



Mestrado em Educação e Cuidados na Primeira Infância

Projecto de Intervenção

***Representações Mentais de Mães com
Depressão Pós-Parto e o seu Impacto nas
Interacções Mãe-Bebé***

Ana Rita Fernandes Martins Oliveira da Costa

**Beja
2012**

A licenciada Ana Rita Fernandes Martins Oliveira da Costa, mestranda do Mestrado em Educação e Cuidados na Primeira Infância, apresenta o seu Projecto de Intervenção no Instituto Politécnico de Beja, com o tema *Representações Mentais de Mães com Depressão Pós-Parto e o seu Impacto nas Interações Mãe-Bebé*, sob orientação da Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria.

“Uma única alma governa os dois corpos... não raro, as coisas desejadas pela mãe aparecem impressas nos membros da criança que a mãe carrega quando tem o desejo.”

Leonardo da Vinci, Quaderni
citado por Brazelton e Cramer (1992, p.3)

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Cristina Faria, agradeço o apoio, confiança e orientação que marcaram o processo de elaboração deste trabalho.

À Instituição Ajuda de Mãe pela colaboração na recolha de dados.

Às participantes deste estudo, pela sua disponibilidade.

Às colegas e amigas Fátima e Luísa agradeço a amizade e disponibilidade com que sempre me apoiaram.

Ao marido e filhos agradeço o incentivo, o carinho e o apoio sempre presentes neste percurso.

Resumo

A literatura evidencia que mães com sintomatologia de depressão pós-parto reflectem sentimentos de tristeza, instabilidade emocional, irritabilidade, choro e cansaço, pelo que apresentam uma grande dificuldade em estabelecer um vínculo afectivo saudável com o seu bebé (Brazelton & Cramer, 1997). Neste sentido, o presente trabalho procurou compreender qual é o impacto que as representações mentais, de mães com depressão pós-parto, podem ter na interação mãe-bebé. O estudo de cariz qualitativo foi realizado a partir de cinco mães com diagnóstico de depressão pós-parto. O protocolo de avaliação foi constituído por cinco instrumentos: Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg, o Inventário de Avaliação Clínica de Depressão – IACLIDE, o Inventário de Personalidade de Millon e ainda, a Entrevista R, cujo objectivo principal assenta na compreensão e análise das representações mentais.

A análise dos resultados obtidos, através dos instrumentos utilizados, permitiu concluir que os dados obtidos suportam a revisão da literatura efectuada (Brazelton e Cramer, 1997; Klaus, 2000; Spitz, 2000; Schwengber e Piccinini, 2003), uma vez que estas mães reproduziram representações mentais com tonalidade afectiva negativa quer de si próprias, quer dos seus bebés. Diante destes dados, é de prever a possibilidade de ocorrência de repercussões desfavoráveis nas interações precoces com o bebé, o que pode levar a um comprometimento do prognóstico cognitivo e comportamental da criança. Segundo Silva & Botti (2005) as consequências, em termos do desenvolvimento humano, são preocupantes, pelo que, torna-se necessário um planeamento de intervenções que contemplem um acompanhamento psicológico e a organização de cuidados de saúde diferenciados das famílias, onde as mães possam apresentar sintomatologia de depressão pós-parto, tendo presente acções especializadas de protecção às crianças.

Palavras-chave: Mãe; Maternidade; Depressão pós-parto; Representações mentais; Interação mãe-bebé.

Índice

Introdução	8
Parte I – Enquadramento Teórico	10
1. Interação Mãe-Bebé	11
2. Depressão Pós-Parto	15
2.1 Conceito e epidemiologia	17
2.2. Etiologia e factores de risco	18
2.3. Tratamento	19
2.4. Prevenção	20
3. Maternidade e Depressão	20
Parte II – Estudo Empírico	25
4. Metodologia	26
4.1. Participantes	26
4.2. Instrumentos	26
4.2.1. Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh	26
4.2.2. Inventário de Avaliação Clínica de Depressão - IACLIDE	27
4.2.3. Inventário de Personalidade de Millon	28
4.2.4. Entrevista R	28
4.3. Procedimento	29
5. Apresentação dos Resultados	30
5.1. Caracterização dos participantes	30
5.2. Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh	31
5.3. Inventário de Avaliação Clínica de Depressão - IACLIDE	32
5.4. Inventário de Personalidade de Millon	33
5.5. Entrevista R	36
6. Discussão dos Resultados	44
Parte III – Proposta de Projecto de Intervenção	49
7. Proposta de Projecto de Intervenção	50
7.1. Objectivos e estratégias	50
7.2. Acções de intervenção	51
Conclusão	57
Referências Bibliográficas	60
Anexos	63

Índice de Quadros

Quadro 1 – Diferencial dos distúrbios psiquiátricos pós-parto	17
Quadro 2 – Factores de risco para uma depressão pós-parto	18
Quadro 3 – Características socioeconómicas e demográficas	30
Quadro 4 – Características obstétricas, tipo de aleitamento e suporte social	31
Quadro 5 – Resultados da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh	31
Quadro 6 – Resultados do Inventário de Avaliação Clínica de Depressão	33
Quadro 7 – Resultados do Inventário de Personalidade de Millon – Mãe A	34
Quadro 8 – Resultados do Inventário de Personalidade de Millon – Mãe B	34
Quadro 9 – Resultados do Inventário de Personalidade de Millon – Mãe C	35
Quadro 10 – Resultados do Inventário de Personalidade de Millon – Mãe D	35
Quadro 11 – Resultados do Inventário de Personalidade de Millon – Mãe E	35
Quadro 12 – Representação que a mãe tem de si própria	37
Quadro 13 – Representação que a mãe tem da criança	38
Quadro 14 – Representação que a mãe tem dela própria como mãe	39
Quadro 15 – Representação que a mãe tem do pai da criança	40
Quadro 16 – Representação que a mãe tem da sua mãe	41
Quadro 17 – Identificação mãe-criança	42
Quadro 18 – Identificação mãe-avó	43
Quadro 19 – Síntese das representações negativas da mãe	48
Quadro 20 – Situação real VS situação ideal	50
Quadro 21 – Acção nº 1 - Cuidados materno-infantis	52
Quadro 22 – Acção nº2 - Massagem infantil	53
Quadro 23 – Acção nº3 – Yoga	54
Quadro 24 – Acção nº4 - Formação pessoal e social	55

Introdução

O desenvolvimento infantil é marcado por uma evolução global da criança a vários níveis. O comportamento motor, a capacidade de representação simbólica, a aquisição da linguagem, o desenvolvimento do self e do género, são alguns dos marcos desenvolvimentais da primeira infância. São meses pautados pela educação e cuidados fornecidos pelas figuras cuidadoras. Segundo Bowlby (1958), é ao longo do primeiro ano de vida que se dá o processo pelo qual o bebé começa a desenvolver uma relação progressiva e privilegiada com a figura específica, que usualmente lhe confere atenção e cuidados. Com o objectivo de ter resposta às suas necessidades de cuidados, de apoio, de afecto e de conforto, o bebé vai estabelecer um protocolo de comunicação, composto por diversos sinais, como o olhar, o balbuciar e o choro. O bebé dirige o seu comportamento a esta figura cuidadora que, por seu lado, por intermédio da prestação de cuidados, responde às suas solicitações, sinais e aproximações, adquirindo assim o estatuto de figura de vinculação. A vinculação incide, desta forma, na ligação afectiva que a figura cuidadora estabelece através dos seus cuidados, de forma a garantir as necessidades físicas, psicológicas e sociais do seu bebé (Bowlby, 1989).

