos seus bebés.

As crianças que desenvolvem o eczema infantil apresentam também características específicas: há uma predisposição congénita, apresentam valores médios muito mais elevados de resposta de excitabilidade cutânea do que as outras crianças, têm mães com personalidade infantil, manifestando hostilidade disfarçada de ansiedade, e apresentam um atraso característico nos sectores da aprendizagem e da sociabilidade. Este atraso na aprendizagem corresponde ao domínio da memória e da imitação. Relativamente à imitação, o seu atraso pode ser explicado pelo facto das mães ansiosas, porque têm grande dificuldade em tocar nos bebés ao longo dos 6 primeiros meses, correspondendo ao estágio de narcisismo primário, tornam a *identificação primária* difícil.

Qual a importância da identificação primária no desenvolvimento do indivíduo? Pode-se começar por definir este termo. "A identificação primária consiste, então, na vivência que a criança tem de tudo o que existe em seu ambiente,

que se refere à satisfação de necessidades (satisfação da pulsão), como parte da sua própria pessoa e corpo, fora do qual nada existe" (Spitz, 1979).

Assim sendo, as mães muito ansiosas, que evitam o contacto físico com os seus filhos, negando-lhes essa satisfação, dificultam de uma forma marcada a identificação primária. No entanto, para que haja diferenciação entre a criança e a mãe, identificações tácteis e outras têm de ser vividas, rompidas e superadas. Por outras palavras, este comportamento materno impede a formação de um ego da criança e, por consequência uma vez que indispensável, a formação de identificações secundárias.

Assim como a cólica dos três meses, o eczema infantil aparece com maior incidência num determinado período do desenvolvimento e desaparece espontaneamente no final do primeiro ano. Pensa-se que esta autolimitação esteja relacionada com o processo de maturação da própria criança. A locomoção é adquirida e essa nova competência permite-lhe tornar-se mais independente da mãe. Pode assim substituir as relações objectais estabelecidas por estímulos que ela mesma pode obter. No entanto, é de prever que este período intermediário do eczema deixe marcas no desenvolvimento psíquico da criança.

Oscilação entre Mimo e Hostilidade

Este comportamento materno parece estar estreitamente associado ao **balanço do bebé**, e verifica-se com grande frequência em instituições.

A actividade de balanço é normal ocorrer em crianças a partir dos 6 meses de vida. De facto, só se considera este comportamento como patológico quando se torna a principal actividade do bebé afectado, tomando o lugar da maior parte das outras actividades habituais neste período do desenvolvimento. Pensa-se que o factor determinante que está na origem do balanço patológico é o elemento humano, que nesta altura do desenvolvimento tem a maior relevância em termos emocionais.

As mães destas crianças apresentam certas características como “personalidades extrovertidas, facilidade no contacto intenso e positivo e com tendências nitidamente aloplásticas” (Spitz, 1979). Na grande maioria dessas mães, também é possível constatar a existência de personalidades infantis, dificuldade de controlar a sua agressividade, bem patente nas suas explosões frequentes de emoções negativas e violenta hostilidade. Estas mães com frequência descarregam as suas emoções instáveis nos seus bebés, acabando estes últimos por ficarem expostos a períodos alternados de “explosões intensas de carinho, de amor, e a explosões igualmente intensas de hostilidade e fúria” (Spitz, 1979). Ou seja, as denominadas *oscilações entre mimo e hostilidade*.

As crianças sujeitas a este tipo de atitudes maternas apresentam características próprias. Na maioria delas, é possível constatar pontos baixos sintomáticos no seu perfil de desenvolvimento, ou seja pode-se verificar que o desempenho num sector se encontra desnivelado em relação aos outros sectores da personalidade. Geralmente estas crianças apresentam um atraso no desenvolvimento do sector de adaptação social e do sector da capacidade manipulatória (mexer, manipular, manejar objectos inanimados).

Como consequência do atraso nestes sectores, as crianças que se balançam têm uma enorme dificuldade em relacionarem-se com seres, quer vivos quer inanimados bem como incapacidade de tomarem iniciativa relativamente ao ambiente.

Supõe-se deste modo que as mães destas crianças acabam por não permitir o estabelecimento do objecto primário, libidinal, e assim sendo todas as outras relações objectais posteriores se tomam muito pouco viáveis. A criança fica retida num estagio de narcisismo primário, de forma que as suas possibilidades de descarregar a sua pulsão libidinal se reduzem ao balanço.

Oscilações Cíclicas de Humor da Mãe

A **coprofagia** e a **manipulação fecal** em crianças, parecem estar estreitamente associadas a esta forma de comportamento materno. Embora muito dificilmente observáveis têm sido detectadas entre o nono e o décimo quinto mês de vida.

As mães destas crianças apresentam frequentemente sintomas clínicos de depressão. Manifestam igualmente intensas alterações de humor, que decorrem de forma intermitente, em relação aos seus filhos. A duração de um dado estado de humor parece variar entre os dois e os seis meses, variando entre a hostilidade extrema, acompanhada de rejeição, até à compensação extrema dessa hostilidade, que surge sob a forma de “supersolicitude”. Estas mães têm uma personalidade profundamente ambivalente.

As crianças que apresentam coprofagia e manipulação fecal manifestam um estado afectivo de depressão, não deixando de ser notório a existência de sintomas orais (ao contrário das que sofrem de depressão anaclítica).

É importante vincar que cada período de humor tem uma duração relativamente longa, ao contrário das explosões de humor manifestadas pelas mães de crianças que balançam. Apesar de tudo há uma certa forma de relação objectal nos bebés coprofágicos, ainda que patológica.

Anna Freud (1960, cit. por Spitz, 1979) chamou a atenção para o facto do humor depressivo materno provocar na criança uma tendência para inclinações depressivas. Deve-se ver este fenómeno como uma forma de “infecção”, a criança é infectada pelo ambiente afectivo.

Verificam-se três componentes do quadro clínico da coprofagia:

- A depressão leva à incorporação do objecto perdido;
- Há um acompanhamento da depressão da mãe pela criança;
- Ocorreu o correspondente duma perda do objecto “bom”.

Esta perda da mãe, que entra em depressão, vivenciada pela criança é uma perda emocional, não física. Esta mãe depressiva impede o desenvolvimento saudável do seu filho no momento em que se distancia dele por se encontrar nesse estado de depressão, transformando-se para o seu filho num objecto “mau”. A tendência incorporativa global da criança coprofágica equivale à tentativa de manter aquilo que já alcançou no que respeita às relações objectais. A coprofagia é facilitada na medida em que tende a surgir no decorrer da passagem da fase oral à fase anal.

Hostilidade Materna Conscientemente Compensada

Este tipo de comportamento materno é extremamente difícil de detectar uma vez que é com frequência bem disfarçado. Considera-se que está na origem da reacção de **hipertimia** na criança, embora também seja dificilmente detectada, uma vez que só se desenvolve plenamente numa fase posterior ao primeiro ano de vida.

A atitude da mãe, nestas situações, resulta de um conflito consciente. A mãe tem a noção de que o seu filho serve para se satisfazer de forma narcísica e exibicionista e não representa verdadeiramente um objecto de amor. Como se apercebe que a sua atitude não é adequada, vive uma culpabilidade que procura diminuir supercompensando de uma maneira consciente a criança.

Estes bebés apresentam uma enorme competência para a manipulação de objectos, uma vez que se verifica frequentemente uma compensação a nível material. No entanto, o desenvolvimento do seu sector social encontra-se atrasado. Há uma tendência para que a sua personalidade evolua no sentido denominado *hipertímica-agressiva* (John Bowlby, 1946 cit por Spitz, 1949).

Doenças de Carência Afectiva

Este tipo de transtornos é causado essencialmente por um factor de ordem quantitativa. De facto, a origem deste tipo de doenças parece antes resultar da ausência da mãe, seja por mau trato, morte, ou por hospitalização do filho. Estas doenças também só ocorrem quando o substituto materno é inexistente ou desadequado. Nestas situações a criança fica privada dos cuidados maternos bem como das reservas afectivas que normalmente receberia da mãe. Por outras palavras, a gravidade do transtorno sofrido pela criança, que é privada de se relacionar com a sua mãe, é directamente proporcional à duração da privação.

Privação Afectiva Parcial

A síndrome por excelência de privação afectiva parcial é a **depressão anaclítica**, descrita pela primeira vez por Spitz (1946b cit. por Spitz, 1979). Tem esta denominação por apresentar uma sintomatologia e expressão facial que recorda os adultos que sofrem de depressão. Salienta-se a perda do objecto de amor, factor determinante para o desenvolvimento desta doença. Não se pode considerar a depressão anaclítica e a depressão nos adultos como entidades psiquiátricas iguais na medida em que, enquanto nos adultos a patologia deve-se à presença de um super-ego extraordinariamente rígido e cruel (conduzindo à fragmentação do eu), nas crianças deste nível etário não se considera a existência de super-eu.

Este distúrbio parece ocorrer em crianças que entre o sexto e o oitavo mês de vida sofreram a ausência materna por um período aproximado de três meses. É também necessário que a criança tenha estabelecido, antes da separação, uma boa relação com a mãe. O desenvolvimento médio desta síndrome caracteriza-se por:

- No primeiro mês de privação da mãe, as crianças tornam-se mais exigentes e verifica-se um choro mais intenso e frequente. Se outra pessoa consegue entrar em contacto, tendem a ligar-se a ela.

- No segundo mês verifica-se uma estagnação do desenvolvimento ocorrendo perda de peso. O choro não é raro transformar-se em gemido.
- No terceiro mês estas crianças evitam o contacto e a sua posição habitual é de bruços na cama. A perda de peso mantém-se e surge a insónia. Parece existir uma tendência para contrair doenças; o atraso motor é agora generalizado. Dá-se o início da rigidez facial.
- Depois do terceiro mês a rigidez facial está bem estabelecida. A criança deixa de chorar surgindo em seu lugar a lamúria. A letargia passa a verificar-se, em vez do atraso motor e constata-se uma diminuição do quociente de desenvolvimento.

Salienta-se que este transtorno parece apresentar um período crítico até três meses de separação. Depois decorre um período transitório de aproximadamente dois meses durante o qual todos os sintomas, atrás mencionados, se acentuam. Se for retomado o contacto com a mãe, habitualmente há uma recuperação por parte da criança. Se a privação se mantém, a sintomatologia altera-se de forma radical e evolui para um prognóstico consideravelmente mais grave denominado por Spitz (1945 a cit. por Spitz, 1979) de **hospitalismo**.

Privação Afectiva Total

É neste contexto que se considera o **hospitalismo**. A privação afectiva total é considerada como tal quando a criança é privada de todas as relações objectais por um período superior a cinco meses, durante o primeiro ano de vida. Neste caso, a relação que possa ter sido estabelecida com a mãe deixa de ter grande importância.

Após este período de tempo verifica-se que as crianças manifestam um evidente atraso motor e uma completa passividade. Mantém-se imóveis sendo incapazes de, se necessário, virarem-se de bruços. Apresentam uma expressão vaga e imbecil bem como uma deficiente coordenação ocular. Quando, após algum tempo, adquirem novamente a motilidade esta toma "a forma de *spasmus nutans* em algumas crianças; outras apresentam estranhos

movimentos *descerebrados* ou *atetósicos* (Spitz, 1945^a cit. por Spitz, 1979). O seu quociente de desenvolvimento decai progressivamente atingindo 45% do normal, no final do segundo ano de vida. Se não de derem alterações, este quadro progredirá de forma inevitável para o marasmo e morte.

Pode-se comparar a síndrome do hospitalismo com a sequência de sintomas apresentados por Selye (1950, cit. por Spitz 1979) em crianças expostas a prolongada tensão. Assim é viável considerar a privação emocional prolongada como um dos activadores mais relevantes de tensão.

Contribuições de Mazet & Stoleru (1990)

Estes autores propõem uma classificação para as manifestações de sofrimento psíquico do bebé, bem como para as perturbações do seu desenvolvimento, distinguindo-os em quatro categorias:

1. Expressão somática, caracteriza-se pelo facto de que o sintoma se manifestar através do corpo;
2. Transtornos do desenvolvimento, a perturbação afecta os meios que o bebé tem para se conhecer a si mesmo, ao meio que o rodeia e as formas de comunicar com esse meio;
3. Perturbações do comportamento, transtornos que se expressam no comportamento do bebé;
4. Expressão mental, perturbações que se traduzem por alguma forma de expressão mentalizada do sofrimento da criança.

Para se poder fazer um trabalho ao nível da prevenção, e uma vez que muitas das perturbações manifestadas pelo bebé não são facilmente detectadas ou consideradas, procuraram-se formas de se poder seleccionar as crianças que, num futuro próximo, maior probabilidade têm de contrair algum tipo de doença ou perturbação.

Davidson & Choquet (1984 cit por Mazet & Stoleru, 1990) procuraram definir "crianças de alto risco", no que respeita à saúde, a partir das seguintes características:

- Despertar frequentemente durante a noite
- Sono agitado
- Adormecimento difícil
- Pesadelos
- Má saúde, segundo a opinião da mãe
- Asma
- Rinofaringites frequentes
- Bronquites repetidas
- Pelo menos uma hospitalização entre os 18 meses e os 3 anos
- Cóleras frequentes
- Descontentamento frequente
- Apetite muito caprichoso
- Ausência de objecto transicional
- Nunca brinca sozinho
- Recebe administração de medicamentos sedativos
- Sofre muitos acidentes entre os 18 meses e os 3 anos

Através de estudos feitos, chegaram à conclusão de que "crianças de alto risco" manifestam pelo menos seis destes sinais, sendo que a maioria das crianças observadas de "baixo risco", não apresentam mais de três destes sinais.

