



A saúde mental na gravidez e primeira infância

Isabel Brito*

RESUMO

A gravidez e os primeiros tempos de vida da criança são períodos críticos em que vários factores de risco se podem conjugar e comprometer a capacidade parental e o desenvolvimento da criança com repercussões ao longo da seu ciclo de vida. Mas são também momentos potencialmente transformadores, para os quais poderão contribuir a solicitude dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Gravidez; Depressão na Gravidez e no Pós-parto; Vinculação, Parentalidade; Factores de Risco e Protectores; Rede de Suporte.

A gravidez e os primeiros dois anos de vida da criança são momentos chave do desenvolvimento humano.

O período da gravidez é curto, uma passagem e preparação para outro, longo, o de ser mãe e pai para sempre. Durante este período profundas alterações psíquicas ocorrem na mulher e no homem, preparando-os para a parentalidade. É um tempo de vulnerabilidade psicológica que irá ter repercussão na interrelação com o bebé e no seu desenvolvimento.

Os dois primeiros anos de vida são a fase em que o desenvolvimento humano é mais rápido mas também mais vulnerável, em que é maior a dependência do meio. Neste período a criança adquire a posição erecta, a marcha, a fala e inicia a socialização. Mas necessita para isso de estabelecer uma relação privilegiada com os pais, que serão o suporte para o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e social futuros.¹

Estes são dos períodos mais sensíveis na vida humana, em que a existência de uma rede multiprofissional atenta e solícita à volta da família pode ser determinante. No nosso país já existe uma rede de Cuidados de Saúde Primários que releva estes períodos e cujo trabalho é de valorar.

A GRAVIDEZ

A gravidez é um acontecimento que marca para sempre a mulher e o homem, pela intensa metamorfose psíquica que irá reorganizar a sua identidade e trans-

formá-los em mãe e pai, aptos a cuidar de um ser novo e desconhecido, o bebé.

Consideram-se como tarefas deste período a aceitação da gravidez, a aceitação da realidade do feto, a reavaliação das relações com os próprios pais e também com o cônjuge e a aceitação do bebé como um ser separado. Estas tarefas vão-se realizando ao longo dos três trimestres da gravidez e são geralmente sentidas de forma mais premente pela mulher. No 1º trimestre aparecem habitualmente sintomas psicossomáticos, como enjoos e vômitos, dando conta da ambivalência sempre presente em relação à gravidez. No 2º trimestre, com o aparecimento dos movimentos fetais, a realidade do feto está presente e atenua a ambivalência, mas aparecem os receios sobre eventuais malformações e perda do feto, alterações da imagem corporal, que se vai deformando e um quadro depressivo pode ser patente.² No 3º trimestre aparecem os medos relacionados com o momento do parto, as dores e pode mesmo aparecer uma angustia de morte da própria e/ou do bebé.

Na gravidez o bem estar psicológico da grávida é determinante, devendo-se estar atento ao seu estado emocional e mobilizando o envolvimento do cônjuge e de outros familiares próximos.

Vários *factores de risco* podem concorrer para perturbar a gravidez actual:³

- gravidez não planeada, não desejada e não aceite, em que não é feita a preparação para o parto, nem há preparação para acolher o bebé;
- gravidez de alto risco;
- malformações do feto;

*Chefe de Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência



- morte de um familiar próximo (mãe, cônjuge, pessoa significativa) durante a gravidez;
- patologia psiquiátrica: depressão (fadiga, alterações do sono e do apetite, tristeza, irritabilidade, choro, ideação suicida), psicose, toxicodependências; Situações de risco relacionadas com os antecedentes obstétricos da grávida:
- Interrupções in/ou voluntárias da gravidez;
- morte *in utero*;
- partos prematuros;
- gravidez anterior não vigiada;
- colocação familiar ou institucional de outros filhos. Factores de risco relacionados com o contexto familiar e social do casal grávido:
- violência doméstica (pode ser a causa da depressão materna);
- isolamento social da grávida;
- pais adolescentes;
- relações perturbadas com a família de origem;
- colocação familiar ou institucional na infância.