Em casos de depressão pós-parto, este vínculo nem sempre acontece de forma satisfatória, devido à dificuldade que a mãe tem em atender aos cuidados que deve prestar ao bebé. A revisão da literatura é consistente nas repercussões adversas na relação mãe-bebé num contexto de depressão materna (Brazelton e Cramer, 1997; Klaus, 2000; Spitz, 2000; Schwengber e Piccinini, 2003). A depressão pós-parto, segundo Zanotti (2003) in Silva e Botti (2005) é um transtorno mental de elevada prevalência e que se caracteriza por alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Os principais sintomas de depressão pós-parto assentam nos sentimentos de tristeza, instabilidade emocional, irritabilidade, choro e cansaço. Perante este contexto não será difícil de compreender que estas mães terão muita dificuldade em garantir os cuidados ao seu bebé, de forma a manterem um vínculo afectivo saudável. Brum e Schermann (2006) realçam o facto do estado depressivo da mãe afectar o seu comportamento e, conseqüentemente, influenciar o tipo de interacção que a mãe estabelece com a criança, tendo este tipo de interacção repercussões negativas no desenvolvimento infantil. Segundo Brum e Schermann (2006), as crianças de mães depressivas estão mais susceptíveis a desordens comportamentais, afectivas, cognitivas

e sociais, bem como, auto-imagem negativa e perturbações ao nível das relações de apego. São crianças que mostram altos índices de insegurança vincular, alguns atrasos no desenvolvimento cognitivo e emocional e mais disforia.

É no âmbito deste quadro conceptual que se pretende desenvolver este trabalho, cujo tema assenta nas representações mentais de mães com depressão pós-parto e o seu impacto nas interações mãe-bebé. Mais concretamente, procura saber: qual é o impacto que as representações mentais, de mães com depressão pós-parto, pode ter na interacção mãe-bebé?

Este trabalho está dividido em três partes principais. A primeira parte abrange uma revisão da literatura sobre as temáticas em estudo – interacção mãe-bebé, depressão pós-parto e depressão materna – bem como revisões de investigação recente acerca desses temas. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico composto pelo método, pela apresentação dos resultados e pela discussão. Na terceira parte encontra-se uma proposta de um projecto de intervenção onde é delineado um plano de acção elaborado a partir dos dados obtidos no estudo realizado e da análise de necessidades identificadas. Finalmente, são expostas as principais conclusões do trabalho realizado de forma a reflectir sobre as suas contribuições para a temática em estudo.

Parte I
Enquadramento Teórico

1. Interação Mãe-Bebé

Foram vários os autores que se dedicaram ao estudo da relação mãe-bebé, da formação do vínculo e do desenvolvimento do apego. De entre os vários estudos, daremos particular relevância às contribuições de Bowlby, Ainsworth, Winnicott, Spitz e Mahler.

Bowlby (1958) foi o primeiro autor a introduzir o conceito interação, através do ensaio “The Nature of the Child’s Tie to His Mother”. Bowlby, através dos seus estudos, deu um contributo muito significativo no estudo das relações estabelecidas entre os bebés e as figuras cuidadoras, dando origem aos pressupostos formais da teoria do apego. Bowlby (1989), através da teoria da vinculação foi, também, um dos autores que contribuiu de forma significativa para o estudo das representações mentais. Fê-lo através do estudo da vinculação. Este estudo surgiu através de uma pesquisa sobre as origens do desenvolvimento psicopatológico, quer na infância quer na idade adulta. O objectivo do autor era perceber que consequências é que poderiam surgir ao nível da personalidade quando não são dados cuidados maternos adequados durante os primeiros anos de vida. Bowlby fundamentou a sua teoria da vinculação em teorias da etiologia e da evolução. Assim sendo, o autor entende por vinculação os comportamentos inatos do bebé, que têm como consequência criar e manter proximidade com a figura cuidadora. Ou seja, segundo Pereira (2008) *“a ideia basilar de Bowlby reside no intento de que o bebé manifesta determinados comportamentos específicos da espécie (e.g. chorar, agarrar, seguir) que, embora, inicialmente independentes uns dos outros, rapidamente se tornam num repertório comportamental com direcções e orientações sistematicamente convergentes na figura de vinculação.”* (p. 32).

No entanto, a teoria de vinculação de Bowlby não assenta só nos comportamentos, mas também nos componentes cognitivos e emocionais.

Com o objectivo de explicar esta tríade, Bowlby (1989) concebeu a existência de Modelos Internos Dinâmicos, que definiu como sendo representações mentais dinâmicas que actuam fora da consciência e que se vão constitui a partir da experiência relacional precoce com as figuras vinculativas. Através destes modelos, que funcionam como guias, o bebé consegue adaptar o seu comportamento de vinculação face ao outro. É interessante perceber a forma como Bowlby explica esta evolução de comportamentos do bebé ao longo da sua infância, face à separação da figura de vinculação. Esta

evolução organiza-se em quatro fases distintas. A primeira fase ocorre do nascimento até aos dois meses. Este período caracteriza-se por respostas indiscriminadas, ou seja, o bebé apresenta comportamentos de vinculação mas ainda é incapaz de diferenciar as figuras para quem direcciona os seus comportamentos. A segunda fase, ocorre dos dois aos seis meses. Nesta fase o bebé já estabelece comportamentos orientados para o seu prestador de cuidados habitual. A terceira fase decorre dos seis aos vinte e quatro meses e caracteriza-se pela manutenção da proximidade à figura de vinculação pela locomoção e sinalização. Nesta fase dá-se também o protesto pela separação e preocupação com estranhos. Por último, temos a quarta fase que ocorre dos vinte e quatro aos trinta meses. Nesta fase, sucede a formação de uma relação e dá-se uma parceria de objectivos corrigidos para a meta a par da existência de modelos internos do self, do comportamento e da figura de vinculação. Após a análise desta evolução, percebe-se que existe uma organização que ocorre de forma gradual à medida que a criança e a figura de vinculação se desenvolvem. Com isto, podemos concluir que: *“Uma criança terá maiores probabilidades de desenvolver uma representação positiva de si própria, na qual o self surge como valorizado e merecedor de cuidados, quando as suas necessidades de proximidade emocional, de protecção e de segurança estão preenchidas”* Maia et al. (2008, p.423).

Pelo contrário, quando a criança não vê resposta às suas necessidades, não vivencia um padrão de apego seguro. Tendo em conta que a tendência é de uma prevalência do reforço dos primeiros padrões de apego, todos estes acontecimentos irão afectar o estilo de apego que o indivíduo vai estabelecer ao longo da sua vida (Bowlby, 1989). Ou seja, uma criança que mantém vinculações seguras segue um percurso de desenvolvimento da sua autonomia e conseqüentemente consegue fazer uma construção gradual, quer do mundo exterior, quer do próprio self.

Relativamente à organização das representações das relações de vinculação foram sugeridos três modelos. São eles: o modelo hierárquico, o modelo de organização integrativa e o modelo de organização independente (Howes, 1999 in Bost et al, 2008). O modelo hierárquico é caracterizado pela representação das representações de forma hierárquica, sendo que a representação de vinculação mais importante é a mãe. Isto significa que, as relações que a criança estabelece com outras pessoas são directamente influenciadas pela segurança de vinculação à mãe. De acordo com o modelo de organização integrativa, as crianças integram todas as relações de vinculação numa única representação. Isto significa que é atribuída uma posição igual a todas as relações,

não havendo nenhuma a ocupar lugar de destaque. No último modelo, as várias representações de relações de vinculação têm influências diferentes em várias áreas do desenvolvimento.

Bowlby (1989) distinguiu dois tipos de factores que podem interferir no padrão comportamental do apego: o factor relacionado com as condições físicas e temperamentais da criança e os factores direccionados para as condições do ambiente. A interacção entre os dois sistemas é complexa e depende das representações mentais das figuras cuidadoras. Assim sendo, apesar dos vários modelos de representação de vinculação não podemos, aqui, deixar de salientar a importância que a figura cuidadora tem neste processo. Esta deve interpretar os sinais que a criança emite, de forma a encorajá-la a prosseguir.