Transtornos com Expressão Somática

Na primeira infância, as perturbações do bebé são com grande frequência manifestadas através do corpo, em especial ao nível alimentar e do sono.

a) *Transtornos do sono*

Este tipo de transtornos representa um indicador privilegiado do mal-estar do bebê, em especial ao longo dos dois primeiros anos de vida. Apesar de na maioria dos casos serem benignos, devem-se ter em atenção e não devem ser banalizados.

Um recém-nascido necessita em média de 17 horas de sono por dia, verificam-se no entanto variações individuais consideráveis ligadas ao património genético e às condições do seu desenvolvimento durante a gestação e o parto.

No decorrer das primeiras semanas de vida, o ritmo de vigília-sono efectua-se segundo ciclos de três, quatro horas. Assim sendo, os despertares nocturnos são considerados normais até ao segundo mês de vida. A partir da 16ª semana, já é possível reconhecer de forma marcada os períodos nocturno e diurno, respectivamente.

As **insónias** representam os transtornos do sono mais comuns, sobretudo no primeiro trimestre. Geralmente são marcadas por períodos curtos de sono, choros, gritos e despertares frequentes e têm repercussões na vida familiar, provocando, usualmente, um ambiente de exasperação, esgotamento e, num segundo tempo, intolerância.

Um segundo tipo de insónias é a **insónia calma** e caracteriza-se pelo facto do bebê se manter acordado a noite inteira, de olhos abertos, sem fazer barulho. Quando tal sinal ocorre é conveniente tê-lo em especial atenção uma vez que, com frequência, está associado a graves transtornos da personalidade da criança.

A eventual gravidade das insónias é avaliada em função da sua duração e persistência no tempo, após alguns conselhos dados aos pais sobre a acessibilidade das pessoas que rodeiam o bebê, bem como o seu funcionamento mental.

Esta forma de transtorno pode estar ligada a condições educativas pouco favoráveis, (por exemplo, uma alimentação pouco adaptada às necessidades

do bebé), distorções das relações mãe-criança (por exemplo, e especialmente, a psicopatologia materna).

A **hipersonia**, também denominada como sonolência diurna excessiva, é outra perturbação do sono que pode ocorrer, embora muito menos frequentemente. Caracteriza-se por sonolência prolongada, indiferença, pouca reactividade, silêncio e tranquilidade. Pode estar associado a deficiência mental, a estados de retraimento autista precoce ou a um contexto de depressão e de tristeza.

b) Transtornos alimentares

Este tipo de perturbações constitui a principal psicopatologia até ao primeiro ano de vida, sendo a anorexia e os vómitos os sintomas mais frequentes. Não é de estranhar uma vez que a alimentação está no cerne da relação mãe-criança.

A **anorexia** é a perturbação alimentar mais frequente e pode-se manifestar de várias formas, sendo a mais comum a *anorexia do segundo semestre*. Caracteriza-se por uma recusa da alimentação e surge quando a criança apresenta um certo nível de autonomia, sem dúvida uma forma em que controla a situação. Pode dever-se a diferentes condições como: representar um reacção a um acontecimento (nascimento de um irmão, separação, etc.) ou estar associada a um contexto de depressão. Surge com frequência associado a uma deficiência grave da função materna, não permitindo experiências suficientemente prazerosas, especialmente ao nível oral, impondo-lhe mensagens particularmente incoerentes.

Outra forma de transtorno alimentar é a **hiperfagia** e consiste na ingestão desmesurada de alimento. Pode estar relacionada com os hábitos alimentares familiares, ser um comportamento ligado a conflitos psicológicos ou ainda uma incapacidade de tolerar a frustração e o tempo que decorre até à satisfação. Com frequência conduz à obesidade.

É importante distinguir esta perturbação da **bulimia**. Esta última usualmente aparece espontaneamente como forma de resposta a choques emocionais ou ao surgimento de angústia resultante de contextos psicológicos diversos.

Outro transtorno alimentar é a **potomamia**, que corresponde à absorção de grandes quantidades de líquidos. Geralmente é mais um sintoma que acompanha diferentes quadros psicopatológicos.

A **pica** consiste na absorção de substâncias não alimentares como sabão, giz, terra, papéis, etc.

A **coprofagia** (transtorno também descrito em Spitz).

Gutton (1983 cit por Mazet & Stoleru, 1990) procurou descrever e explicar outras perturbações ligadas à alimentação como a **oralidade frenética** e a **anoralidade**. A oralidade frenética manifesta-se quando o bebé, aparentemente, apresenta uma avidez oral que nunca é satisfeita. No entanto, durante as refeições alimenta-se mal, chora enquanto bebe, é rápido a engolir e no fim vomita. A anoralidade atinge sobretudo bebés perturbados ao nível somático, hospitalizados e que se alimentam mal apesar de não rejeitarem a comida.

Os **vómitos** e o **mericismo** surgem como perturbações alimentares mas também associados aos transtornos digestivos e intestinais.

É habitual na existência de condições psicológicas e relacionais insatisfatórias a ocorrência de vómitos. Podem surgir de forma aguda, em situações que implicam uma alteração das condições de vida; neste caso são denominados de *vómitos de aparecimento brusco*. Podem ainda ser comparados a algumas formas de anorexia uma vez que o alimento é aceite e posteriormente rejeitado.

O mericismo ou ruminação é composto por dois momentos: um primeiro em que ocorre o vómito ou regurgitação, seguido de uma mastigação prolongada destes alimentos. Este comportamento surge preferencialmente quando a criança está sozinha e a partir dos 6 a 8 meses de vida. Assim esta

perturbação representa uma forma desviada de auto-erotismo correspondendo a uma compensação de uma “falta” ou “perda” por parte da mãe.

c) Transtornos Digestivos e Intestinais

Como já foi referido anteriormente, os vômitos e o mericismo ou ruminação são considerados, da mesma forma, como perturbações do aparelho digestivo.

São também frequentes as **cólicas idiopáticas do primeiro semestre** (transtorno também descrito por Spitz).

A **diarreia** e a **obstipação** são perturbações intestinais que muitas vezes podem constituir uma forma de resposta do bebé a tensões ansiosas resultantes de agressividade existente das figuras que o rodeiam, sobretudo no primeiro semestre.

d) Transtornos Respiratórios

Relativamente ao aparelho respiratório é importante fazer referência à perturbação do **espasmo do soluço**. Surge com mais frequência entre o segundo semestre e os três anos. Corresponde à forma alargada do desmaio e perda de respiração que interrompe o choro de algumas crianças conduzindo à perda de consciência e, se esta for prolongada, a convulsões. O seu aparecimento está associado à mudança brusca de afecto, sendo desagradável, de uma figura relacional mais próxima.

Outra perturbação a ter em atenção é a **asma** que se caracteriza por ter, habitualmente, uma componente psicossomática. Os bebés asmáticos têm tendência para se agarrarem a qualquer indivíduo, sem parecer necessitar de uma relação privilegiada, manifestando uma relação de objecto facilmente alterável e instantânea, não apresentando a angústia do estranho.

e) Transtornos da Pele

Existem várias doenças da pele como a urticária, a psoríase, o eczema e a pelada. No entanto, é incontornável ter atenção especial às duas últimas perturbações mencionadas.

O **eczema** (transtorno também descrito por Spitz).

A **pelada decalvante precoce** parece ocorrer em situações de carência afectiva precoce e contínua, isto é em condições de “perda”.

Transtornos do Desenvolvimento

As grandes perturbações do desenvolvimento situam-se ao nível da motricidade, da linguagem e da inteligência.

Neste campo merecem especial referência o **marasmo físico** e o **hospitalismo**, transtornos descritos por Spitz.

a) Transtornos tónico-pósturo-motores

Verificam-se com frequência em situações de anomalias neuromotoras transitórias, sobretudo com prematuros. Estas anomalias caracterizam-se por uma hiperexcitabilidade, persistência dos reflexos arcaicos, anomalias do tónus axial, problemas de sustentação da cabeça bem como da posição sentada.

Apesar destas perturbações tónico-posturo-motoras poderem ter um carácter transitório, frequentemente provocam dificuldades na adaptação materna, problemas de ajustamento postural e perturbações relacionais entre eles.

b) Atraso do desenvolvimento

O **atraso global do desenvolvimento** traduz-se por um atraso psicomotor, que se verifica ao nível do aparecimento das grandes aquisições motoras da

primeira infância, mas também das suas competências cognitivas, linguísticas e relacionais.

Esta perturbação pode surgir associada a alterações orgânicas, como lesão pré-natal de origem genética ou adquirida, lesão perinatal ou lesão pós-natal precoce, como também pode ser provocada por condições relacionais perturbadas e a transtornos psicopatológicos.

c) Transtornos intelectuais e cognitivos

Ao contrário do que se pensou durante muito tempo, os bebés apresentam processos intelectuais e cognitivos complexos e elaborados. Para tal é fundamental um ambiente que proporcione uma vida relacional e afectiva, num contexto interpessoal e de comunicação. Assim sendo, a relação mãe-bebé reveste-se de uma enorme importância para o desenvolvimento das capacidades intelectuais e cognitivas na criança.

Transtornos do Comportamento

Este tipo de perturbações é usualmente reflexo de um sofrimento psíquico do bebé e tem, como o termo indica, uma dimensão motora, agida.

Segundo Lézine & Stambak (1959 cit por Mazet & Stoleru, 1990) os diversos tipos de descargas, efectuadas pelo bebé, podem ser classificadas em quatro tipos de categorias, no que se refere às necessidades de relaxamento:

- Descargas elementares: sucção dos dedos, morder as roupas, etc.
- Descargas de exploração: esfregar a cabeça, o nariz, os órgãos sexuais, etc.
- Descargas rítmicas, com todas as formas de balanceamento.
- Descargas auto-ofensivas: bater na cabeça ou bater com ela contra a parede, torcer as mãos, morder-se, puxar a língua, etc.

J. Bowlby considerou várias formas de comportamento associadas a necessidades de comunicação do bebé com os circunstantes, como sendo: sorrir, chorar, sugar, seguir e prender-se. Surgem também necessidades de comunicação em relação aos pares, estabelecidas através de mímicas e expressões vocais.

Montagner, H. (1978 cit por Mazet & Stoleru, 1990) refere ainda que, desde o 9º mês é possível observar que os bebés adoptam diferentes comportamentos de comunicação, muito estereotipados, tais como: a solicitação, a segurada, a ameaça, a agressão, a oferta.

a) Transtornos globais do comportamento

Consistem em perturbações globais do comportamento, como sendo a agitação, a hiperactividade, o agarrar instantâneo embora fugidio, sem discriminação face a desconhecidos ou, pelo contrário, a apatia, a inércia ou a retracção.

Não raras vezes, a hiperactividade, a agitação, a instabilidade, marcadas de forma notória pelo contacto relativamente curto ou descontínuo da criança, estão ligadas a uma incapacidade de parar bem como o evitamento de uma confrontação com afectos depressivos.

A inactividade, a apatia e mesmo a inércia, estão geralmente associadas à depressão, assim como a uma carência relacional maior.

b) Transtornos localizados

Verificam-se quando a expressão das perturbações do comportamento pode ser localizada no tempo e no sector do comportamento. São exemplos o caso de certas cóleras, dado o seu surgimento à menor frustração, bem como o espasmo do soluço.

As crises de raiva conduzem à perda de controlo e desorganização do comportamento, frequentemente com expressão de uma grande agressividade, sob a forma de descargas auto ou hetero-agressivas. Esta expressão pode

ocorrer através de ritmias (da cabeça, balanceio do corpo), de cariz auto-agressiva ou auto-erótica, como ainda actividades estereotipadas gestuais ou verbais.

Shentoub & Soulairac (1961 cit. por Mazet & Stoleru, 1990), constataram que certos comportamentos auto-agressivos são normais entre 9 e os 24 meses, com um máximo aos 12 meses. Tais situações ocorrem porque a criança ainda não é capaz de controlar a sua necessidade de descarga de tensão, mesmo que para evitar a dor.

Pode-se distinguir quatro formas de descargas psicomotoras:

- Primitivas sem carácter automutilatório – balanceio, sucção dos dedos, dos lábios, trituração dos cabelos, das orelhas, etc.
- Não automutilatórias, organizadas com aspecto heter-agressivo: sapatear, arremesso de objectos, etc.
- Automutilatórias primitivas: morder-se, arranhar-se, arrancar pele e crostas, bater-se, etc. Note-se que parece haver uma correlação entre a descarga motora primitiva e automutilação.
- Em função de um componente auto-erótico.

Transtornos da Expressão Mental / Manifestações Afectivas

A vida afectiva ou emocional refere-se às experiências subjectivas, ao que é sentido e vivenciado pelo sujeito, neste caso o bebé. Por outro lado, representa ainda mais uma forma de expressão das perturbações psicológicas da criança.

Na ausência de uma linguagem falada que permita exprimir sentimentos, torna-se muito difícil avaliar esta dimensão afectiva nos bebés.

a) Gritos e choros

Tanto os gritos como os choros constituem uma forma privilegiada de expressar diversas necessidades e estados de mal-estar do bebé.

O choro constitui um dos cinco sinais que Bowlby assinalou como fundamentais para o estabelecimento da vinculação mãe-bebé, mas esses sinais têm valores diferentes enquanto meios de comunicação. O choro tem como efeito imediato chamar o adulto para que este lhe ponha fim.

Existem vários tipos de gritos que têm significações diferentes. Wolff (1969, cit. por Mazet & Stoleru, 1990) procurou classificar os diversos gritos tendo chegado a seis grandes variedades:

- Grito de fome, é o grito de base, também o mais frequente e típico.
- Grito de raiva, é uma variação do grito de fome, geralmente provoca a exasperação de quem o ouve.
- Grito de dor, consiste num primeiro grito cheio, seguido de um silêncio e novamente uma inspiração.
- Grito de frustração, é ouvido como um grito, seguido de um longo assobio inspiratório.
- Grito de prazer
- Pseudo-grito de aflição, aparece pela terceira semana e é relativamente independente do seu estado físico. O bebé utiliza este gemido como forma de atrair a atenção da mãe.