Para que o médico de família possa aceder a estas situações é necessário mostrar disponibilidade de escuta e de tempo para tecer com o casal uma relação de confiança, base indispensável para qualquer intervenção bem sucedida. Se uma pequena equipa, formada com a enfermeira, a assistente social e eventualmente um técnico de saúde mental do Centro de Saúde, puderem conjugar esforços e intervir articuladamente, uma mudança transformadora na mulher e no homem grávidos poderá ocorrer.

As experiências relacionais de suporte dos profissionais, por vezes as primeiras sentidas nas suas vidas, no período sensível da gravidez, poderá organizar estas famílias. E a gravidez, período de vulnerabilidade poderá também ser maturativo e transformador. O aparecimento da criança irá acentuar o desejo reparador e reanimar a vida destas famílias.

A RELAÇÃO MÃE-PAI-BEBÉ

A criança nasce com um equipamento neurofisiológico programado, em parte geneticamente, mas para que as suas potencialidades se possam desenvolver, precisa de ser estimulada por experiências sensoriais e afectivas e satisfeita nas suas necessidades.⁴

A criança ao nascer vem plena de competências para interagir e chamar a atenção sobre si, mas necessita

que o outro, mãe-pai, estejam lá, para sentirem o que ela sente e para, através dos seus diferenciados aparelhos psíquico e afectivo, darem significado àquilo que ela sente e darem resposta adequada à sua necessidade de mal expressa.

Os comportamentos instintivos do bebé, como a sucção, a preensão, o seguir com o olhar, o chorar, o sorrir, constituem competências inatas que geram no adulto um movimento de aproximação e protecção, a base para a criação de uma *vinculação* mãe-pai-bebé.^{5,6} A continuidade desta relação e a previsibilidade na prestação de cuidados num contexto de uma relação empática e de afecto constitui o principal motor para o adequado desenvolvimento psico-afectivo do bebé.

A mãe, que transportou o bebé no seu ventre durante nove meses, é quem geralmente mais cuida do bebé. E este reconhece-lhe o cheiro, a voz e até os batimentos cardíacos, o que explica que ao ser pegado por ela se acalme de imediato. A repetição e a continuidade dos cuidados ao bebé permitem-lhe antecipar esses mesmos cuidados. Se o bebé estiver a chorar com fome basta-lhe ouvir ou ver a mãe para se acalmar, muito antes da mamada. O bebé começa a formar traços de memória e desenvolve a sua capacidade de representação mental. Esta capacidade apoia-se e progride no sistema interactivo com a mãe, que traduz e dá resposta adequada às necessidades do bebé.⁷ Se estas necessidades não são satisfeitas de forma regular e contínua, o bebé não encontra nenhuma previsibilidade no meio que o rodeia e não adquire a capacidade de antecipar, esta traduz precocemente o surgimento das representações mentais na criança. Situações caóticas, sendo limites as que um bebé vivência com uma mãe toxicodependente, prejudicam o seu desenvolvimento emocional e cognitivo.⁸

Mas a mãe não tem de corresponder de imediato a todas as exigências do bebé, aliás deve dar-lhe um espaço para que ele possa experienciar a separação. São as pequenas frustrações que o bebé vai sentindo que lhe permitem o contacto com a realidade exterior.⁹

A função do pai é aqui essencial porque favorece as capacidades do bebé a entrarem em relação com o exterior. O bebé apreende um estilo relacional mais estimulante e activo que o ajudam na separação da mãe e a diferenciar-se.

O pai participa cada vez mais nos cuidados à crian-



ça e apoia a mulher na sua função maternal. Este envolvimento do pai é decisivo para o crescimento e autonomia da criança.¹⁰

Se nas experiências relacionais da criança prevalecer o prazer sobre a frustração, se as suas zangas e mal estar puderem ser exteriorizados sem retaliação, ela começa a ganhar confiança no mundo que a rodeia. Esta é uma experiência capital para a criança, poder exteriorizar a sua agressividade sabendo que há uma força maior que a limita e contem que é a dos pais que a acarinham e protegem.