Ainsworth (1978, citado por Pereira, 2008) desenvolveu um método experimental que designou de Situação Estranha, cujo objectivo assentava na observação, ao pormenor, das reacções da criança face à separação das figuras cuidadoras. A Situação Estranha deu, posteriormente, origem a um sistema de classificação do nível de apego entre a figura cuidadora e a criança. Este sistema abrange três categorias denominadas de grupo inseguro-evitante, grupo seguro e o grupo inseguro-ambivalente/resistente. O grupo de bebés classificado como seguro encontra na figura de vinculação a sua base segura, ou seja, são bebés que mantêm um padrão de proximidade e interacção com a figura cuidadora. Mesmo após a separação, não manifesta resistência ou evitamento face figura cuidadora. Contrariamente a estes bebés, temos os bebés classificados como inseguros. O grupo inseguro-evitante ilustra comportamentos de evitamento face à figura cuidadora e, conseqüentemente, manifesta poucos comportamentos de segurança. Já o grupo inseguro-resistente, demonstra mal-estar pela separação e manifesta um conjunto de atitudes antagónicas. Por um lado, procura o contacto com a figura cuidadora, mas por outro lado demonstra comportamentos de resistência. Isto porque, o bebé vê na figura cuidadora alguma inconstância na prestação de cuidados. Posteriormente, Main e Solomon (1990, citado por Pereira, 2008) deram um contributo a este sistema de classificação e acrescentaram um quarto padrão, a que designaram de desorganizado/desorganizado. Este grupo de crianças manifesta comportamentos contraditórios e sinais de apreensão face à figura cuidadora.

Outro autor que contribuiu de forma inegável nos estudos da relação mãe-bebé foi Winnicott (2001). Segundo o autor, uma criança só consegue iniciar o seu processo

de desenvolvimento se estiver perante uma mãe suficientemente boa. Isto é, só uma mãe suficientemente boa é que consegue ter a capacidade de se adaptar às necessidades do bebé, de forma a promover a sua maturidade e autonomia. Nos casos em que a mãe não consegue ser suficiente boa e, dessa forma, não consiga estabelecer uma relação segura com o bebé, este *“poderá ter um comprometimento na constituição da sua subjectividade devido a esta deficiente relação materna”* (Winnicott, citado por Borsa, 2007, p. 316). O bebé pode desenvolver o que autor designa de *“falso self”* devido ao esforço em satisfazer a mãe em detrimento do desenvolvimento do seu *“eu”*. Winnicott (1965) in Neto (2004) criou, também, o conceito de trauma, como resultado não de um acontecimento único, mas sim como resultado de várias falhas maternas no atendimento das suas necessidades. Segundo o autor, este trauma interrompe o desenvolvimento do bebé e conseqüente crescimento pessoal (Neto, 2004).

Spitz (2000) denominou de Clima Emocional Favorável, a relação da díade mãe-bebé. Nesta relação, a mãe oferece ao bebé uma riqueza de experiências e emoções caracterizadas pelo afecto. O autor atribui, também, especial relevância ao processo de comunicação que existe na relação mãe-bebé. Segundo o autor, existem na base deste processo de comunicação, acções conscientes e inconscientes que vão ter um papel fundamental nas relações interpessoais estabelecidas entre a díade. O autor denominou este processo de *“modelagem”*. Designa-se de modelagem, o processo de adaptação da mãe às necessidades do bebé. Outro aspecto de particular interesse diz respeito ao autor mencionar a mãe como representante do ambiente, devido ao facto de ser a principal cuidadora. No seguimento dos autores já revistos, também Spitz (2000) salienta as conseqüências que podem ocorrer quando não se estabelece um vínculo afectivo.

Por fim, não poderíamos deixar de dar particular relevância a Margareth Mahler, que foi das primeiras autoras a investigar as relações de interacção estabelecidas entre mães e bebés. Mahler (1982) atribui um papel relevante ao vínculo estabelecido com a mãe, às angústias de separação e aos processos de luto nas etapas evolutivas. Assim sendo, criou a teoria que assenta no processo de separação/individuação. Segundo este processo, o bebé inicia o seu desenvolvimento através da simbiose que estabelece com mãe. Ou seja, mais uma vez percebemos o papel fundamental que a figura cuidadora tem no processo de desenvolvimento da identidade individual.

Os contributos da autora, vieram mais tarde reforçar o posicionamento de Bowlby, no que diz respeito à necessidade de uma base segura na relação entre mãe e bebé, ou seja, numa mãe com depressão, a relação de vínculo emocional terá,

certamente, repercussões negativas, uma vez que se trata de uma mãe emocionalmente distante, logo será alguém que terá dificuldades em fazer um investimento emocional com o seu bebé.

2. Depressão Pós-Parto

A gravidez é um processo que decorre durante o período que se inicia na concepção e vai até ao momento do parto, período esse que dura cerca de 40 semanas, ou seja, está temporalmente definido. Durante este período, está subjacente um processo psicológico dinâmico da construção e desenvolvimento pessoal (Gonçalves, 2008).

A passagem de uma mulher grávida para uma mulher mãe designa-se de transição para a parentalidade. Esta transição é rica em expectativas e concepções acerca do bebé. A mãe terá que incorporar a existência do seu filho e aprender a amá-lo e aceitá-lo como indivíduo único. Isto significa que a maternidade vai surgir como uma oportunidade da mãe criar laços afectivos com um ser que está totalmente dependente de si própria, mas mantendo uma relação dual. Segundo Gonçalves (2008) *“Pela primeira vez, ela tem o poder de controlar totalmente o outro, de satisfazer as suas necessidades narcísicas, de manter um conceito idealizado de nós próprios como seres completos e onnipotentes sendo o desafio começar a ver esse outro como um ser separado e autónomo que ela terá que paralelamente proteger”* (p. 10).

São vários os autores que se dedicaram a estabelecer uma divisão da gravidez pelas respectivas tarefas desenvolvimentais. No entanto, para Canavarro (2001) a correspondência entre as diferentes tarefas de desenvolvimento e o desenvolvimento cronológico da gravidez e do puerpério não é linear, uma vez que existem tarefas que se prolongam além do período abrangente pelo puerpério, e também pelo facto dessas tarefas se sobreporem. É ainda de salientar que este processo varia de mulher para mulher. A primeira tarefa abrange quer as modificações corporais da mulher quer a aceitação da gravidez. Esta fase é marcada pela ambivalência do desejo e do receio face à gravidez. A segunda tarefa caracteriza-se pela aceitação de um novo ser dentro de si. Este processo é activado pelo início dos movimentos fetais e pelos registos ecográficos. É nesta fase que a mãe começa a atribuir um temperamento ao bebé. A terceira fase implica uma reflexão acerca do seu papel como filha para uma nova construção de

identidade materna. A quarta fase diz respeito à relação com o companheiro, com o objectivo de se reajustarem no plano emocional, afectivo e social. A quinta tarefa corresponde ao último período da gravidez que se caracteriza a fase de preparação para a separação. É nesta fase que surge o receio do parto e o desejo de ver o bebé. A sexta tarefa ocorre após o nascimento e corresponde à fase que a mãe se confronta com o bebé real que pode, ou não, corresponder à imagem do bebé imaginário. Temos por fim, a sétima tarefa que ocorre com a reestruturação da relação com os outros filhos.

Conclui-se, assim, que a gravidez se caracteriza por alterações significativas ao nível físico, psicológico e social. Canavarro (2001) realça os diversos riscos existentes que podem originar perturbações psicopatológicas no puerpério. Estes riscos estão relacionados com a mulher, através do seu percurso obstétrico da gravidez, o parto, a idade, o tipo de relacionamento com a sua mãe, entre outros. No que se refere ao bebé, os riscos podem surgir devido ao seu temperamento, saúde física e peso à nascença. Por fim, também o relacionamento conjugal constitui um risco para a existência de perturbações no puerpério. Por todos estes motivos, o nascimento de um filho, principalmente se for o primeiro, pode dar origem a problemas emocionais na mãe, podendo mesmo originar depressão pós-parto ou uma psicose pós-parto (Klaus *et. al.*, 2000).