As mães teriam que perceber os diversos gritos, aperceberem-se das suas características acústicas, atribuir um sentido e por fim agir. Mas estas seis formas de gritos, a surgirem em todos os bebés, não são uniformes existindo inúmeras variações e transições individuais. Para além deste facto, os bebés também variam quanto à maior ou menor capacidade para se deixarem, consolar. Esta característica é denominada por Brazelton de *consolabilidade*.

É importante ter em atenção que, à medida que a criança vai crescendo, as situações que provocam o aparecimento ou o desaparecimento de gritos passam a ser diferentes, alteram-se.

Diversas investigações mostram que as crianças que choram mais têm mais frequentemente mães que ignoram episódios de gritos. Bell e Ainsworth mostram também correlações claras entre a quantidade de choros durante o segundo semestre e a adaptação materna aos choros nos três primeiros meses de vida. Chegaram à conclusão que quanto menor fosse a quantidade de choros melhor era a adaptação materna. Por outras palavras, não faz sentido deixar que a criança chore para que se possa acostumar.

b) Angústias, cóleras, medos

Um dos mais usuais sofrimentos psíquicos é a angústia, e o bebé também a sofre. A angústia pode ser definida como “um afecto penoso em relação seja a uma situação traumatizante actual, seja à espera de um perigo ligado a um objecto indeterminado” (Mazet & Stoleru, 1990). Enquanto que o medo está associado ao que é vivido face a um objecto real e concreto, com ou sem motivo para ser considerado como perigoso, na angústia existe uma noção de ameaça, de insegurança, das quais o indivíduo não percebe concretamente qual a fonte responsável por esse afecto.

Faz parte de qualquer bebé, sobretudo após determinados acontecimentos, situações ou conflitos, a vivência de angústia. A questão não está assim na presença ou ausência deste afecto mas antes na sua qualidade ou quantidade. Por outras palavras, o que é significativo é a capacidade que o Ego tem de controlar essa angústia (Anna Freud, cit. por Mazet & Stoleru, 1990). Um exemplo claro desta observação está na chamada *angústia de separação*. Apesar deste afecto ser um fenómeno normal aos 8-9 meses, é possível verificar a existência de uma angústia de separação patológica, que se pode manifestar de diversas maneiras. Pode apresentar-se sob a forma de pânico, recusa ansiosa em se afastar acompanhada por vezes de vómitos, etc. Parece que nesta situação o que se verifica é um sentimento de insegurança da criança composto pela possível ausência ou não-disponibilidade da figura de vinculação.

c) Medos, Fobias

Este tipo de manifestações afectivas pode surgir em situações bastantes diversificadas, como sendo: confrontação com pessoas estranhas, objectos ou situações novos. Pode ainda tratar-se de fobias maciças, pouco organizadas, fobias de um objecto ou ruído, fobia do escuro, de animais, etc.

Este tipo de medos encontra-se em situação oposta à atitude de curiosidade activa. De facto, estes medos bloqueiam a criatividade na evolução cognitiva e podem ocorrer em estados muito precoces do desenvolvimento.

d) Excitação

É possível verificar, em certas situações, que crianças pequenas manifestam uma verdadeira excitação que se traduz por uma hiperactividade desordenada, uma labilidade comportamental, etc.

Uma tal excitação pode ser entendida como uma reacção a situações compreendidas pela criança como muito ameaçadoras, inquietantes ou mesmo de ruptura. Quando prolongada no tempo, esta excitação é reveladora de uma grave desarmonia do desenvolvimento.

A compreensão psicopatológica destes estados mais usual tem por base a noção de "defesas maníacas" (M. Klein cit por Mazet & Stoleru, 1990). Estas defesas são usadas face a angústias depressivas insuficientemente resolvidas pelos mecanismos de "reparação". Uma vez que a "posição depressiva" se encontra associada ao sentimento de dependência do objecto, estas defesas maníacas visam qualquer sensação de dependência, que seria assim evitada, negada ou invertida. Pode-se deste modo constatar os aspectos de negação da realidade interna e as características da relação maníaca: controle, triunfo e domínio do objecto.

e) *Tristeza, depressão*

A tristeza, a aflição ou mágoa, são sentimentos que podem ser vividos pelos bebés, apesar de só a partir de Anna Freud e D. Burlingham (1942, cit por Mazet & Stoleru, 1990) começasse a ser reconhecido pela comunidade científica.

A *tristeza* pode ser definida como “estado afectivo penoso, calmo e duradouro, de uma dor que invade a consciência”, associado a um *sentimento de perda ou de falta*. A *depressão* é um estado de abatimento do indivíduo que conjuga com o humor e sentimentos depressivos também uma redução psicomotora importante.

Por outras palavras, uma criança triste não está necessariamente deprimida.

Reflexão Teórica

Com base nos contributos, atrás descritos, de Mazet & Stoleru (1990) e Spitz (1979), é possível fazer uma análise crítica, embora a níveis diferentes.

Mazet & Stoleru (1990) procuraram constituir uma base de dados organizada, que permitisse o rastreio, mais precoce quanto possível, de situações de risco de saúde. Assim, criaram um manual que permite aos técnicos de saúde, de diferentes áreas, poderem estar atentos a diversos sinais. Estes sintomas/sinais, quando detectados a tempo, possibilitam uma rápida intervenção e, como tal, uma diminuição dos riscos de desenvolvimento de patologias graves. Deste modo, estes autores contribuíram de alguma forma para um investimento na área da prevenção, quanto a nós, cada vez mais necessária.

No entanto, talvez porque a sua obra é dirigida a técnicos de saúde de áreas muito diversas, acaba por ter, essencialmente, características descritivas. Verifica-se uma preocupação em categorizar e explicar quais os distúrbios que

podem ocorrer em determinado nível do desenvolvimento. Constata-se um alerta para os diferentes graus de gravidade destes transtornos, consoante o período em que surgem, a sua intensidade, consequências, etc. Mas acaba por se sentir a falta de hipóteses, explicações, causas, para o surgimento destas patologias. Em alguns casos, essas causas são afloradas mas sempre de forma insuficiente.

Contudo, a sua obra não perde valor enquanto instrumento que possibilita o rápido rastreio de patologias e, a um segundo tempo, a prevenção em saúde, possivelmente já exigindo a intervenção de técnicos mais especializados e experientes na matéria em causa.

Por seu lado, Spitz (1979) apresenta um trabalho bastante mais coerente. É impossível não reparar que o livro, "*O primeiro ano de vida*", para além de sublinhar a importância de um investimento na prevenção da saúde, na primeira infância, tem também um carácter preponderantemente etiológico. O autor não se contenta com a simples descrição das doenças, procura do mesmo modo explicar a sua origem.

Através de inúmeras observações, Spitz conclui que o estilo de relação objectal estabelecida, entre a mãe e o seu bebé, é determinante para o posterior desenvolvimento da criança, em quase todos os sectores: personalidade, cognitivo, social, físico, motor, etc.

Este é sem dúvida um contributo de extrema importância. Não basta que as necessidades consideradas básicas pelo senso comum (fome, sede, sono, etc.), sejam satisfeitas, para que um bebé se desenvolva de forma saudável. É imprescindível que o bebé possa estabelecer, do mesmo modo, uma relação segura e, em regra geral, satisfatória. Deste modo, é através dessa relação que o bebé vai aprender a relacionar-se socialmente, vai adquirir instrumentos para conhecer o mundo que o rodeia, vai perceber-se e modificar-se. Assim, **estabelecimento de uma relação objectal primária torna-se uma necessidade básica a ser satisfeita.**

No entanto, não se pode deixar de notar que Spitz considera esta relação de uma perspectiva, essencialmente, unidireccional. “A mãe apresenta um papel activo e dominante enquanto a criança se manifesta mais como um receptor passivo”, (Spitz, 1979).

De certo modo, pode-se imaginar um bebé indefeso e incapaz, sujeito à possibilidade, ou não, de conseguir uma mãe, na denominação de Winnicott, “suficientemente boa”. Se assim acontecer a criança está salva, de outro modo, se a mãe não tiver esse “instinto maternal”, o bebé evoluirá para algum tipo de patologia, consoante o grau de toxicidade da relação objectal primária e a precocidade do seu estágio de desenvolvimento.

Com base em algumas observações de bebés, não podemos deixar de manifestar aqui o nosso desacordo neste ponto. Estamos convencidos de que esta relação objectal é constituída por dois elementos (mãe e bebé), qualquer um deles activo e transformador. A acção de um provoca a acção do outro, e posteriormente a transformação do próprio.

É mais óbvia a constatação do impacto e influência da mãe sobre o bebé. No entanto, o bebé é, provavelmente mesmo antes do nascimento, bastante autónomo, na medida em que não se deixa “levar” por mal entendidos. Tem desde o início, e assim como a mãe, a sua própria personalidade, que vai evoluindo e se vai transformando. Verifica-se, não raras vezes, que a personalidade do bebé influencia de uma forma fulcral a relação que se estabelece com a mãe. Uma criança tranquila, que dorme bem e que sorri cedo provavelmente é mais fácil de cuidar do que uma criança hipertensa, que dorme mal durante a noite, come mal, etc.

Por outro lado não nos parece que exista o chamado “instinto maternal”. De facto, a maternidade não corresponde a um instinto, mas sim a uma aprendizagem. É através do relacionamento com o seu próprio filho, que a mãe aprende a conhecê-lo, a identificar quais as suas necessidades e, a partir desse momento, a satisfazê-las de uma forma mais eficaz. O bebé, visto desta perspectiva, não é de modo algum, um elemento passivo. O bebé é um elemento activo e autónomo. É também por esta razão que acompanhamos a

ideia referida por vários autores (Eduardo Sá; Piontelli; Pérez-Sánchez; Golse; José Carlos Coelho Rosa, etc.) que uma mãe, por mais filhos que tenha, vive a maternidade de cada filho como única.

Assim, se existe alguém que tem instinto, esse alguém é o bebê.

MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Objectivo do Estudo

Este trabalho de investigação tem como primeiro objectivo perceber de que modo os factores emocionais maternos podem influenciar o desenvolvimento precoce de um indivíduo. Para tal, e uma vez que não existe nenhum instrumento sistematizado que permita esta avaliação, procurou-se efectuar um levantamento de indicadores que possibilitem o rápido diagnóstico de situações de risco de desenvolvimento de patologia mental futura, em bebés.

Delineamento do Problema

Depois de ponderadas as diversas hipóteses decorrentes da questão relativa à influência de factores emocionais maternos no desenvolvimento precoce do bebé, considerou-se necessário restringir e operacionalizar estas questões. Uma vez que a auto-estima materna é um factor que se considera como determinante na regulação de estados emocionais, delineou-se o seguinte problema:

- Mães com níveis de auto-estima elevados têm mais recursos para lidar com os seus bebés, diminuindo o risco de percepção de desenvolvimento de patologia mental.

Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é uma amostra de conveniência e foi recolhida, essencialmente, na sede e em gabinetes da Associação "Ajuda de Mãe" (22 mães), sendo constituída por 31 mães, com bebés de idades compreendidas entre os 4 e os 12 meses. As restantes 9 mães provieram de contactos conseguidos através de amigos e familiares.

Caracterização dos Instrumentos

Apgar de Saúde Mental (ver anexo 1)

Para podermos avaliar o desenvolvimento saudável/patológico na primeira infância, e afim de possibilitar a criação de intervenções cada vez mais profiláticas, procurou-se realizar um levantamento de indicadores que permitisse avaliar o desenvolvimento de um bebé, tendo por base uma revisão teórica que abrangesse diversos autores ligados à investigação nesta área. Embora este estudo apresente um carácter predominantemente empírico, e apesar de todas as limitações deste estudo, sentiu-se a necessidade de criar uma escala de Apgar de Saúde Mental que nos permitisse calcular o índice de risco de ocorrência de patologia posterior no bebé, através de um diagnóstico do estado emocional da mãe e da relação estabelecida com o seu filho. Para tal foram consideradas várias fases do desenvolvimento, desde os 5 meses de gestação até aos 12 meses posteriores ao parto, bem como tidos em conta diversos factores que influenciam o estado emocional da mãe e indicadores que permitam avaliar a qualidade de relação estabelecida com o seu filho.

Dos factores que influenciam o estado emocional da mãe destacam-se: o facto de ser primípara ou múltipara; o nível de aceitabilidade da gravidez por parte da mãe; a história obstétrica; a relação conjugal; a história das famílias de origem; o suporte familiar existente e a estrutura psicopatológica da grávida (Eduardo Sá, 2004).

Os indicadores de avaliação da qualidade de relação mãe-bebé considerados foram: a capacidade da mãe para atribuir significado às manifestações do bebé; a capacidade do bebé para manifestar estados de prazer/desprazer; a existência de prematuridade; a ocorrência de internamentos; a ocorrência de separações significativas entre a mãe e o bebé; a manifestação perturbações psicossomáticas no bebé e a presença de comportamentos alterados que indiciem ansiedade ou retirada afectiva.

Deste modo, chegou-se nove dimensões conceptuais primárias:

- Características individuais da resiliência materna na gravidez;
- Suporte familiar;
- Parto;
- Sinais de saúde no bebé até aos 12 meses;
- Perturbações regulatórias;
- Situações clínicas atípicas no bebé;
- Perturbações do afecto;
- Expressões psicossomáticas e
- Grandes agrupamentos nosográficos.

Cada dimensão é composta por um número variável de itens, que definem se ocorre ou não pontuação, tendo em conta a dimensão em que se integram. O critério utilizado para decidir se uma dimensão pontua ou não para o score final da escala, corresponde ao aplicado por diversas leituras multiaxiais, ou seja, se se verificar a pontuação de pelo menos metade dos itens, a dimensão pontua para o score total da escala.