Se a criança ficar só, com as suas zangas e frustrações, percebe que é indiferente ao meio, sem valor, desconsiderada e hostilizada por ele. Ficará invadida por sentimentos de ódio, sentimentos que lhe são insuportáveis e que vai colocar fora dela, nos outros. Outros que a agrediram e que passam a ser agredidos por ela.

Em situações extremas, em que as crianças cresceram num enorme vazio afectivo, há uma total insensibilidade pelo outro que se manifesta em comportamentos agressivos e violentos.

A vida recebe-se na relação com um outro. Um outro mãe-pai, ou um outro com quem a criança possa ter laços afectivos fiáveis.

A criança, ao beneficiar de cuidados parentais satisfatórios e segurizantes, quando ela própria assumir a função parental, providenciará esses mesmos cuidados aos seus filhos.

Podem prevenir-se assim muitas das perturbações mentais na criança e na vida adulta e comportamentos de risco.¹¹

AS DEPRESSÕES MATERNAS

Os estados depressivos maternos do pós-parto, que se iniciam por vezes durante a gravidez, incapacitam as mães para as suas funções maternais e alteram a relação com o bebé.¹²

A maioria das depressões pós-parto são de intensidade ligeira ou moderada. A mãe pode sentir uma grande ansiedade, com ideias de poder deixar cair o bebé ou de não conseguir tratar dele, o que pode não lhe permitir ocupar-se adequadamente do bebé.

A ajuda do pai do bebé, de outros familiares e o suporte dos profissionais dos cuidados de saúde primários é determinante para que a mãe adquira confiança nas suas capacidades maternais e ultrapasse a sua ansiedade.

O PÓS-PARTO BLUES

Entre a 1ª e 2ª semanas após o parto, 40 a 60% das puérperas podem sentir-se irritáveis, hipersensíveis, com choro fácil, mas rapidamente estes sintomas, associados às quebras hormonais após o parto, desaparecem.

A DEPRESSÃO DO PÓS-PARTO

Situa-se entre o 2º mês e o fim do 1º ano após o parto e ocorre em 10 a 15% das puérperas.¹³ Mas pode chegar aos 50% nos casos de depressão pós-parto anterior. Segundo O'Hara e Swain¹⁴ pode decorrer com dois picos, um entre as 6 e 12 semanas e outro no 2º semestre após o parto.

Cox¹⁵ enquadra estas depressões num fenómeno biopsicossocial, de etiologia multifactorial: biológica, psicossocial e psicodinâmica. Como a mulher e o meio que a cerca encaram a situação, dando-lhe ou não relevância, dependerá o pedido de ajuda e a abordagem terapêutica.

É muito difícil para a mulher aceitar que está irritável, cansada e triste, que está a ser penoso ocupar-se do seu bebé, quando o companheiro, a família e a sociedade lhe transmitem que a circunstância de ser mãe lhe deveria trazer a total plenitude e prazer. A mulher sente-se culpada pelos seus sentimentos e esconde o seu estado depressivo.

A mãe pode até tratar funcionalmente do bebé mas sem a sua capacidade de imaginar e de transmitir emoção e afecto na sua relação com o bebé. É uma relação desvitalizada que põe em risco a constituição psíquica do bebé e perturbam a coesão entre a psique, o corpo, o funcionamento corporal e mental. O bebé torna-se vulnerável à descompensação psicossomática, podendo surgir alterações do sono, alimentares ou atrasos do desenvolvimento.¹⁶

São os médicos de família que podem detectar estas depressões, frente a um bebé irritável e com as alterações acima descritas. A mãe, perante o seu bebé em sofrimento, aceita melhor o tratamento. Deve incluir-se o pai que passará a compreender o estado da mulher e a dar ao bebé o suporte emocional de que ele necessita.

Para o diagnóstico da depressão pós-parto recomenda-se a utilização da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgo (EPDS),¹⁷ que foi traduzida e validada para Portugal¹⁸



A intervenção terapêutica deve avaliar os factores de risco, como as dificuldades temperamentais ou regulatórias do bebé, bebés prematuros ou com malformações, as relações conflituosas no casal, o isolamento da mãe, os problemas sócio-económicos da família. Assim como os factores protectores, o apoio do companheiro, da família próxima (mãe, irmã, tia), de amigas e, igualmente importante, a disponibilidade dos técnicos de saúde.