Assim sendo, torna-se fundamental o reconhecimento do início dos sintomas para se chegar a um diagnóstico seguro. No Quadro 1 encontra-se ilustrado um diferencial dos distúrbios psiquiátricos que se podem ocorrer durante o puerpério, que incluem a tristeza, depressão e psicose puerperal.

A tristeza puerperal, também designada de baby blues corresponde a uma etapa de reconhecimento mútuo entre mãe e criança. Caracteriza-se por ser um estado de fragilidade e grande emotividade, acompanhado de choro e tristeza. Nesta fase surgem os sentimentos de falta de confiança e incapacidade de cuidar do bebé (Alt & Benetti, 2008).

Quanto aos restantes distúrbios, é difícil determinar o limite entre a depressão pós-parto normal e patológica. A este estado patológico designa-se de psicose puerperal. Segundo Silva, Souza & Moreira (2003), a característica principal na diferenciação dos dois quadros é a rejeição total ao bebé que ocorre na psicose puerperal.

Quadro 1			
Diferencial Dos Distúrbios Psiquiátricos Que Podem Ocorrer no Pós-Parto			
	Tristeza puerperal	Depressão Puerperal	Psicose puerperal
Conceito	Distúrbio psíquico leve e transitório	Transtorno psíquico de moderado a severo com início insidioso	Distúrbio de humor psicótico apresentando perturbações mentais graves
Prevalência	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2%
Manifestação	Inicia-se no 3º até ao 4º dia de puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insónia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada com o bebé	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labialidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insónia inicial e pesadelo, ideias suicidas, perda do interesse sexual	Confusão mental, agitação psicomotora, angústia, insónia, evoluindo para formas maníacas, melancolia ou até mesmo catatónicas
Curso e prognóstico	Remissão espontânea de uma semana a dez dias	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar, o prognóstico está intimamente ligado a um diagnóstico precoce e intervenções adequadas	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e intervenções no quadro
Tratamento	Psicoterapia enfatizando a educação e o equilíbrio emocional da puérpera	Psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia (casos especiais)	Psicoterapia, farmacologia, eletroconvulsoterapia e internamento (casos especiais)

Fonte: Silva & Botti (2005, p.234)

O nosso estudo tem como objectivo analisar as representações mentais de mães com depressão pós-parto, por isso será sob esse prisma que iremos incidir o restante capítulo.

2.1. Conceito e epidemiologia

A depressão pós-parto, segundo Zanotti (2003) in Silva e Botti (2005) é um transtorno mental de elevada prevalência e que se caracteriza por alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Surge de forma insidiosa, algumas semanas após o parto. Trata-se de uma depressão atípica, isto é, caracteriza-se como uma variante de

um quadro depressivo fisiológico. As taxas de prevalência da depressão puerperal encontram-se entre os 10 e os 15%. Para que se considere um diagnóstico de depressão pós-parto, deve-se considerar o início durante o primeiro ano após o parto (Silva & Botti (2005).

2.2.Etiologia e factores de risco

A gravidez e o parto são factores de grande ansiedade quer para a mulher, quer para os familiares, principalmente se estiverem associados outro tipo de acontecimentos adversos. Schwengber & Piccinini (2003) descrevem vários factores de risco de ordem psicológica, social, obstétrica e biológica. Tal como pode ser observado no Quadro 2, existem diversas condições que podem influenciar o aparecimento de uma depressão pós-parto.

Quadro 2
<i>Factores de risco para uma depressão pós-parto</i>
Antecedentes familiares de depressão
Menoridade
Menor nível educacional
História prévia de depressão pós-parto (em mães múltiparas)
Gestação não planeada
Parto de risco
Parto prematuro
Má formação congénita do bebé
Morte do bebé
Puerpério com complicações
Dificuldades na amamentação
Disfunções hormonais
Bebé com temperamento difícil
Falta de apoio por parte do marido/companheiro

De acordo com a literatura, existem diversos factores associados à etiologia da depressão pós-parto. Podemos, assim, concluir que a etiologia da depressão pós-parto não se determina por factores isolados, mas sim por uma multiplicidade de factores, que devem estar implicados para o diagnóstico e terapêutica da depressão pós-parto.

2.3.Tratamento

A terapêutica da depressão puerperal é semelhante à que é utilizada nos casos de transtornos depressivos noutros períodos de vida. Assim sendo, a abordagem pode passar, segundo Santos, Almeida & Souza (2009) pela psicoterapia, farmacologia e, em casos especiais, pode recorrer-se à eletroconvulsoterapia e internamento.

A psicoterapia é vista como uma abordagem essencial, uma vez que a puérpera expressa os seus sentimentos. Entre os cuidados psicológicos destacam-se a terapia cognitiva comportamental, que funciona como um recurso na resolução de comportamentos e cognições disfuncionais, através da aprendizagem e da reconstrução cognitiva. Em conjunto, puérpera e terapeuta estabelecem um planeamento de acções intervencionistas adaptadas à nova realidade (Silva, Souza & Almeida, 2003).

No que diz respeito à abordagem farmacológica, esta está condicionada ao aleitamento materno, devido à excreção e concentração dos fármacos no leite. Ou seja, existe uma preocupação evidente quanto aos anti-depressivos e à possibilidade de efeitos secundários indesejáveis nos bebés, tais como: irritabilidade, sedação, perda de peso. No entanto, alguns anti-depressivos possuem uma probabilidade menor de acumulação nos bebés, tais como a setralina e a paroxetina. Assim sendo, deverá ser o profissional de saúde a perceber qual a terapêutica farmacológica mais adequada à mulher em questão. Ressalvamos apenas a importância que o aleitamento materno tem no processo de vinculação entre mãe e bebé.

A electroconvulsoterapia pode ser aplicada em situações extremas, no caso da puérpera não responder à terapia medicamentosa anti-depressiva. Aplica-se, mais especificamente, em quadros suicidas, quadros de mania, catatonia ou psicose, os quais podem necessitar de internamento. Este procedimento baseia-se na indução de convulsões generalizadas com intervalos de 20 a 150 segundos, através da exposição do cérebro a uma corrente eléctrica de intensidade pré-estabelecida. Os estudos realizados demonstram que o risco durante a gravidez é mínimo. Por isso, apesar de ser um tratamento controverso, leva-se em conta tendo em consideração a relação entre o risco e o benefício (Santos, Almeida, Souza, 2009).

2.4.Prevenção

É fundamental conhecer os factores de risco de uma depressão pós-parto, pois só assim se pode pôr em prática um plano de prevenção. Plano esse que passa necessariamente por um apoio emocional e físico durante a gravidez, parto e pós-parto. Cabe aos profissionais de saúde estarem atentos e despertos para esta problemática. Cabe, também à família, principalmente ao marido/companheiro, prestar apoio emocional e estarem atentos aos sinais que podem alertar para o início de uma depressão pós-parto. É fundamental que a mulher se sinta apoiada, amada e segura (Silva & Botti, 2005). A prevalência da depressão pós-parto é um alerta para a importância da intervenção dos profissionais de saúde, durante a gravidez. É de extrema importância que, os casos de distúrbios emocionais na gravidez e pós-parto, sejam referenciados o mais cedo possível.

3. Maternidade e Depressão

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV, 1996) da Associação Psiquiátrica Americana, os sintomas indicados para o diagnóstico de uma depressão pós-parto são iguais aos sintomas utilizados para diagnóstico de uma depressão major. Assim sendo, os principais sintomas de depressão pós-parto assentam nos sentimentos de tristeza, instabilidade emocional, irritabilidade, choro e cansaço. Perante este contexto não será difícil compreender que estas mães terão muita dificuldade em estabelecer, com o seu bebé, um vínculo afectivo saudável. Segundo Brazelton e Cramer (1997) *“dentro dos vários problemas na criança ou na mãe que podem afectar a contingência, a depressão materna é um dos mais frequentes e dos mais severos...Temos hoje provas experimentais de que os problemas de contingência devido até às formas mais brandas de depressão ou comportamento depressivo podem afectar os bebés”* (pp.257-258).