I – Características individuais da resiliência materna

As características individuais da resiliência materna são fundamentais para que a mãe se consiga adaptar às necessárias e inevitáveis alterações que ocorrem durante a gravidez, tanto em termos físicos como em termos emocionais. Prende-se também com a avaliação da forma como viveu e da aceitabilidade da gestação em causa.

Esta dimensão é composta por 3 itens e pontua quando assinalados 2 itens.

II – Suporte Familiar

Em estreita relação com a capacidade de resiliência está o suporte sentido durante a gravidez e pós-parto. Este apoio familiar é fundamental para facilitar e possibilitar uma adaptação flexível às diversas mudanças e situações. Tem em consideração as relações estabelecidas com o pai e respectivas famílias de origem.

Esta dimensão é constituída por 2 itens. Pontua quando assinalado 1 item.

III – Parto

Do mesmo modo, o período do parto e pós-parto representa um tempo de especial vulnerabilidade, em que a mãe terá que realizar mudanças comportamentais reais. Ou seja, se durante a gravidez ocorrem intensas mudanças, tanto a nível fisiológico como emocional, o período pós-parto implica uma adaptação a uma realidade irreversível ao nível social, profissional, familiar e pessoal, sendo que surgem novas prioridades. Assim, o puerpério é um tempo vulnerável ao desenvolvimento de perturbações psicológicas na mãe que, sendo a pessoa com maior proximidade com o bebé, poderá influenciar negativamente o desenvolvimento do seu filho.

Esta dimensão abarca 4 itens e pontua quando assinalados 2 itens.

IV – Sinais de saúde no bebé

Associado a este período pós-parto, e uma vez que a mãe constitui, habitualmente, o primeiro objecto de relação do bebé, consideramos que é importante estar atento à presença de sinais de saúde que surjam no estabelecimento desta relação mãe-bebé, uma vez que, caso não se manifestem, poderão ser trabalhados diferentes aspectos de forma a consolidar uma relação prazerosa e saudável.

Esta dimensão é composta por 3 itens. Pontua quando assinalados 2 itens.

V – Perturbações Regulatórias

Conferiu-se especial relevância às perturbações regulatórias na medida em que se caracterizam por dificuldades do bebé em regular o seu comportamento e os seus processos fisiológicos, sensoriais, de atenção, motores ou afectivos, bem como em organizar um estado calmo, de alerta ou afectivamente positivo. Estas perturbações são definidas com base em diversos sinais, desta feita, já instalados.

Esta dimensão é constituída por 1 item. Esta dimensão só pontua se este item for assinalado como presente.

VI – Situações clínicas atípicas no bebé

Foram tidas em consideração as situações clínicas mais frequentes uma vez que, quando se manifestam, o risco de desenvolvimento de doença posterior aumenta consideravelmente. Assim, foram tidas em conta as situações de prematuridade, de internamento do bebé no primeiro ano de vida e possíveis separações superiores a 1 semana.

Esta dimensão contém 3 itens. Pontua quando assinalados 2 itens.

VII – Perturbações do afecto / VIII – Expressões psicossomáticas

IX – Grandes agrupamentos nosográficos

Do mesmo modo, e com grau de gravidade crescente, as perturbações de afecto, as expressões sintomáticas e os grandes grupos nosográficos representam a necessidade de intervenção urgente.

Estas dimensões são constituídas por 3, 5 e 2 itens, respectivamente.

A dimensão VII pontua se assinalados 2 itens.

A dimensão VIII pontua se assinalados 3 itens.

A dimensão IX pontua se assinalados qualquer um dos 2 itens, já que a não pontuação de um item corresponde à existência de uma perturbação.

Pontuação

Cada dimensão é constituída por itens cuja classificação é binária – 0 ou 1 – consoante se verifique a presença ou ausência dos comportamentos em causa, e mediante a apresentação do item seja positiva ou negativa.

Quanto mais elevada a pontuação total da escala alcançada melhor o prognóstico de desenvolvimento do bebé. Cada dimensão, desde que pontue o número mínimo de itens atrás definidos, representa 1 valor para o total final. Se o valor final atingido está entre 1 e 4, o prognóstico de desenvolvimento é

reservado. Se o valor se encontra entre 5 e 7 valores, o prognóstico é bom. Se o resultado alcançado é 8 ou 9 pontos, então o prognóstico é excelente.

De forma a uma melhor compreensão da cotação da escala de Apgar de Saúde Mental, apresentamos exemplos de cotações adoptadas para cada item:

Dimensão I – Algumas características individuais da resiliência materna na gravidez

- Item 1 – *Depois do 5º mês presença de comportamentos de preparação para o parto.*

Neste item procura-se avaliar se existe delegação das expectativas de maternidade, familiares ou/e individuais, se ocorre uma preparação para o parto, se há uma preocupação no que se refere ao enxoval do bebé.

“Era uma coisas que me deixava tão aflita que não quis pensar nisso... quem se preocupou com o enxoval foi mais a minha mãe.” – É atribuído o **valor 0**.

“Falei com amigas que já tinham tido filhos e perguntei... comecei a preparar o enxoval quando soube se era menino ou menina, aí aos 6/7 meses...” – É atribuído o **valor 1**.

- Item 2 – *Ausência de náuseas ou vômitos de repetição.*

Neste item verifica-se a existência de indicadores psicossomáticos de aceitação ou rejeição continuada da gravidez. A presença de náuseas ou vômitos após o 1º trimestre de gravidez, já implica a não pontuação do item.

“Ai, tive enjoos a gravidez inteira, mas nunca vomitei.” – é atribuído o **valor 0**.

“Tive vômitos até ao 3º mês de gravidez. Depois, não. Embora tenha tido azia, sobretudo no final...” – atribui-se o **valor 1**

- Item 3 – *Presença de bebé imaginário*

Este item é avaliado tendo em conta o facto da mãe ser capaz de dar ao seu bebé existência autónoma, ainda que fantasiada. Perceber se antes do parto o

bebé tinha nome, padrinhos, se imaginava configuração física, se ocorria atribuição de características de personalidade, sexo, etc.

“Não conseguia imaginá-lo... sabe, o pai e a mãe são tão diferentes que não conseguia. Mas já tinha nome.” – atribui-se o **valor 0**

“Imaginava-a totalmente diferente. Achava que ela ia sair maior, lavadinha... logo que soube que era menina dei-lhe logo nome.” – atribui-se **valor 1**

Dimensão II – Suporte Familiar

- Item 4 – *Presença de um casal que apresente algum equilíbrio e sintonia emocional*

Este item é avaliado tendo em conta o tipo de relação estabelecida entre o pai e a mãe, independentemente de se encontrarem separados ou a viver matrimonialmente. É tido especialmente em conta o período correspondente ao 2º e 3º trimestre de gravidez.

“O pai desapareceu quando eu fiquei grávida e só voltou a aparecer no dia do nascimento da bebé... Estamos a tentar novamente... dou-me bem com ele, mas não vivo com ele” – é atribuído o **valor 0**.

“Estou separada dele mas dou-me bem. Ele ajuda-me muito, sempre ajudou.” – é atribuído o **valor 1**.

- Item 5 – *Presença de sintonia com, pelo menos uma das duas famílias de origem*

Na avaliação deste item pretende-se perceber a qualidade de suporte existente a nível familiar. É tido especialmente em conta o período correspondente ao 2º e 3º trimestre de gravidez.

“Estou sozinha em Portugal... Não, não me dou bem com a família dele, não posso contar com eles – é atribuído o **valor 0**.

“Dou-me muito bem com a família dele e com a minha também... A minha família não o aceita muito bem, mas ajuda-me muito à mesma”. – é atribuído **valor 1**.

Dimensão III – Parto

- Item 6 – *Ausência de perturbações peri-natais declaradas*

A avaliação deste item procura verificar a existência de perturbações à nascença.

É comunicado pelo hospital a existência de perturbação, após a realização dos testes neonatais – é pontuado com **valor 0**

Não é feito qualquer contacto com a mãe ou familiares no que se refere à existência de qualquer perturbação após testes neonatais – é pontuado com **valor 1**

- Item 7 – *Presença de expressões afectivas predominantemente positivas*

Este item tem por fim perceber a forma como a mãe sentiu o nascimento do seu bebé, qual o impacto estético desse momento, sendo fundamental ter atenção ao colorido da expressão da mãe quando relata essa situação.

“Pensei – “Ela é tão feia!”, mas depois achei-a mais bonita” – é atribuído o **valor 0**

“Fiquei tão emocionada! Achei-a magrinha e pequenina, com uma cara fofinha” – é atribuído o **valor 1**

- Item 8 – *Ausência de síndromas de despersonalização pós-parto*

Este item procura avaliar a forma como a mãe se sentiu até 48 horas depois do parto, devendo ter-se em atenção o seu estado de humor, o desejo ou recusa em pegar no bebé, a existência de retiradas da mãe ou qualquer sintomatologia que aponte a ocorrência de um episódio psicótico.

“Só queria que me deixassem em paz, sozinha. Estava com dores por causa do parto e nem me apetecia vê-la (bebé) ...” – é atribuído **valor 0**

“Apetecia-me agarrar no bebé e estar com a minha família. Nem me senti muito cansada...” – é atribuído **valor 1**

- Item 9 – *Presença de blues mas sem depressão pós-parto*

Este item pretende perceber se houve ocorrência de depressão pós-parto, sendo cotado consoante a presença ou ausência de tristeza continuada depois de 7 dias, pós-parto.

“Por acaso, 2 ou 3 semanas depois do parto sentia uma exaustão muito grande e chorava por tudo e por nada” – é pontuado com o **valor 0**

“Andei um bocado atrapalhada... é uma grande mudança. Mas triste, não.” – é pontuado com o **valor 1**.

Dimensão IV – Sinais de saúde no bebé até aos 12 meses

- Item 10 – *Presença de competências no bebé para expressar estados de prazer/desprazer*

Este item tem como fim a avaliação do bebé no que se refere às suas capacidades para transmitir as suas necessidades e estados psicofisiológicos.

“É um bebé muito parado... não se percebe se está bem se está mal”. – é pontuado com o **valor 0**.

“Quando está triste, tem fome, está doente, chora... são choros diferentes. Quando está bem-disposto sorri e bate palminhas”. – é atribuído o **valor 1**.

- Item 11 – *Ausência de parentificação do bebé*

Através deste item procura-se compreender até que ponto o bebé não tem um valor de suporte, para a sua mãe, como forma de reparação de sentimentos de abandono por ela vivenciados.

“Sinto que ela também me dá muita força. É um grande apoio para mim... Sinto-me muito triste sem ela... É a minha companhia”. – é atribuído o **valor 0**.

“Dá força à vida. Passa a haver mais razões para lutar por ela” – é pontuado com o **valor 1**.

- Item 12 – *Presença de respostas comportamentais da mãe, adequadas às solicitações do bebé*

Este item procura avaliar, de uma forma geral, a competência da mãe para dar significado e compreender os comportamentos do seu filho.

“De volta e meia sei porque é que o meu bebé está a chorar. Outras vezes, não.” – é pontuado com o **valor 0**.

“Geralmente sei, quando ele chora, porque é que chora. Ao princípio não, mas agora até distingo os choros”. – é atribuído o **valor 1**.

Dimensão V – Perturbações Regulatórias

- Item 13 – *Ausência de dificuldades do bebé em regular o comportamento e os processos fisiológicos, sensoriais, de atenção motores ou afectivos.*

Com este item procura-se avaliar a capacidade que o bebé tem de se acalmar, de se deixar consolar, de regular o seu nível de atenção e dirigi-lo às pessoas e ao meio que o rodeia.

“É um bebé muito chorão. Não há ninguém que o acalme quando ele começa a chorar. Bem podemos estar de volta dele”. – pontua-se com o **valor 0**.

“Se chegamos ao pé dele, ele acalma-se e facilmente se distrai-se com outra coisa qualquer” – é atribuído o **valor 1**.

Dimensão VI – Situações Clínicas atípicas no bebé

- Item 14 – *Ausência de Prematuridade*

Este item procura avaliar a existência de situações de prematuridade.

Se o bebé nasce com menos de 38 semanas – é pontuado com **valor 0**.

Se o bebé nasce com 38 semanas ou mais – é atribuído o **valor 1**.

- Item 15 – *Ausência de carências de cuidados maternos*

Na avaliação deste item é tido em conta a ocorrência de algum internamento ao longo do 1º ano de vida, desde que não se verifique a existência de patologia neonatal que o justifique.

“Um mês depois de sair do Hospital, foi internado. Desta vez com uma infecção urinária.” – é pontuado com o **valor 0**.

“Não. Felizmente é muito saudável”. – atribui-se o **valor 1**.

- Item 16 – *Ausência de perturbação relevante na vinculação*

Neste item são tidas em conta as separações existentes entre mãe e bebé.

Se ocorre uma separação entre a mãe e o bebé superior a uma semana – é atribuído o **valor 0**.

Se não ocorre separação entre a mãe e o bebé, ou se esta é inferior a uma semana – pontua-se com o **valor 1**.

Dimensão VII – Perturbações de afecto

- Item 17 – *Ausência de perturbações de ansiedade continuadas do bebé*

Este item procura avaliar a ocorrência de perturbações de ansiedade. Tem em conta a frequência com que o bebé chora e a atribuição de significado conferida ao choro.

“Neste momento anda muito chorão. Só com a mãe é que fica mais calmo. Acho que é da falta que sente da mãe. Ele ainda mama ao peito e às vezes não come.” – é pontuado com o **valor 0**.

“É um bebé tranquilo. Chora quando tem fome ou se está adoentado, mas de resto é tranquilo.” – atribui-se o **valor 1**.

- Item 18 – *Ausência de comportamentos de retirada*

Este item procura avaliar a existência de comportamentos de retirada, tendo em conta a ocorrência de momentos em que o bebé, de repente, parece ficar virado sobre si mesmo, com um olhar perdido, como se os outros não existissem.