A nível psicofarmacológico o antidepressivo recomendado é a paroxetina, que pode ser utilizado em mães que amamentam.

As situações que não revertem necessitam de terapias psicológicas direccionadas à relação mãe-bebé ou pai-mãe-bebé, dispensadas em serviços de saúde mental especializados.

A possibilidade dos casais serem acolhidos de uma forma empática por profissionais dos cuidados de saúde primários, que ouçam as suas dúvidas e receios, lhes reconheçam e valorizem as competências, ao longo da gravidez e primeiros tempos de vida da criança, mantendo sempre uma *continuidade relacional*, é dos suportes mais efectivos para a família e garante do desenvolvimento psico-afectivo da criança com repercussões no seu futuro.¹⁹

CONCLUSÃO

A gravidez e os primeiros dois anos de vida da criança são períodos de grande vulnerabilidade para a família, que necessita de uma rede de suporte, já constituída pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. Pretende-se alertá-los para os factores de risco mas também para as potencialidades de mudança que estes momentos comportam e como a sua intervenção pode ser catalizadora do desenvolvimento das famílias e das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Improving mother/child interaction to promote better psychosocial development in children, Programme on mental health. Geneva: WHO; 1997.
2. Onunaku N. Improving maternal and infant mental health: focus on maternal depression. Los Angeles, CA: National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA; 2005.
3. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS-DSPSM; 2005.
4. Brazelton B, Greenspan S. A criança e o seu mundo, requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. Lisboa: Editorial Presença; 2002.

5. Bowlby J. Attachment. New York: Basic Books, 1969.
6. Guedeney N, Guedeney A. Vinculação, conceitos e aplicações. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
7. Douriez MP. Bébé agi, bébé actif. Paris: Presses Universitaires de France; 1984.
8. Molénat M. Grossesse et Toxicomanie. Paris: Éditions Érès; 2000.
9. Brito I. Para uma nova clínica de pais e bebés. In: Leal I, editor. Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Lisboa: Fim de Século, 2005. p. 409-32.
10. Naouri A. Une place pour le père. Paris: Éditions du Seuil; 1985.
11. Lebovici S. Psychopathologie du bébé. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
12. Golse B. In: Corrêa Filho L, Corrêa ME, França PS, orgs. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos. , 14, 232-248. Brasília: L.G.E. Editora; 2002. p. 234-48.
13. Postnatal depression and puerperal psychosis. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Edinburgh. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk> [acedido em 20/09/2009].
14. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postnatal depression. A meta-analysis. Int Rev Psychiatry 1996; 8 (1): 37-54.
15. Cox J. Troubles psychiatriques du post-partum: aspects sócio-culturels de la "maladie" mentale sévère. In: Mazet P, Lebovici S, éditeurs. Psychiatrie périnatale. Paris: Presse Universitaires de France ; 1998. p. 431-41.
16. Kreisler L. Le nouvel enfant du désordre psychosomatique. Toulouse: Privat; 1987.
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression. Scale. Br J Psychiatry 1987 Jun; 150: 782-6.
18. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Psychol Med, 26 (1): 135-41, 1996 Jan.
19. Puura K, Davis H, Cox A, Tsiantis J, Tamminen T, Ispanovic-Radojkovic V, et al. The European Early Promotion Project: description of the service and evaluation study. Int J Ment Health Promot 2005 Feb; 7 (1): 17-31.

A autora declarou não possuir conflitos de interesses

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Isabel Brito

E-mail: isabelbrito@gmail.com



ABSTRACT

MENTAL HEALTH DURING PREGNANCY AND INFANCY

The periods of pregnancy and the first two years of child's life are critical where several risk factors can join and compromise the parenting capacity and the child development with influence upon all long the vital cycle. But they are also moments with capacity for change with the contribute of the health professionals' solicitude.

Keywords: Pregnancy; Depression during Pregnancy and the Post-partum; Attachment; Parentality; Protector and Risk Factors; Support Network.