A depressão pós-parto pode variar nos sintomas e respectiva intensidade, mas mesmo as formas mais leves de depressão podem afectar o bebé, uma vez que este é particularmente sensível aos comportamentos da mãe (Klaus, 2000).

A depressão pós-parto está vinculada à ruptura na relação díade mãe-bebé, rupturas essas que acontecem ao nível da atenção, no tipo de comunicação vocal e visual, menos frequência de interações que envolvem o toque e o sorriso. E é com base neste tipo de ruptura que Sptiz (2000) refere que a perda da mãe não é física, como ocorreria no caso de morte materna. É sim, como uma perda emocional, uma vez que a mãe altera a forma de dar resposta aos sinais evidenciados pelo bebé. Do exposto entende-se que, mesmo que a mãe consiga dar resposta às necessidades fisiológicas do bebé, todo o lado emocional ficará comprometido no seio da depressão materna. Estudos realizados pelo autor demonstram que mães deprimidas apresentam mudanças de humor acentuadas em relação aos seus filhos, que podem variar entre a extrema hostilidade até à extrema compensação dessa hostilidade.

Com o objectivo de analisar este tipo de comportamento dual por parte da mãe, Hart *et al.* (1999) in Schwengber e Piccinini (2003), chamou a atenção para a existência de dois estilos distintos de interação de uma mãe deprimida com o seu bebé. O primeiro estilo caracteriza-se pelo afastamento e pouca estimulação. Já o segundo estilo de interação é marcado por comportamentos intrusivos e de estimulação excessiva. De acordo com os autores, as mães deprimidas intrusivas apresentavam mais respostas positivas, mais demonstração de brinquedos e uma maior tendência a guiarem fisicamente os seus bebés, mas mostraram menos manipulação de objectos. No que se refere às mães deprimidas que se mostraram mais apáticas e afastadas, mantinham a criança a brincar com mais frequência e mostravam afecto mais restrito. De acordo com os autores, os resultados são indicadores de risco cognitivo e afectivo para a criança quando exposta a estilos de interação não adequados.

Schwengber e Piccinini (2003) referem um outro estudo de depressão materna simulada, em que um grupo de mães simulava, em determinados momentos, um afecto depressivo e um conseqüente afastamento dos seus bebés. Noutros momentos mantinham um nível de afecto normal. As conclusões a que os autores chegaram são que os bebés, em resposta aos comportamentos inexpressivos e de afastamento da mãe, apresentavam comportamentos negativos como chamada de atenção. Por outro lado, nos momentos em que as mães estavam expressivas e envolvidas emocionalmente, os bebés mantinham comportamentos positivos e mantinham-se perto da mãe. Pode-se assim concluir que os comportamentos do bebé funcionam como um espelho do comportamento materno.

Através do modelo teórico sobre o comportamento parental de mães deprimidas, criado por Francisco *et al.* (2007), as principais dificuldades e preocupações da mãe levam a que esta estabeleça com a criança uma relação de proximidade e exclusividade, com o intuito de tentar criar estratégias para a resolução dos diversos problemas com que se depara. São mulheres tristes, com sentimentos de vazio pois sentem-se incompreendidas, o que leva a uma necessidade de isolamento. Apresentam elevados níveis de stress. São mães com baixa auto-estima, o que leva também a que ocorram sentimentos de incapacidade no seu papel materno. Consequentemente, tudo isto contribui para um sentimento de culpa que vai fazer, segundo Francisco *et al.* (2007), com que as mães invistam cada vez mais na relação com o filho, até para o compensar de num primeiro momento não terem estado tão disponíveis para ele e, devido ao receio de terem passado para a criança algumas das suas características negativas.

A literatura aponta também a tendência que estas mães têm para atribuir às crianças um temperamento difícil. “*A contribuição indirecta do temperamento do bebé na precipitação da depressão da mãe pode ocorrer em virtude de que, diante de um bebé mais difícil, as mães tenderiam a perceber a si mesmas como desempenhando um maternagem mais pobre*” Cutrona e Troutman (1986) citado por Schwengber e Piccinini (2005: pp.144-145).

Segundo Brum e Schermann (2006), as crianças de mães depressivas estão mais susceptíveis a desordens comportamentais, afectivas, cognitivas e sociais, bem como, auto-imagem negativa e perturbações ao nível das relações de apego. São crianças que mostram altos índices de insegurança vincular, alguns atrasos no desenvolvimento cognitivo e emocional e mais disforia. Apesar de diversos estudos indicarem que o funcionamento materno no caso de depressão puerperal começar a desvanecer-se a partir do 16º mês, as evidências demonstram que as implicações para o desenvolvimento das crianças funcionam a longo prazo (Zinga, Phillips & Born, 2005). Dodge (1990) in Schwengber e Piccinini (2003) refere que crianças, filhas de pais deprimidos, têm de duas a cinco vezes maior possibilidade de desenvolver problemas emocionais e comportamentais. Estudos realizados por Murray, Cowley, Hooper & Cooper, 1996) in Schwengber e Piccinini (2003) demonstram uma relação da depressão pós-parto com problemas comportamentais de crianças com 36 meses. Também Goodman, Brogan, Lynch & Fielding (1993) in Schwengber e Piccinini (2003) estudaram o impacto da depressão pós-parto nas competências sociais da criança. Os autores concluíram que estas crianças apresentavam valores menores no auto-conceito,

na competência de auto-controlo e no relacionamento com os pares, quando comparadas a crianças de mães sem indicadores de depressão. Também no que se refere à qualidade do apego entre mãe e criança, aos 18 meses, Murray *et al* (1996) in Schwengber e Piccinini (2003) referem que se tratavam de mães menos sensíveis e menos atentas aos bebés, em comparação com mães que não tinham sofrido de depressão pós-parto.

Klaus (2000) dá especial enfoque à relação que a figura cuidadora teve com os seus cuidadores, uma vez que os estudos revelam que a forma como esta mãe foi criada enquanto criança, vai afectar a forma como irá cuidar dos seus próprios filhos. Como referem Menzel & Rotmen (1990) in Almeida *et al* (2003), os sentimentos da mãe acerca da relação com a sua própria mãe estão directamente envolvidos no processo de vinculação que ela estabelecerá com os seus filhos.

Outro aspecto fundamental na revisão de literatura sobre a depressão materna é o papel do pai num contexto de depressão pós-parto. Os estudos de Silva e Piccinini (2009) foram consistentes em demonstrar que *“os maridos de mães com depressão se constituem em uma população de risco em termos de sua saúde emocional, sendo, também, frequente a depressão paterna no período puerperal”* (p. 10). O apoio emocional por parte do pai tem sido destacado como bastante importante para a mãe. Segundo Silva e Piccinini (2009) o melhor indicador de evolução de mães com depressão pós-parto é a sua percepção da qualidade do apoio emocional oferecido pelo companheiro. Outro aspecto de extrema importância, mencionado pelos autores, relaciona-se com o efeito moderador que o pai tem nos efeitos da depressão pós-parto sobre o desenvolvimento do bebé. Os autores afirmam que um pai não deprimido e que tenha um papel como cuidador, poderia proporcionar ao bebé, os cuidados e estimulação adequados às suas necessidades, diminuindo os efeitos negativos da interacção com uma mãe pouco responsivas ou intrusivas.

No estudo de Hossain *et al* (1994) in Frizo (2008) foram examinadas as interações mãe-bebé e pai-bebé em situações de depressão materna. Foram analisadas 26 famílias americanas com bebés entre os três e os seis meses, das quais doze mães se encontravam deprimidas. Cada díade interagiu face a face por períodos de três minutos. Os resultados foram indicadores de que o pai funcionou como um minimizador dos efeitos negativos da depressão materna para o bebé, pois os pais cujas mulheres se encontravam deprimidas, mostravam mais expressões faciais positivas e vocalizações e, também os bebés, mostravam mais expressões positivas e vocalizações como resposta.