“Às vezes dá a sensação que está virado para o mundo dele. Às vezes chamo, chamo e ele, nada.” – é atribuído o **valor 0**.

“Não. É uma bebé muito comunicativa”. – é atribuído o **valor 1**.

- Item 19 – *Ausência de transtorno reactivo de privação da figura de vinculação / maus-tratos do bebé*

Com este item procura-se perceber o grau de sensibilidade do bebé ao afastamento da mãe, tendo em especial consideração as situações em que ocorreu separação superior a 1 semana.

“Ficou excitadíssima. Se me afastava 1 segundo, chorava como se eu não voltasse” – é pontuado com o **valor 0**.

“Quando regresso do trabalho, sorri e bate palminhas. Depois volta à brincadeira”. – atribui-se o **valor 1**.

Dimensão VIII – Expressões Psicossomáticas

- Item 20 – *Ausência de distúrbios do sono*

Aqui é avaliado se existem perturbações do sono como insónias, ou sonos muito prolongados.

Se há perturbação do sono – é pontuado com o **valor 0**.

Se não há perturbação do sono – é pontuado com o **valor 1**.

- Item 21 – *Ausência de distúrbios alimentares*

Este item procura avaliar a existência de perturbações alimentares como bulimia, ou recusa em comer.

Se existem perturbações alimentares – atribui-se o **valor 0**.

Se não existem perturbações alimentares – atribui-se o **valor 1**.

- Item 22 – *Ausência de distúrbios digestivos e intestinais*

Através deste item procura-se compreender se há a ocorrência de perturbações digestivas ou intestinais, como obstipação ou diarreias.

Se ocorre perturbações digestivas ou intestinais – é atribuído o **valor 0**.

Se não ocorrem perturbações digestivas ou intestinais – é atribuído o **valor 1**.

- **Item 23 – Ausência de distúrbios respiratórios**

Com este item avalia-se a existência de perturbações respiratórias, como faltas de ar, asma.

Se ocorrem perturbações respiratórias – atribui-se o **valor 0**.

Se não ocorrem perturbações respiratórias – pontua-se com o **valor 1**.

- **Item 24 – Ausência de distúrbios da pele**

Através deste item avalia-se a existência de perturbações da pele como os eczemas, alergias.

Se surgem problemas de pele – é atribuído o **valor 0**.

Se não surgem problemas de pele – é atribuído o **valor 1**.

Dimensão IX – Grandes agrupamentos nosográficos

- **Item 25 – Ausência de depressão do recém-nascido**

Este item procura verificar a existência de depressão no bebé.

Se não é assinalado o item 17 e/ou item 19, e se não pontua a dimensão VIII (Expressões Psicossomáticas) – é atribuído **valor 0**.

Se é assinalado o item 16 e/ou item 17, e se pontua a dimensão VIII (Expressões Psicossomáticas) – é atribuído **valor 1**.

- **Item 26 – Ausência de autismos infantis e distúrbios psicóticos precoces**

Através deste item procura-se perceber se se verifica perturbação psicótica no bebé.

Se não são assinalados os itens 10, 12 e 18. – atribui-se o **valor 0**.

Se são assinalados os itens 10, 12 e 18 – é atribuído o **valor 1**.

Assim, a construção desta escala procura, caso necessário, possibilitar a compreensão das áreas a acompanhar com maior proximidade, por se apresentarem mais vulneráveis. Por outro lado, poderá permitir, através de uma investigação longitudinal, verificar se existe correlação entre a não pontuação em determinadas categorias da escala e o surgimento de patologias posteriores, bem como reflectir qual a importância da relação primária de um indivíduo no seu desenvolvimento.

Inventário de Auto-estima Materna (MSI) (ver anexo 2)

O inventário de auto-estima materna ("The Maternal Self-Report Inventory") foi construído, na sua forma original, por Shea e Tronik (1988), com o objectivo de medir e avaliar a auto-estima materna de modo a investigar e perceber alguns dos factores que a afectam. Ou seja, este instrumento procura avaliar a auto-estima, considerando-se este traço psicológico como mediador dos efeitos resultantes de factores filogenéticos e sociais, que influenciam e afectam a adaptação da mulher à maternidade.

Aquando da construção do MSI, os autores analisaram diversos questionários já existentes, identificaram sete grandes dimensões conceptuais primárias e redigiram um grande número de afirmações relativamente a cada dimensão identificada, na primeira pessoa:

- Capacidade da mãe em satisfazer as necessidades básicas do bebé – os itens foram elaborados com o intuito de medir eventuais conflitos relacionados com a decisão de amamentação, de tratar do bebé, de mostrar afeição pelo bebé e de irritabilidade da mãe em relação ao choro do seu filho.
- Capacidade em assumir o papel de mãe – as afirmações procuram medir os sentimentos gerais de competência materna.
- Aceitação do bebé – os itens procuram avaliar o grau de satisfação materna no que se refere ao sexo, aspecto e confiança relativamente ao desenvolvimento normal do seu filho.

- Relação que espera ter com o seu bebé – as afirmações incidem sobre a capacidade da mãe estabelecer uma relação afectuosa com o seu bebé, as suas expectativas quanto ao facto do bebé gostar de si.
- Sentimentos vivenciados durante a gravidez, trabalho de parto e parto – os itens englobam sentimentos relativos a estes períodos.
- Aceitação parental.
- Imagem corporal e saúde da mãe – as questões procuravam avaliar sentimentos relativos à sua aparência, saúde e energia no pós-parto. (Galvão, 2002).

Seguidamente, solicitaram a dez mães e cinco psicólogos que separassem as afirmações elaboradas por categorias psicológicas homogéneas, tendo em consideração o que descreviam e, por fim atribuísem um nome a cada categoria. A maioria agrupou as afirmações em seis ou sete categorias, não variando muito das inicialmente pensadas. Quando não havia acordo quanto à classificação, as afirmações eram retiradas. Posteriormente, foram seleccionados cem itens (cerca de quinze, para cada uma das dimensões) e misturados de forma aleatória, tendo em atenção a existência de igual número de itens negativos e positivos por dimensão, para que não ocorressem estereótipos de resposta, (Galvão, 2002).

Mais tarde, e dadas as dificuldades de aplicação da versão do MSI original, resultantes da sua extensão e longo tempo de preenchimento, os autores optaram por criar uma versão mais curta, composta por 26 afirmações, consideradas como apresentando uma alta correlação com os resultados totais do inventário, e referentes às cinco primeiras dimensões. Foram retiradas as dimensões referentes à aceitação parental e à imagem corporal e saúde, já que os resultados conseguidos não apresentavam correlações significativas com o restante inventário.

Como tal, as dimensões referentes à versão reduzida da escala são:

A – Capacidade de cuidar do bebê

Segundo várias investigações, para uma mãe as tarefas de maior importância são: mostrar afeição pelo bebê, pegar e acalmar o bebê e compreender as suas necessidades, (Galvão, 2002).

Esta dimensão analisa os sentimentos de competência e adequação da mãe relativamente a si própria, ou seja, verifica a percepção da mãe no que se refere à sua capacidade ou dificuldade de lidar com o seu filho, de compreender as suas necessidades e dar respostas adequadas.

Na versão original, o inventário era constituído por 26 itens respeitantes a esta dimensão, na versão reduzida passou a ter apenas 6 itens, (Galvão, 2002).

B – Capacidade e preparação geral para a função materna

Esta dimensão tem subjacente a linha de pensamento que considera que, a maior ou menor satisfação materna, relativamente ao cuidar do bebê, varia com a confiança e disponibilidade que a mãe possui ao adoptar a função materna como tarefa principal.

Assim, nesta dimensão são avaliados os sentimentos de prazer ou desprazer vividos aquando da realização dos cuidados com o bebê.

Na forma original a escala apresenta 25 itens e na versão reduzida 8 itens, no que se refere a esta dimensão.

C – Aceitação materna

Nesta sub escala os investigadores procuram medir o ajustamento conseguido pelas mães face aos bebês reais, tendo em conta as expectativas e as fantasias feitas durante a gravidez, em relação aos mesmos. Parte do pressuposto de que os sentimentos de competência materna são influenciados pela aceitação das características do filho e da felicidade decorrente dessa mesma aceitação.

Greenberg & Hurley (Shea e Tronick, 1988; cit por Galvão, 2002), verificaram que mães cujas expectativas face ao seu filho eram defraudadas apresentavam uma baixa auto-estima.

Esta dimensão é constituída na versão original por 10 itens e na versão abreviada apenas por 3 itens.

D – relação esperada com o bebé

Nesta dimensão, em continuidade com a dimensão anterior, os autores pretendem analisar a adaptação da mãe ao bebé real, uma vez contraposto com o bebé imaginário.

Benedek (Fitzgerald, Lester e Yogman 1988, cit. por Galvão, 2002) constatou que a confiança e a capacidade maternas estão correlacionadas, de forma significativa, com o estabelecimento de uma relação mãe-bebé próxima e recíproca bem como a percepção de gratificação nessa mesma relação.

Na versão original apresenta 9 itens e na forma reduzida 5 itens.

E – Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto

Diversos autores associam, entre outros sentimentos, a aceitação da gravidez e puerpério com a maior ou menor dificuldade em aceitar o bebé e com estilo de relação estabelecida com ele. Assim, verifica-se existência de uma correlação positiva entre o desejo de engravidar e o tipo de relação futura mãe-bebé.

Esta dimensão é constituída, na sua forma original por 15 itens e na versão reduzida passou a ter 4 itens.

Cada item do Inventário de Auto-estima Materna apresenta um intervalo de classificação entre 1 e 5, em que 1 pode corresponder a “discordo completamente” ou a “concordo completamente”, consoante o item seja positivo ou negativo, ocorrendo de igual modo no que se refere à pontuação 5.

É possível, segundo os autores, obter para cada dimensão um subtotal que, por sua vez, uma vez adicionado aos restantes origina um resultado total, correspondendo a pontuação mais alta a uma alta auto-estima.

Esta escala foi traduzida e adaptada por Mendes em 1992 (cit. por Galvão, 2002), após ter-lhe sido concedida autorização para o fazer pelos autores. Posteriormente, Galvão (2002) construiu uma escala a partir do “Maternal Self-Report Inventory” de Shea & Tronick (1988) e a versão portuguesa de Mendes (1992). Para tal foram realizados um estudo e uma análise minuciosa das questões da versão original e da forma reduzida chegando a uma adaptação com 47 itens. Foram mantidas todas as questões da forma reduzida e incluídos alguns itens da forma original.

Uma vez que Galvão (2002) considerou pertinente ter um número próximo de itens para cada uma das 5 dimensões da forma reduzida, a autora optou por utilizar todas as questões presentes (8) para a dimensão B; para as dimensões C e D, com 10 e 9 itens respectivamente, foram utilizados todos eles tendo em consideração a forma original, para as dimensões A e E foram incluídos um total de 10 itens, em cada dimensão, construídos a partir de questões tanto da forma original como da forma reduzida.

A inclusão de itens nas dimensões A e E foi feita após ter sido solicitado a 9 mães e 9 psicólogos que se posicionassem, por ordem de grandeza, tendo em conta o que consideravam melhor avaliar a capacidade da mãe para cuidar do seu filho e os sentimentos aquando da gravidez, parto e pós-parto. Posteriormente foi realizada uma análise de todas as opiniões e incluídas todas as questões que reuniam consenso de classificação, obedecendo ao princípio original dos autores de agrupar, em cada dimensão, os itens que a elas se referiam mas numerados de acordo com a ordem de apresentação no inventário, sendo administrados pela sua sequência de número e não por dimensão. Mais tarde elaborou-se um pré-teste do questionário total, junto de 20 mães não incluídas na amostra de estudo, com o objectivo de verificar a sua validade de conteúdo, chegando-se deste modo à versão utilizada, (Galvão, 2002).

No entanto, Galvão (2002) escolheu como amostra, mães que tinham realizado o parto, no máximo, até 48 horas antes da aplicação do instrumento. Uma vez que a nossa amostra abarca mães cujos bebês têm entre 4 e 12 meses de idade, optou-se por retirar o item 36, já que este perdia a sua pertinência.

Assim, cada dimensão é composta pelos seguintes itens:

Dimensão A – 3, 16, 19, 23, 31, 32, 35, 37, e 46 (foi retirado o item 36)

Dimensão B – 5, 7, 18, 24, 30, 38, 44 e 45

Dimensão C – 1, 2, 8, 10, 11, 17, 27, 39, 41 e 42

Dimensão D – 6, 9, 14, 20, 22, 26, 29, 34 e 47

Dimensão E – 4, 12, 13, 15, 21, 25, 28, 33, 40 e 43.

PROCEDIMENTO

Neste capítulo procurou-se explicar de que forma foi traçado e executada a recolha de dados para o presente estudo.

Após delinear a hipótese de partida, foi realizada uma busca de testes que pudessem avaliar a auto-estima materna. Desse estudo, optou-se pela utilização do instrumento construído pela Professora Doutora Dulce Galvão – o Inventário de Auto-estima Materna, já que corresponde a um instrumento de rápida aplicação.

Para tal, solicitou-se autorização para utilização do inventário, dirigido à Professora Doutora Dulce Galvão, que acedeu ao nosso pedido (**ver anexos 3 e 4**).

Posteriormente, solicitou-se autorização à Associação “Ajuda de Mãe”, para fosse possível frequentar as instalações desta associação, com o intuito de recolher informação e dados para o presente estudo, o qual foi prontamente acedido (**ver anexos 5 e 6**).

Uma vez conseguidas as autorizações, foram realizadas 22 entrevistas a mães com bebés entre os 4 e os 12 meses, recolhidas quer na sede da Associação “Ajuda de mãe”, como nos seus gabinetes no Bairro 6 de Maio (Damaia) e no Bairro Municipal do Alto da Loba (Oeiras).