Desta forma, entende-se que o papel desempenhado pelo pai é de grande relevância para toda a família, uma vez que pode exercer um papel protector e funcionar como um modelo positivo.

Do exposto, parece-nos que a depressão pós parto merece um papel de destaque, uma vez que surge em mulheres jovens, cujos filhos estão na faixa etária correspondente à primeira infância, e tendo também por base as consequências que podem advir para a criança ao nível de perturbações emocionais.

Parte II
Estudo Empírico

4. Metodologia

O problema de base desta investigação assenta no impacto que as representações mentais, de mães com depressão pós-parto, podem ter nas relações mãe-bebé.

A metodologia utilizada envolveu levantamento bibliográfico em livros e artigos, bem como pesquisa em bases de dados com o intuito de dar resposta ao objectivo proposto. É um estudo de cariz qualitativo, centrado de forma empírica e aprofundada em cinco casos de mães diagnosticadas com depressão pós-parto. São privilegiadas as técnicas qualitativas de recolha de dados, como a observação e as entrevistas, mas nesta investigação serão, também, utilizados métodos quantitativos, colocados em prática através da análise de inventários e escalas de avaliação.

4.1. Participantes

Participaram neste estudo cinco mulheres com idades que variam entre os 23 e os 38 anos, que recorreram a uma instituição de solidariedade em 2011 e a quem foi diagnosticado depressão pós-parto. Destas mulheres, duas são primíparas e as restantes têm dois ou três filhos. Três são casadas, uma vive em união de facto e a outra é solteira. Três são mães de crianças do género masculino e duas são mães de crianças do género feminino. Todas as mães possuem o 12º ano.

4.2. Instrumentos

O protocolo de avaliação foi constituído: pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh, pelo Inventário de Avaliação Clínica de Depressão – IACLIDE, pelo Inventário de Personalidade de Millon e pela Entrevista R.

4.2.1. Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh é um instrumento utilizado para rastreio da depressão pós-parto (cf. Anexo 2). Trata-se de um instrumento de auto-

preenchimento composto por dez questões ligadas a sintomas comuns de depressão, cujo formato de resposta é do tipo likert. A mãe escolhe as respostas que melhor descrevam a forma como se tem sentido na última semana. As respostas são pontuadas de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. A pontuação vai de zero a três. Uma pontuação igual ou superior a doze é indicativa de depressão pós-parto (Cox *et al*, 1987).

4.2.2. Inventário de Avaliação Clínica de Depressão - IACLIDE

O Inventário de Avaliação Clínica de Depressão – IACLIDE (cf. Anexo 3) destina-se a medir a intensidade dos quadros clínicos depressivos (estado e não traços de personalidade). Foi desenvolvido por Vaz-Serra em 1994. É constituído por 23 itens que abrangem quatro tipos de perturbações: biológicas, cognitivas, interpessoais e desempenho da tarefa. Estes quatro tipos de perturbações assentam na relação que o indivíduo tem com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho.

Na construção desta escala, Vaz-Serra (1994) partiu do pressuposto de que a gravidade de uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que estes atingem. Assim sendo, cada sintoma foi subdividido em cinco questões, que traduzem uma gravidade progressivamente crescente, estando implícita a possibilidade de uma única escolha. A análise factorial dos componentes principais, permitiu extrair cinco factores.

O factor 1 é considerado o mais importante, pois traduz sintomas que representam a dificuldade do desempenho da tarefa, associados a queixas biológicas e cognitivas que correspondem a uma depressão endógena. O factor 2 representa sintomas de uma personalidade obsessiva, com sintomas cognitivos que ilustram uma relação perturbada consigo próprio. O factor 3 relaciona-se com aspectos suicidas. O factor 4 corresponde a sintomas de instabilidade emocional e dependência em relação aos outros. E, por fim, o factor 5 reúne dois tipos de perturbações do sono que este inventário regista – a insónia tardia e a insónia inicial.

O programa de correcção automática, fornecido pelo autor, permite-nos encontrar uma nota global, o grau de gravidade, o cálculo das médias dos sintomas

biológicos, cognitivos, interpessoais e de desempenho da tarefa. Permite-nos, também, perceber, os factores e a previsão das incapacidades.

4.2.3. Inventário de Estilo de Personalidade de Millon

O Inventário de Estilo de Personalidade de Millon (cf. Anexo 4) é constituído por 175 itens de auto-preenchimento. Este inventário avalia um largo espectro de informação relacionada com a personalidade do indivíduo e o seu ajustamento social Millon T., (2009). As normas utilizadas são as de aferição norte-americana, dado que não existe aferição portuguesa. Para a respectiva cotação dos protocolos foi utilizado um programa informático elaborado pela equipa do Prof. Dr. Branco Vasco da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

4.2.4. Entrevista R

Para o estudo das representações mentais foi aplicada a Entrevista R (cf. Anexo 5). Trata-se de um instrumento desenvolvido por Stern *et. al.* (1989), em Génève. A escolha deste instrumento prende-se pelo facto de se tratar de um instrumento que nos permite fazer uma melhor compreensão do mundo representacional da mãe. A Entrevista R é uma entrevista semi-directiva, composta por 28 itens. Estes itens englobam a descrição da criança, o papel dos acontecimentos importantes do passado da criança, descrição da mãe enquanto mãe, papel do pai, papel da avó materna, semelhanças da criança com a família, influência do passado e presente da mãe, afectos ligados às representações, auto-estima materna e receios e desejos da mãe para o futuro da criança. Por cada um destes temas são colocadas questões abertas, e são também apresentados vários adjectivos numa escala de likert, ou seja, em cada extremo da linha são colocados dois adjectivos com significados opostos (cuja distancia entre eles é de 100 mm). A mãe tem que assinalar em que ponto da linha é que se situa a si e à criança. Através desta entrevista, foram avaliadas as representações mentais que a mãe tem de si própria, da criança, do pai da criança e da sua própria mãe. As representações mentais foram analisadas tendo em conta os seguintes parâmetros:

- Dimensão da representação – considerada rica quando fornecidos mais de três adjectivos do item de descrição espontânea;
- Tonalidade afectiva das representações – considerada positiva, quando mais de 50% dos adjectivos é de tonalidade positiva. Pelo contrário, é considerada negativa se mais de 50% dos adjectivos atribuídos forem de tonalidade negativa.
- Coerência – foi considerada presente ou ausente;
- Identificação mãe/criança – este item foi analisado através do número de adjectivos semelhantes entre as representações que a mãe tem da criança e que tem de si própria como pessoa. A semelhança é considerada quando os adjectivos se situam a uma distância inferior a 30mm (numa distancia máxima de 100mm, na escala das representações mentais);
- Identificação da mãe com a sua própria mãe – a avaliação foi efectuada da mesma forma que no item anterior.

4.3. Procedimento

A recolha de dados foi realizada na Instituição Ajuda de Mãe. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos. Nasceu em 1991 e é constituída por uma equipa multidisciplinar, cujos objectivos assentam na promoção do bem estar físico, emocional e social das grávidas e seus filhos e na formação e informação sobre diversas questões da área da saúde (gravidez, sexualidade, planeamento familiar e cuidados maternos infantis). Outra abordagem realizada por esta instituição é o acolhimento de grávidas com dificuldades socioeconómicas e posterior apoio na reinserção social e profissional destas mulheres grávidas e puérperas.