As restantes 9 entrevistas foram conseguidas através de contactos pessoais, correspondendo a famílias supostamente mais diferenciadas.

Cada entrevista apresentou em média, a duração de 1 hora, apresentando um carácter semi-estruturado, já que, era dado um espaço para o livre discurso da mãe, tendo em conta as suas próprias necessidades.

DADOS OBTIDOS E SEU TRATAMENTO

Os dados recolhidos através do Inventário de Auto-estima Materna e da Escala de Apgar de Saúde Mental sofreram posteriormente uma análise quantitativa, mediante técnicas estatísticas. Foi ainda utilizado um programa de computador estatístico: SPSS.

Inicialmente foi elaborada uma base de dados em Excel e codificadas as diferentes opções de variáveis a analisar (**ver anexo 7**). Os resultados então alcançados foram posteriormente importados e trabalhados no SPSS.

Foi definido que as variáveis decorrentes do Inventário de Auto-estima materna correspondiam a variáveis ordinais, uma vez que para cada item, eram dadas possibilidades de resposta que facultavam uma posterior ordenação.

Por outro lado, determinou-se que as variáveis resultantes da Escala de Apgar de Saúde Mental equivaliam a variáveis binárias, já que o que era avaliado era a ausência ou presença de comportamentos, correspondendo aos valores 0 ou 1 respectivamente.

Deste modo, tínhamos as seguintes variáveis:

- **Variáveis ordinais:** “Capacidade de cuidar do bebé”; “Capacidade e preparação geral para a função materna”; “Aceitação materna”; “Relação esperada com o bebé” e “Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto”.
- **Variáveis binárias:** “Características da resiliência materna na gravidez”; “Suporte familiar”; “Parto”; “Sinais de saúde no bebé”; “Perturbações regulatórias”; “Situações atípicas no bebé”; “Perturbações de afecto”; “Expressões psicossomáticas” e “Grandes agrupamentos nosográficos”.

Efectuaram-se os procedimentos estatísticos para averiguar a existência de resultados que apontassem para a presença de correlações entre as diversas variáveis, tendo sido utilizado o **Coefficiente de Correlação de Spearman**.

O nível de significância considerado foi $\alpha = 0.05$.

Não foi possível fazer uma análise factorial já que:

- Há variáveis que apresentam uma variância nula;
- A amostra do estudo é muito pequena;
- Os instrumentos presentes são avaliados tendo por base escalas diferentes.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo procurou-se verificar a existência de correlações significativas entre as dimensões constituintes de cada um dos instrumentos utilizados, tanto intra como inter-testes (**ver tabelas de correlação em anexo 8**).

Correlações significativas encontradas intra-testes:

Inventário de Auto-estima Materna

- Existe uma correlação positiva entre a dimensão “Capacidade de Cuidar do bebé” e a dimensão “Relação esperada com o Bebé”.
- Existe uma correlação positiva entre a dimensão “Capacidade de Cuidar do bebé” e a dimensão “Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto”.
- Surge uma correlação positiva forte entre as dimensões “Capacidade e preparação geral para a função materna” e “Sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto”.

Apgar de Saúde Mental

- Verifica-se uma correlação positiva entre a dimensão “Suporte familiar” e a dimensão “Parto”.
- Surge uma correlação negativa entre as dimensões “Suporte familiar” e “Situações clínicas atípicas no bebé”.
- Existe uma correlação positiva entre a dimensão “Sinais de saúde no bebé” e “Situações clínicas atípicas no bebé”.
- Surge uma correlação positiva entre as dimensões “Grandes agrupamentos nosográficos” e “Perturbações de afecto”.

Correlações significativas encontradas inter-testes:

Só se verificou uma correlação significativa entre os dois instrumentos utilizados.

- Surge uma correlação negativa entre a dimensão "Aceitação materna" e a dimensão "Suporte familiar".

Os resultados obtidos apontam para as seguintes afirmações:

- Quanto maior for a expectativa de competências maternas, por parte da mãe, melhor a expectativa da sua relação com o bebé.
- Quanto maior for a expectativa de competências maternas, por parte da mãe, mais positivos são os sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto.
- Quanto mais preparada e capaz a mãe se sente para a função materna, mais positivos são os sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto.
- Quanto maior o sentimento de suporte familiar, por parte da mulher, melhor a sua avaliação interna do período do parto e pós-parto.
- Quanto maior o sentimento de suporte familiar, por parte da mulher, menor é o resultado alcançado na dimensão "situações clínicas atípicas no bebé", mas também
- Quanto menor o sentimento de suporte familiar, por parte da mulher, maior é o resultado obtido na dimensão "situações clínicas atípicas no bebé".
- Quanto mais sinais de saúde no bebé se verificarem, maiores são os resultados alcançados na dimensão "situações clínicas atípicas no bebé".
- Quanto maiores são as perturbações de afecto no bebé, maior é a probabilidade deste integrar um grande grupo nosográfico.
- Quanto menor a aceitação, por parte da mãe, da sua maternalidade, maior é o sentimento de suporte familiar.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ALCANÇADOS

Neste capítulo procuramos analisar e discutir os resultados alcançados.

Este estudo teve início tendo em perspectiva diversas questões, nomeadamente:

- Qual a importância da relação primária no desenvolvimento de um indivíduo?
- Qual a importância do ambiente (familiar, social e cultural) no desenvolvimento de um indivíduo?
- Será que a não presença de determinados indicadores psicológicos saudáveis implica o desenvolvimento de patologia futura, num indivíduo?
- Se sim, haverá correlação entre a ausência de um conjunto de determinados indicadores psicológicos saudáveis e uma patologia específica?
- Será que uma intervenção profiláctica, nesta fase do desenvolvimento, impede o surgimento de uma patologia posterior?
- Será que uma intervenção profiláctica, nesta fase do desenvolvimento, tem taxas de sucesso superiores a uma intervenção realizada numa etapa de desenvolvimento do indivíduo posterior à aqui focada?

Foi referido, e não será demais reforça-lo, que não se pretendia dar respostas com este trabalho, mas antes lançar alguma luz sobre as mesmas.

Toda a recolha de modelos teóricos mencionada defende a importância da relação primária no desenvolvimento do indivíduo, sendo que esta afirmação parece ser unânime pelos diversos autores da linha das teorias de relação de objecto. Coimbra de Matos (2006) refere que “a mente desenvolve-se na relação com o outro (...). O nascimento do bebé faz-se no “útero mental” da mãe (e do pai, (...)). A relação constrói-se na constância do sujeito no interior do seu objecto”.

Partindo deste pressuposto, e de que o estado emocional da mãe influencia a forma como esta se relaciona com o seu filho (ideia esta também defendida por numerosos autores como: Spitz, Eduardo Sá, Coelho Rosa, João Justo, etc), procurou-se perceber de que forma a auto-estima materna influencia o desenvolvimento do bebé.

Os resultados obtidos permitem levantar a hipótese de que a auto-estima materna e o modo como a mulher se avalia relativamente às suas capacidades e qualidades enquanto mãe, influenciam de uma forma directa a expectativa do estilo de relação que poderá ter com o seu bebé. Ou seja, **quanto mais competente a mãe se sente, mais positiva é a sua ideia da relação que estabelecerá com o seu filho**. De facto estes resultados parecem estar de acordo com os obtidos em estudos recentes sobre vinculação. Estes estudos defendem que “os primeiros suportes de desenvolvimento, que estabilizam o ambiente da criança, se estabelecem antes do nascimento, quando a mãe conta como imagina a futura relação com o filho que tem em si” (Main cit. por Cyrulnik, 2001).

Os sentimentos de competência materna parecem estar directamente relacionados com os sentimentos vividos na gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Igualmente, se verifica que o nível de aceitabilidade da gravidez influencia a forma como a mulher vive este período e a auto-confiança que tem nas suas capacidades, no desempenho da função materna.

Na verdade, várias investigações sobre os comportamentos de crianças entre os 12 e os 18 meses, calculados tendo por base o discurso das mães muito tempo antes, assentam que os “modelos operacionais internos (os MOI)” maternos, avaliados ainda durante a gravidez, possibilitam prognosticar em mais de 65% o modo de vinculação do bebé com 12 meses (Parent, S & Saucier, J.-F, 1999 cit. por Cyrulnik, 2001).

Também Eduardo Sá & Biscaia (2004) consideram que o conhecimento da vulnerabilidade emocional da mãe, a par da forma como esta vive a sua gravidez, permitem diagnosticar possíveis relações de risco emocional, tanto para a família como para o bebé, a partir dos 5 meses de gestação.

Assim, é possível considerar que, de um modo geral, **o grau de aceitabilidade da função materna, os sentimentos respeitantes à gravidez, parto e pós parto e a expectativa de competências maternas se relacionam de uma forma directa e inter-influenciam-se.**

Outro dos resultados significativos obtido permite fazer a inferência de que as perturbações de afecto se apresentam como directamente relacionadas com a probabilidade do bebé integrar um grande grupo nosográfico. Tal resultado não será muito inovador já que, na construção da escala, o assinalar dos itens correspondentes à dimensão “grandes grupos nosográficos” está também dependente dos resultados obtidos na dimensão “perturbações de afecto”. De resto, considera-se que a afirmação de que “quanto mais perturbações de afecto um bebé apresenta, maior é a probabilidade dele integrar um grande grupo nosográfico” é pertinente e empiricamente correcta.

Tendo em consideração a dimensão “situações clínicas atípicas no bebé”, verifica-se que os resultados apontam para uma relação directa significativa com a dimensão “sinais de saúde no bebé”. Note-se que a dimensão “situações clínicas atípicas no bebé” é composta por itens que apontam para a ausência de situações que indiciam patologia ou potenciam o surgimento de distúrbios; ou seja, o pontuar desta dimensão deve ser compreendido como um indicador positivo e um reforço do estado de saúde mental.

Tendo em conta o que foi anteriormente referido, parece-nos congruente que **quanto mais sinais de saúde o bebé demonstre maiores são as ausências de situações que indiciam patologia ou potenciam a ocorrência de distúrbios, ou seja menores são as condições para o acontecimento de perturbações.**

Dos resultados alcançados, aqueles que surgem como mais controversos dizem respeito à dimensão “suporte familiar”.

No que se refere ao sentimento de suporte familiar experimentado pela mulher, os resultados apontam para uma relação directa com a avaliação interna respeitante ao período do parto e pós-parto. Assim, pondera-se a possibilidade

de ser verdade que quanto mais apoiada se sente a mulher, tanto pelo pai como pela família, mais positiva será a avaliação realizada no que diz respeito ao período de parto e pós-parto. Estes resultados são congruentes com teorias e investigações existentes (Justo, 2000; Chbani & Pérez-Sánchez, 1998; Sá & Biscaia (2004); Cyrulnik 2001).

Cyrulnik (2001) refere que, "... é certo que uma mãe apoiada afectiva e socialmente oferece melhores braços ao filho".

Do mesmo modo, estes resultados parecem ir ao encontro do conceito de unidade originária que postula que "o bebé não pode ser objecto primário sem a sua mãe; a rêverie da mãe necessita da rêverie do pai; e se aceitarmos a autonomia do bebé temos também que falar da *rêverie* do bebé" (Chbani & Pérez-Sánchez, 1998). O sublinhado presente, aqui, pretende salientar a importância do pai, também enquanto suporte afectivo, para que a mãe possa sentir-se segura da sua maternidade.

Assim, quanto maior o suporte sentido pela mãe, quanto mais acompanhada esta se sente, mais disponível estará para enfrentar as naturais angústias de tão grandes mudanças de vida.

No entanto, também se verifica que o sentimento de suporte familiar, vivido pela mãe, apresenta uma relação inversa tanto com o grau de aceitação da sua maternidade como com a ocorrência de situações clínicas atípicas no bebé.

De facto, quanto maior o sentimento de suporte familiar sentido, **menores** são as **ausências** de situações que indiciam patologia ou potenciam a ocorrência de perturbações, ou seja maiores são as condições para o acontecimento de distúrbios.

Por um lado pode-se levantar a hipótese de que **quanto maior o suporte familiar sentido, mais pessoas estarão atentas ao desenvolvimento do bebé e, mais rapidamente poderão ser detectadas situações clínicas atípicas.** Por outro, é permissível levantar a questão se **mães que apresentam um suporte familiar marcado, farão com maior facilidade delegação de competências maternas, potenciando perturbações ao nível**

da relação mãe-bebé e, conseqüentemente, a ocorrência de situações clínicas atípicas mais frequentes.

É possível levantar a hipótese que estas ascendências sobre a mãe, e portanto sobre o bebé, têm características muito diversas.

A ausência de um equilíbrio emocional com o pai da criança terá conseqüências diferentes daquelas resultantes da ausência de suporte ao nível familiar. De facto, para Cyrulnik (2001) “o que se impregna na criança, é o par parental, a maneira como se associam, a conjugação dos seus mundos psíquicos e não causalidades lineares”. Ou seja, o suporte facultado pela família poderá minimizar os danos de uma ausência de apoio do pai, mas não substituí-lo.

Assim, se for realizada uma reflexão sobre a questão de “qual a importância do ambiente (familiar, social e cultural) no desenvolvimento de um indivíduo?”, parece ser conveniente aprofundar, de **forma separada**, as repercussões da influência do suporte dado pelo pai do bebé e a influência do suporte prestado pela família.

Por fim, e em consonância com o referido anteriormente, as correlações encontradas permitem considerar que **quanto menor o grau de aceitação da maternidade, mais importante é o sentimento de “suporte familiar” vivenciado; ou quanto menor for a aceitação da maternidade, quanto menos disponível está a mãe para viver a maternidade, mais o pai e/ou família se sentem na necessidade de dar o seu apoio à mulher; podendo ocorrer delegação de competências.**

Relativamente às restantes 4 perguntas iniciais, que se prendem com correlações entre a ausência de indicadores saudáveis e a presença futura de patologia mental; ou com questões relativas à possibilidade de se realizar intervenções profiláticas efectivas, considera-se que neste trabalho não existem condições para se fazer um comentário que não seja puramente especulativo. De facto, é fundamental que sejam realizados estudos longitudinais para que tal seja exequível, fazendo um acompanhamento do

desenvolvimento dos bebés e da relação que estabelecem com as mães, ao longo do tempo, a par de um seguimento da gravidez o mais precoce possível. Se assim fosse, seria possível preencher a escala de Apgar de Saúde Mental com base em dados observacionais, a par da recolha de informação clínica.

CONCLUSÕES

O objectivo principal desta investigação consistiu em tentar compreender de que forma os factores emocionais maternos podem influenciar o desenvolvimento precoce de um indivíduo. Para tal, procurou-se criar um instrumento que permitisse um rápido diagnóstico de situações de risco de desenvolvimento de patologia mental futura, em bebés. Este objectivo surgiu decorrente da prática da psicologia clínica em instituições portuguesas, o que permitiu que se levantassem questões e hipóteses quanto à possibilidade de tomar medidas realmente profilácticas.

De acordo com Anthony, entre outros autores, é possível pensar e desenvolver diferentes modelos, com base em diversos conceitos, que explicam a ocorrência de patologias. Como tal, tomámos como fundamentais os conceitos de: trauma; risco; vulnerabilidade e resiliência.

Do mesmo modo, tivemos em especial consideração os contributos de Spitz, que têm por base a relação primária como base do desenvolvimento primário, e que procuram dar uma explicação para origem das perturbações no desenvolvimento de um indivíduo.

Por outro lado, considerámos fundamental uma reflexão sobre alguns dos contributos de Mazet & Stoleru. Estes autores procuraram constituir uma base de dados organizada, que permitisse o rastreio, mais precoce quanto possível, de situações de risco. Esta base de dados acaba por apresentar diferentes quadros de síndromes, que, no entanto, são reveladores da já existência de alguma perturbação.

Partindo do pressuposto de que a relação primária constitui as bases de um desenvolvimento saudável/patológico do indivíduo, construiu-se uma escala composta por dimensões que têm em conta tanto a mãe como o bebé.

Simultaneamente, aplicou-se o instrumento "Inventário de Auto-Estima Materna". Tal medida, por um lado, possibilitou uma operacionalização da questão inicial, por outro, permitiu a constituição de um suporte de comparação relativamente à escala criada.

Atendendo às limitações que um trabalho exploratório pode ter, e o facto da amostra utilizada ser reduzida, as conclusões obtidas serão apenas relativas aos sujeitos que constituíram a referida amostra, e podem sintetizar-se nos seguintes pontos:

- Através da análise e discussão dos resultados obtidos, verificou-se não existirem correlações muito fortes dentro das variáveis tanto da Escala de Apgar de Saúde Mental como do Inventário de Auto-estima Materna.
- No entanto, ocorreram correlações significativas tanto intra-testes como inter-testes.
- Destas correlações foi possível inferir que as expectativas de competência materna, criadas pela própria mulher, têm influência na forma como é fantasiada a futura relação mãe-filho;
- Do mesmo modo, a forma como são vividos os sentimentos respeitantes à gravidez, trabalho de parto e parto, está directamente relacionada com a forma como a mulher vivencia tanto as expectativas de competência materna como o sentir-se preparada para a função materna.
- No que se refere à variável "Suporte Familiar", verifica-se que influencia, de forma directa, a avaliação interna do período parto e pós-parto.
- Por outro lado a variável "Suporte Familiar" aparece estando relacionada com a ocorrência de situações clínicas atípicas no bebé, existindo uma tendência para que quanto maior for sentido o suporte familiar mais situações atípicas são detectadas.

- A variável “Suporte Familiar” aparece ainda associada, de forma inversa, com o nível de aceitação da maternalidade por parte da mulher.
- Por fim, verificou-se que os bebés que apresentavam maiores índices de perturbações de afecto, tendiam a integrar um grande grupo nosográfico.

O problema deste estudo consiste no facto de mães com níveis de auto-estima elevados apresentarem mais recursos para lidar com os seus bebés, diminuindo a percepção materna de risco de desenvolvimento de patologia mental.

Para o levantamento desta questão foram tidos especialmente em os contributos de Spitz, que afirmam que o desenvolvimento de um bebé está estreitamente relacionado com as características, estado de saúde e de bem-estar da figura primária, prestadora de cuidados maternos. Coimbra de Matos (2006) considera que “o que promove, orienta e suporta a relação é o *bonding* (ligação) da mãe ao filho e não o *attachment* (vinculação) do bebé à mãe. A relação é, predominantemente, da responsabilidade do animal alfa”. A reforçar estas ideias, Isabel Soares (2001), refere que “durante o primeiro ano de vida, ao longo das interacções com as pessoas que lhe prestam cuidados, o bebé ai construindo *modelos internos de vinculação*, ou seja, desenvolve gradualmente um conjunto de conhecimentos e expectativas sobre o modo como essas figuras respondem aos seus pedidos de ajuda e de protecção (em termos da sua acessibilidade e responsividade) e sobre o self, em termos do seu valor próprio”. Esta perspectiva é defendida por muito mais autores e abarca pressupostos da teoria de relações de objecto.

A avaliação procurou ser realizada com recurso ao Inventário de Auto-estima Materna e à Escala de Apgar de Saúde Mental. Tendo em consideração as correlações emergentes entre os dois testes, parece nos que, apesar de existir uma tendência para a confirmação da hipótese de partida, a sua aceitação é precipitada.

De facto, considera-se imprescindível que investigações futuras, nesta área, contemplem um aumento substancial da dimensão da amostra bem como

apresentem um carácter longitudinal. Um delineamento experimental desta natureza possibilitaria, simultaneamente, um afinamento do instrumento construído de forma a alcançar um maior rigor.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta diversas limitações que têm, necessariamente, de ser tidas em conta aquando da sua análise.

No que respeita à validade externa, verifica-se que o número de sujeitos que constituem a amostra (N= 31) não possibilita efectuar generalizações dos resultados obtidos, a todas as mães cujos filhos se encontrem entre os 4 e os 12 meses.

Verificou-se ainda que cerca de dois terços da amostra foram conseguidos através da Associação “Ajuda de Mãe” que, apesar de toda a amabilidade dispensada, trabalha sobretudo com mães provenientes de bairros muito carenciados, com características sócio-económicas muito específicas e grande parte encontram-se em situação de emigração, com pouco ou nenhum suporte familiar.

É de referir também que a insuficiência de outros instrumentos já codificados nos levou à utilização do Inventário de Auto-Estima Materna.

Relativamente à validade interna do estudo, chama-se a atenção para o facto de não existir qualquer grupo de controlo, que permita o controlo das variáveis em estudo, e que impossibilite a interferência de possíveis acontecimentos externos que pudessem contaminar a recolha de dados e a sua análise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Affonso, D.D. & Arizmendi, T.G. (1986). "Disturbances in Post-partum adaptation and depressive symptomatology". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5, 15-32.

Anthony, E. J. (1974). Un Modèle Hypothétique D'étude des Familles. In: *Enfant dans la Famille. Vol. 2: L'Enfant devant la maladie et la mort.* (p. 3-18). Paris: Masson

Anthony, E. J. (1974). Introduction: The Syndrome of the Psychologically Vulnerable Child. In: J. Anthony & B. J. Cohler (Eds), *The invulnerable child* (p. 103-148). New York: Guilford Press

Anthony, E. J. (1974). The Syndrome of the Psychologically Invulnerable Child. In: *The Child in his Family*, Vol. III: Children at Psychiatric Risk (p. 529-544). New York: John Wiley.

Anthony, E. J. (1978). "A New Scientific region to Explore". In E. James Anthony, Cyrille Koupernik e Colette Chiland, *The Child in his family*. Yearbook of international Association for Child Psychiatry and Allied Professions, vol. IV, New York: Wiley, (p. 3-15).

Bowlby, J. (2002). *APEGO. A Natureza do Vínculo*. Martins Fontes: S. Paulo. [obra original publicada em 1969]

Coelho Rosa, J. C. (2006). "A Separação: Pressuposto Fundamental da Unidade Originária". In *Caderno do Bebê*. (p. 115-118). Lisboa: Fim de Século.

Coelho Rosa, J. C. (1999). Comunicação pessoal, realizada em Seminários Teóricos da Associação de Estudos para a Primeira Infância.

Chalmers, B.E. & Chalmers, B.M. (1986). "Post-Partum Depression: a Revised Perspective". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 5, 93-105.

Chbani, H. & Pérez-Sánchez, M. (1998). *O Quotidiano e o Inconsciente*. Climepsi Editores: Lisboa.

Coimbra de Matos, A. (2006). "Entre Memória Emocional e Memória Semântica: Mito Pessoal do Bebê". In *Caderno do Bebê*. (p. 41-52). Lisboa: Fim de Século.

Colman, L.L. & Colman, A.D. (1994). *Gravidez a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Cordeiro, J. Dias (1994). "Saúde mental materna e infantil". In *A Saúde Mental e a Vida*, 49-112. Lisboa: Edições Salamandra.

Cruz, M. M. (1990). "Encantos e desencantos da maternidade". *Análise Psicológica*, 4 (VII): 367-370.

Cruz Vermelha Portuguesa: Biblioteca Médica da Família (1989). *Gravidez e parto*. Círculo de Leitores.

Cyrułnik, B. (2001), *Resiliência: Essa Inaudita Capacidade de Construção Humana*. Lisboa: Instituto Piaget

Everitt, B.S. (1979). *The Analysis of Contingency Tables*. John Wiley & Sons Inc., New York.

Fenichel, O. (1981). *Teoria Psicanalítica das Neuroses* (pp. 107-116). Rio de Janeiro - S. Paulo: Livraria Atheneu. [obra original publicada em 1945]

Figueiredo, B. (1994). “Saúde da mãe e do bebé durante o puerpério”. In T. McIntyre (ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras*, (p. 73-99). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Freud, A. (1987). *Infância normal e patológica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. (Obra original publicada em 1965)

Freud, S. (1990). *Além do Princípio do Prazer* (pp. 13-45). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII, Rio de Janeiro: Imago Editora. [obra original publicada em 1920].

Galvão, D. G. (2002). “Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes”. In *Tese elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Ciências de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Gleitman, H. (1993). *Psicologia* (D. Silva, trad.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Isserlis, Catherine (2003). “Santé Mentale de l’ Enfance et de la Petite Enfance”. In www.cite-sciences.fr / *Le Collège – Conférences*

Justo, J. M. (1990). “Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório”. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 371-376.

Justo, J. (1994). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Dissertação de doutoramento. Universidade de Lisboa, Lisboa.

Justo, J. M. R. M., Bacelar-Nicolau, H., Dias, O. (1999). “Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal”. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 1, nº1 Jan/Jun 99.

Justo, J. (2002). "The psychological interpretation of clinical pathology in pregnancy: a continuity hypothesis". *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 4, nº 1 Jan/Jun 2002.

Khan, M. (1964). "Ego Distortion, Cumulative Trauma, And The Role Of Reconstruction In The Analytic Situation". *Int. J. Psycho-Anal.*, 45:272-279.

Leal, I. (1990). Nota de abertura. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 365-366.

Mascoli, L. (1990). "Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: abordagem psicológica a puerperas em isolamento e no pós-parto distócico". *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 377-388.

Mazet & Stoleru (1990), *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. S. Paulo: Artes Médicas.

Oppenheim, G. (1985). "The puerperium". In R. G. Priest (ed.), *Psychological Disorders in Obstetrics and Gynaecology* (p. 93-146). Reino Unido: Butterworths & Co.

Piontelli, A. (1995). *De Feto a Criança: Um estudo Observacional e Psicanalítico*. Rio de Janeiro: Imago.

Pitt, B. (1985). "The puerperium". In R. G. Priest (ed.), *Psychological Disorders in Obstetrics and Gynaecology* (p. 147-172). Reino Unido: Butterworths & Co.

Quadagno, D.M., Dixon, A.L., Denney, W. & Buck, H.W. (1986). "Postpartum moods in men and women". *American Journal Obstetrics and Gynaecology*, 154, 1018-1023.

Radloff, L.S. (1977). "The CES-D Scale: A Self- Report Depression Scale for Research in the General Population". *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.

- Reis, N. (2001).** “De Feto a Bebê”. In *Psicologia do Feto e do Bebê* (p. 15-26). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2004).** “A vida emocional do feto”. *A maternidade e o bebê*. (p. 97-112). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2004).** “Diagnóstico pré-natal”. In *A Maternidade e o Bebê* (p. 23-33). Lisboa: Fim de Século.
- Sá, E. (2004).** “Aspectos Psicológicos da Esterilidade e da Infertilidade”. In *A Maternidade e o Bebê* (p. 35-43). Lisboa: Fim de Século
- Sá, E. & Biscaia, J. (2004).** “A gravidez no pensamento das mães”. In *A Maternidade e o Bebê* (p. 13-21). Lisboa: Fim de Século.
- Sameroff, A J. (1982).** Les facteurs de risque du développement chez le nouveau-né. In Anthony, E. J. et al, (Eds) *L'enfant dans as famille*, vol 4: *L'enfant vulnérable* (pp. 157-163). Paris: Presses Universitaires de France
- Soares, I. (2001).** “Vinculação e Cuidados Maternos: Segurança, Protecção e Desenvolvimento da Regulação Emocional no Contexto da Relação Mãe-Bebê”. In *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, (p. 75-104). Coimbra: Quarteto.
- Solnit, A J. (1982).** L'enfant vulnérable, rétrospective. In Anthony, E. J. et al, (Eds) *L'enfant dans as famille*, vol. 4: *L'enfant vulnérable* (pp. 485-498). Paris: Presses Universitaires de France.
- Soulé & Lebovicci (1980).** *O conhecimento da criança pela Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. [obra original publicada em 1970].
- Sousa, S. (2004).** *Estilos de comunicação pais-bebê*. Lisboa: Climepsi.
- Spitz, R. (1979),** *O primeiro ano de vida*. S. Paulo: Martins Fontes.