A abordagem inicial foi feita pela psicóloga da Instituição e só depois dessa abordagem é que demos início ao estudo. Todo o processo foi desenvolvido de forma individual, num gabinete da instituição e em condições de privacidade. Num primeiro momento foi explicado o objectivo do estudo e assinado o termo de consentimento livre e informado (cf. Anexo 1). Só posteriormente é que foram aplicados os instrumentos seleccionados. Iniciámos o protocolo de avaliação com a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh. Posteriormente, foi aplicado o Inventário de Avaliação Clínica de

Depressão – IACLIDE, seguido do Inventário de Personalidade de Millon. Por fim, foi feita a Entrevista R.

5. Apresentação dos Resultados

De seguida são apresentados os resultados obtidos relativamente à caracterização dos sujeitos e instrumentos utilizados.

5.1. Caracterização dos participantes

Através da análise do Quadro 3 podemos fazer uma análise das características socioeconómicas e demográficas deste grupo de mães.

Quadro 3					
<i>Características socioeconómicas e demográficas</i>					
	<i>Mãe A</i>	<i>Mãe B</i>	<i>Mãe C</i>	<i>Mãe D</i>	<i>Mãe E</i>
<i>Idade</i>	33A	29A	23A	27A	38A
<i>Estado Civil</i>	Casada	Casada	Casada	União de facto	Solteira
<i>Raça</i>	Caucasiana	Caucasiana	Caucasiana	Caucasiana	Caucasiana
<i>Escolaridade</i>	12ºano	12ºano	12ºano	12ºano	12ºano
<i>Ocupação</i>	Rececionista	Desempregada	Auxiliar geriatria	Atendimento cliente	Desempregada

A média de idades das mães corresponde a 30. O desvio padrão é de 5, 744.

No quadro 4 é possível perceber as características obstétricas das mães, bem como o tipo de aleitamento e o suporte social. Parece-nos importante este tipo de características pois assim conseguimos contextualizar melhor estas mulheres.

Quadro 4					
<i>Características obstétricas, tipo de aleitamento e suporte social</i>					
	<i>Mãe A</i>	<i>Mãe B</i>	<i>Mãe C</i>	<i>Mãe D</i>	<i>Mãe E</i>
<i>Nº de gestações</i>	3	2	1	2	1
<i>Idade da Criança (em estudo)</i>	7 Meses	4 Meses	9 Meses	5 Meses	11 Meses
<i>Género</i>	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino
<i>Planeamento da gestação</i>	Sim	Sim	Não	Não	Não
<i>Tipo de parto</i>	Vaginal	Cesariana	Normal	Cesariana	Vaginal
<i>Idade gestacional (semanas)</i>	38	41	37	39	42
<i>Intercorrências com o R.N.</i>	Não	Sim	Não	Não	Não
<i>Tipo de aleitamento</i>	Aleitamento materno	Aleitamento c/ suplemento	Artificial	Artificial	Aleitamento c/ suplemento
<i>Suporte social</i>	Vive com o marido	Vive com o marido	Vive com o marido	Vive com o companheiro	Vive com o pai

A média de idades das crianças é de 7,2 meses. O desvio padrão corresponde a 2, 863.

5.2. Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh é um instrumento utilizado para rastreio da depressão pós-parto (cf. Anexo 2). Trata-se de um instrumento de auto-preenchimento composto por dez questões ligadas a sintomas comuns de depressão, cujo formato de resposta é do tipo likert. As respostas são pontuadas de acordo com a presença ou a intensidade do sintoma. Uma pontuação igual ou superior a doze pontos é indicativa de depressão pós-parto. A pontuação máxima é de trinta pontos.

Como é possível perceber através da análise do Quadro 5, todas as mães apresentam valores claramente acima de 12, valor a partir do qual é indicativo de depressão pós-parto.

Quadro 5				
<i>Resultados da Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh</i>				
<i>Mãe A</i>	<i>Mãe B</i>	<i>Mãe C</i>	<i>Mãe D</i>	<i>Mãe E</i>
26	25	24	28	22

Média – 25

DP – 2,236

É de salientar a pontuação da Mãe D. Esta mãe pontuou esta escala com 28 pontos. Sendo que a pontuação máxima é de 30 pontos, isso significa que esta mãe está numa situação limite.

5.3. Inventário de Aplicação Clínica de Depressão – IACLIDE

O Inventário de Avaliação Clínica de Depressão – IACLIDE (cf. Anexo 3) tem como objectivo a avaliação da intensidade dos quadros clínicos depressivos. É constituído por 23 itens que abrangem quatro tipos de perturbações: biológicas, cognitivas, interpessoais e desempenho da tarefa. Estes quatro tipos de perturbações assentam na relação que o indivíduo tem com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho.

O programa de correcção automática, fornecido pelo autor, permite-nos encontrar uma nota global, o grau de gravidade, o cálculo das médias dos sintomas biológicos, cognitivos, interpessoais e de desempenho da tarefa. Permite-nos, também, perceber, os factores e a previsão das incapacidades.

Assim sendo, percebemos, através da análise de factores (Quadro 6) que, em todas as mães, os valores do factor 1 são os mais elevados. Este factor é indicador de sintomas que traduzem a dificuldade do desempenho da tarefa, associados a queixas biológicas e cognitivas que correspondem a uma depressão endógena. No que diz respeito às incapacidades, o aspecto que sobressai mais, em todas as mães, é no que se relaciona com a vida social. Relativamente aos resultados associados aos sintomas, as mães A, B e C ilustram maiores dificuldades no desempenho de tarefas. Para a mãe D, são os sintomas interpessoais que sobressaem e, na mãe E o valor que aparece em destaque diz respeito aos sintomas cognitivos. Relativamente aos valores totais, estes variam entre 54 e 70, com uma média que 60,8 e desvio padrão de 7,190; o que reflecte uma depressão grave em todas as mães.

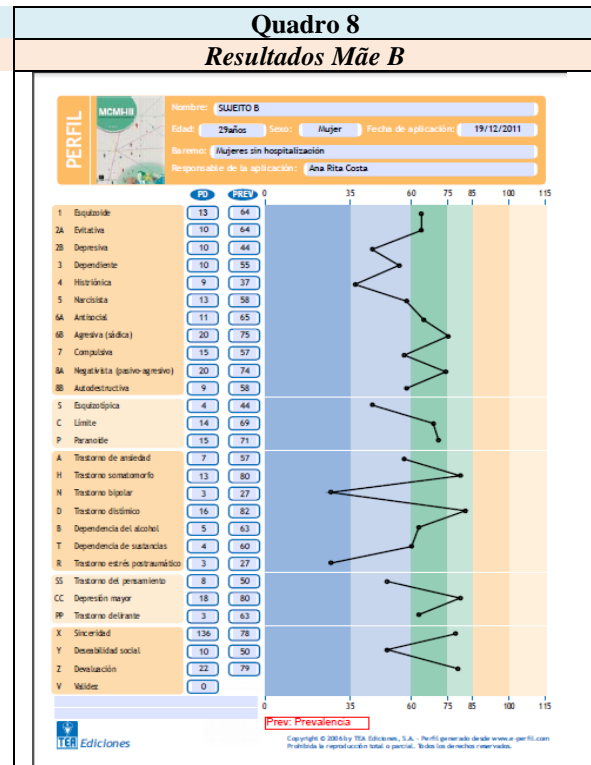
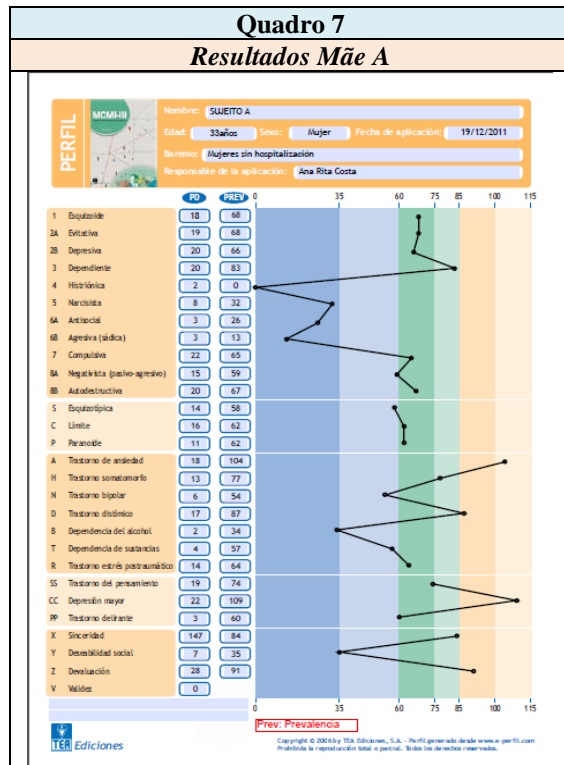
Quadro 6					
Resultados do Inventário de Avaliação Clínica de Depressão – IACLIDE					
	Mãe A	Mãe B	Mãe C	Mãe D	Mãe E
Factores					
F1	4,183	4,02	4,39	4,304	1,001
F2	1,707	1,43	2,215	1,525	3,524
F3	1,179	1,074	1,293	1,219	2,274
F4	2,676	1,741	0,499	3,012	1,704
F5	1,449	0,039	-0,536	2,126	1,318
Incapacidade					
Geral	2,619	1,968	2,677	2,515	2,252
Trabalho	2,353	2,154	2,253	2,451	1,757
Social	3,622	3,029	3,085	3,477	3,342
Familiar	3,257	2,948	2,434	2,882	1,397
Sintomas					
Biológicos	2,833	2	1,833	3,167	2,5
Cognitivos	2,4	1,9	2,3	2,6	3
Interpessoais	3,667	3	2,333	4	1,667
Tarefas	3,75	3,5	3,75	3,25	1,75
IACLIDE Total	67	54	56	70	57