Tavares, L. (1990). “Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto”. *Análise Psicológica*, 4 (VIII): 389-398.

Tomkiewicz, S. (2001). La Résilience. In: Marty, F. et al., *Figures et traitements du traumatisme* (pp. 153-172). Paris: Dunod.

Wertheim, E. S. (1982). Genése développementale de la vulnérabilité humaine: réévaluation du concept. In: Anthony, E. J. (Eds) *L'enfant dans as famille*, vol. 4: *L'enfant vulnérable* (pp. 37-51). Paris : Presses Universitaires de France.

Winnicott, D. W. (1996). *Os bebés e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes Editora Ltda. (Obra original publicada em 1988)

Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B. & Santos, A. (2003). “Qualidade da vinculação e desenvolvimento sócio-cognitivo”. In *Análise Psicológica*, vol. 21, n.º 4, (p. 419-430).

Veríssimo, M., Monteiro, L. & Santos, A. (2006). “Para Além da Mãe: a Vinculação na Tríade Mãe-Pai-Criança”. In *Caderno do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Apgar de Saúde Mental

Escala de Apgar de Saúde Mental

Grelha de avaliação clínica

	Dimensões de Análise	Presença
I – Algumas características individuais da resiliência materna na gravidez Resiliência: resultado maternal das expectativas de maternalidade de que as mães foram alvo.	• Depois do 5º mês presença de comportamentos de preparação para o parto (se há delegação das expectativas de natalidade familiares/individuais; se há preparação de enxoval do bebé, etc.)	<input type="checkbox"/>
	• Ausência de náuseas ou vômitos de repetição (indicadores psicossomáticos de aceitação ou rejeição continuada – 2º e 3º trimestre)	<input type="checkbox"/>
	• Presença de bebé imaginário (se o bebé tem nome, padrinhos, na configuração, no sexo, etc. – 2º e 3º trimestre)	<input type="checkbox"/>
II – Suporte familiar Ao longo do 2º e 3º trimestre de gravidez	• Presença de um casal que apresente algum equilíbrio e sintonia emocional (leitura sistémica),	<input type="checkbox"/>
	• Presença de sintonia com, pelo menos, uma das duas famílias de origem.	<input type="checkbox"/>
III – Parto/Pós-Parto	• Ausência de perturbações perinatais declaradas.	<input type="checkbox"/>
	• Presença de expressões afectivas predominantemente positivas (se o bebé era bonito/feio; como é que se sentiu quando o teve nos braços; impacto estético nesse momento: <u>ter atenção ao colorido da expressão da mãe no relato</u>)	<input type="checkbox"/>

III – Parto/Pós-Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de síndromas de despersonalização pós-parto (como é que se sentiu a seguir ao parto até 48h depois; se não conseguiu dar de mamar por vontade própria, se quis pegar no bebé, se esteve sempre a dormir) 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de <i>blues</i> mas sem depressão pós-parto (presença de tristeza depois de 7 dias, já não pontua) 	<input type="checkbox"/>
IV – Sinais de saúde no bebé até aos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de competências no bebé para expressar estados de prazer/desprazer (o que é que o bebé faz quando está contente, quando tem fome, etc.) 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de parentificação do bebé (que a mãe não se serve do bebé como forma de se compensar da falta de suporte ou abandono que sente) 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de respostas comportamentais da mãe, adequadas às solicitações do bebé (“sempre / às vezes / geralmente” que o bebé chora sente que não é capaz de o perceber – não pontua se não for “geralmente”) 	<input type="checkbox"/>
V – Perturbações Regulatórias	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de dificuldades do bebé em regular o comportamento e os processos fisiológicos, sensoriais, de atenção, motores ou afectivos (se o bebé é capaz de se acalmar e de ser consolado; se é capaz de regular o seu nível de atenção em direcção às pessoas e ao meio ambiente) 	<input type="checkbox"/>
VI – Situações Clínicas Atípicas no Bebê	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de Prematuridade 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de carências de cuidados maternos (se há algum internamento no 1º ano de vida, desde que não haja psicopatologia neonatal que justifique). 	<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de perturbação relevante na vinculação (se há separação da mãe, superior a 1 semana) 	<input type="checkbox"/>

VII – Perturbações de Afecto	• Ausência de perturbações de ansiedade continuadas do bebé (se chora muito, se a mãe não consegue dormir e não tem a ver com a alimentação)	<input type="checkbox"/>
	• Ausência de comportamentos de retirada (se há momentos que, de repente, o bebé fica mais virado sobre si, com o olhar mais perdido)	<input type="checkbox"/>
	• Ausência de transtorno reactivo de privação da figura de vinculação/maus tratos do bebé (quando a mãe voltou a trabalhar como é que ele reagiu)	<input type="checkbox"/>
VIII – Expressões Psicossomáticas	• Ausência de distúrbios do sono	<input type="checkbox"/>
	• Ausência de distúrbios alimentares	<input type="checkbox"/>
	• Ausência de distúrbios digestivos e intestinais	<input type="checkbox"/>
	• Ausência de distúrbios respiratórios	<input type="checkbox"/>
	• Ausência de distúrbios da pele	<input type="checkbox"/>
IX – Grandes agrupamentos nosográficos	• Ausência de depressão do recém-nascido (se não assinala a VII a) e/ou c) e não pontua VIII)	<input type="checkbox"/>
	• Ausência de autismos infantis e distúrbios psicóticos precoces (se não assinala VII b); IV a) e IV c)	<input type="checkbox"/>
	1 – 4 Prognóstico Reservado 5 – 7 Bom Prognóstico 8 – 9 Excelente Prognóstico	

ANEXO 2

Inventário de Auto-estima Materna (MSI)

Inventário de Auto-Estima Materna

(Versão Adaptada de Garcia Galvão D., 2000)

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeiro
1- O meu bebé é muito frágil, por isso preocupar-me que possa ser desajeitada com ele/ela.	5	4	3	2	1
2- Estou desapontada com o sexo do meu bebé.	5	4	3	2	1
3- Sinto-me segura por ser capaz de satisfazer as necessidades físicas do meu bebé.	1	2	3	4	5
4- Considero que o trabalho de parto e o parto foram das experiências mais desagradáveis que tive.	5	4	3	2	1
5- Penso que serei uma boa mãe.	1	2	3	4	5
6- Estou certa de que terei uma relação próxima e calorosa com o meu bebé.	1	2	3	4	5
7- Não confio muito na minha capacidade para ajudar o meu bebé a aprender coisas novas.	5	4	3	2	1
8- Fiquei muito feliz quando vi pela primeira vez o meu bebé.	1	2	3	4	5

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeiro
9- A expectativa de ter um bebé deu-me mais prazer do que actualmente terei.	5	4	3	2	1
10- Tenho fortes dúvidas de que o meu bebé se venha a desenvolver normalmente.	5	4	3	2	1
11- Acho o meu bebé muito bonito.	1	2	3	2	5
12- Sentir-me extremamente contente quando soube que estava grávida.	1	2	3	4	5
13- Achei a experiência do trabalho de parto assustadora e muito desagradável.	5	4	3	2	1
14- Pensar em segurar e abraçar o meu bebé é para mim muito agradável.	1	2	3	4	5
15- Quando soube que estava grávida tive sentimentos confusos sobre o que era ter um bebé.	5	4	3	2	1
16- Preocupar-me, com frequência, o facto de me poder esquecer de qualquer coisa e que, por isso, algo de mau possa vir a acontecer ao meu bebé.	5	4	3	2	1

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeiro
17- Quando vi pela primeira vez o meu bebé fiquei desportada.	5	4	3	2	1
18- Estou segura de que conseguirei resolver qualquer problema normal que possa ter com o meu bebé.	1	2	3	4	5
19- Preocuparme vir a ter problemas em perceber aquilo que o meu bebé necessita.	5	4	3	2	1
20- Sinto que não tenho facilidade em lidar com bebés pequenos.	5	4	3	2	1
21- Enquanto estive grávida esperei ansiosamente o nascimento do meu bebé.	1	2	3	4	5
22- Preocuparme se o meu bebé irá gostar de mim.	5	4	3	2	1
23- Sinto-me competente por ser capaz de alimentar o meu bebé.	1	2	3	4	5
24- Espero não me importar de ficar em casa a cuidar do meu bebé.	1	2	3	4	5
25- Considerei a experiência do parto muito excitante.	1	2	3	4	5

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeiro
26- Preciso de mais tempo para me adaptar ao meu bebê.	5	4	3	2	1
27- Preocupame se o meu bebê se irá desenvolver normalmente.	5	4	3	2	1
28- Durante a gravidez tive cuidado comigo.	1	2	3	4	5
29- Duvido que o meu bebê possa gostar de mim da maneira como sou.	5	4	3	2	1
30- Pensar em tudo o que tenho para fazer como mãe deixa-me deprimida.	5	4	3	2	1
31- Preocupa-me não saber o que fazer se o meu bebê adoece.	5	4	3	2	1
32- É difícil para mim saber o que o meu bebê quer.	5	4	3	2	1
33- Achei as experiências do trabalho de parto e parto como as melhores da minha vida.	1	2	3	4	5
34- Penso que gostarei mais do meu bebê quando ele/ela for mais velho(a) e tiver personalidade própria.	5	4	3	2	1

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeiro
35- Tenho medo de vir a ser desajetada quando pegar no meu bebê.	5	4	3	2	1
36- Estou deseiosa de amamentar o meu bebê.*	1	2	3	4	5
37- Sinto que tenho muito amor para dar ao meu bebê.	1	2	3	4	5
38- Sinto-me segura porque acho que serei capaz de ensinar coisas novas ao meu bebê.	1	2	3	4	5
39- Estou segura de que o meu bebê vai ser forte e saudável.	1	2	3	4	5
40- Achei o trabalho de parto assustador.	5	4	3	2	1
41- Estou preocupada se o meu bebê se desenvolve normalmente.	5	4	3	2	1
42- Tenho grandes expectativas sobre como será o meu bebê.	1	2	3	4	5
43- Senti-me emocionalmente preparada para o nascimento do meu bebê.	1	2	3	4	5

	Completamente falsa	Parcialmente falsa	Indecisa	Parcialmente verdadeira	Completamente verdadeiro
14- Sinto que farei um bom trabalho tomando conta do meu bebê.	1	2	3	4	5
15- Sei o suficiente para poder ensinar ao meu bebê muitas coisas que ele/ela terá de aprender.	1	2	3	4	5
16- Preocupa-me se serei capaz de satisfazer as necessidades emocionais do meu bebê.	5	4	3	2	1
17- Estou certa de que o meu bebê irá gostar muito de mim.	1	2	3	4	5

Shea, E., & Tronick, E. Z. (1988). The maternal self-report inventory. A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. En H. E. Fitzgerald, B. M. Lester, & M. W. Yogman. (Eds.). Theory and research in behavioral pediatrics. (vol4) (pag.101-139). New York and London: Plenum Press.

Nota*: O item 36 foi retirado no presente estudo.

ANEXO 3

**Pedido de autorização para utilização do MSI
(Garcia Galvão, 2000)**

**Exma. Sra. Professora Doutora
Dulce Galvão**

Venho por este meio pedir autorização a V. Exa. Para utilizar o instrumento “Inventário de Auto-estima Materna” – MSI, afim de poder continuar uma investigação em curso, no âmbito da minha tese de mestrado, que se insere na área da Saúde Mental – prevenção de situações de risco na primeira infância.

Grata pela sua atenção,

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 27 de Maio de 2005

Maria Coelho Rosa

ANEXO 4

**Autorização facultada pela
Professora Doutora Dulce Galvão**

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão
Escola Superior de Enfermagem
de Bissaya Barreto
Rua 5 de Outubro
Apartado 7032 S. Martinho
3041-801 Coimbra

Exma. Dra.
Maria Coelho Rosa

Em resposta ao pedido que me formulou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizado o Inventário de Auto-Estima Materna, no âmbito do trabalho de investigação que se encontra a realizar.

Desejando o maior êxito para o seu estudo, peço que aceite os melhores cumprimentos.

Coimbra, 07 de Junho de 2005

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

(Professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão)

ANEXO 5

**Pedido de autorização para frequentar as instalações
da Associação “Ajuda de Mãe”**

**Associação “Ajuda de Mãe”
Exma. Sra. Engenheira
Madalena Teixeira Duarte**

Venho por este meio pedir autorização a V. Exa. para que eu possa frequentar os gabinetes de apoio da “Ajuda de Mãe”, de forma a recolher informação e dados junto de mães com bebés entre os 4 e os 12 meses de idade, afim de poder continuar uma investigação em curso, no âmbito da minha tese de mestrado, que se insere na área da Saúde Mental – prevenção de situações de risco na primeira infância.

Grata pela sua atenção,

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 10 de Maio de 2005

Maria Coelho Rosa

ANEXO 6

Autorização cedida pela Associação “Ajuda de Mãe”



DECLARAÇÃO

Vimos por este meio autorizar a Dra. Maria Coelho Rosa a recolher informações e dados perto das utentes da Ajuda de Mãe, destinando-se estes a sua tese de mestrado e não podendo ser usados para outro fim.

Lisboa, 20 de Julho de 2005

pt A Direcção
Hada Lino RIBEIRO Duarte

Rua Arco do Carvalhão, n.º 282
Tel. 21 382 7850
Contribuição nº 502 447 26

ANEXO 7 (EM CD)

Base de dados em Excel

ANEXO 8

Tabelas de Correlação