5.4. Inventário de Estilo de Personalidade de Millon

O Inventário de Estilo de Personalidade de Millon (cf. Anexo 4) é constituído por 175 itens de auto-preenchimento. Este inventário permite-nos analisar informação relacionada com a personalidade do indivíduo e o seu ajustamento social. Para a respectiva cotação dos protocolos foi utilizado um programa informático elaborado pela equipa do Prof. Dr. Branco Vasco da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Como se pode observar pelo Quadro 7, a mãe A manifesta uma personalidade dependente, com um marcado nível de ansiedade e distímia. É uma mulher que tende a somatizar a ansiedade. Apresenta um diagnóstico de depressão major, marcado por um elevado sentimento de desvalorização.

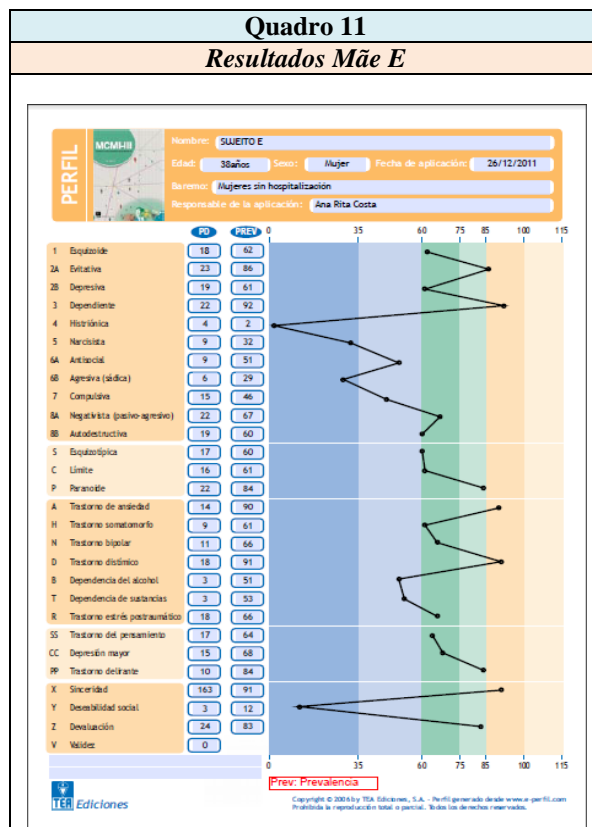
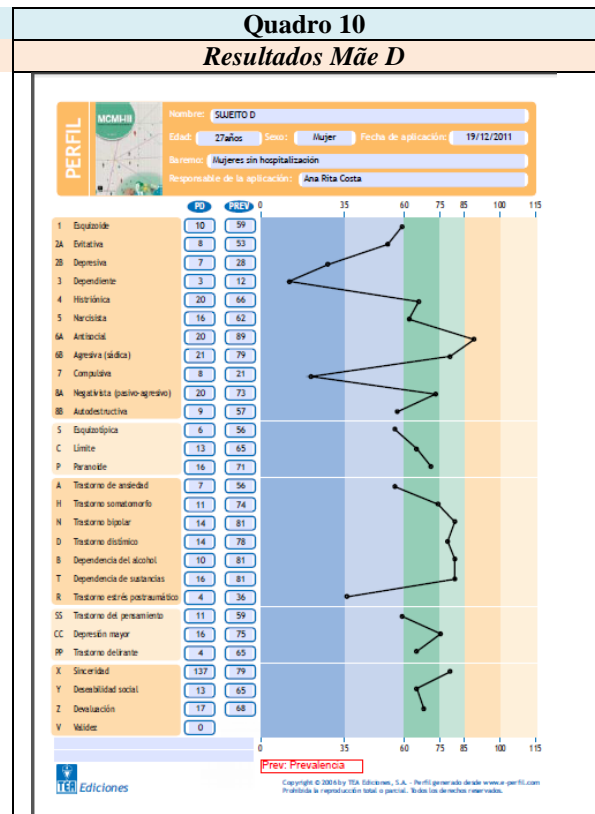
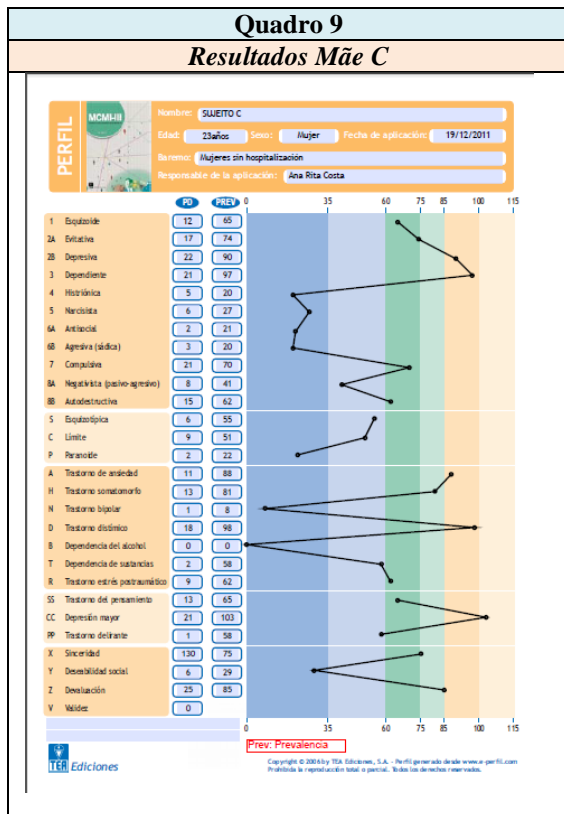
No caso da mãe B (Quadro 8) trata-se de uma mulher com uma personalidade agressiva, com uma postura distímica e com tendência à somatização. Apresenta um valor de desvalorização pessoal elevado.



A mãe C (Quadro 9) manifesta uma personalidade dependente e depressiva, que é confirmado pela distimia. Tende a somatizar a ansiedade. Apresenta um diagnóstico de depressão major, com valores de desvalorização pessoal muito significativos.

Relativamente à mãe D (Quadro 10), esta reflecte uma personalidade anti-social, apresenta uma labilidade do humor com tendência depressiva. Manifesta uma depressão major no valor limite para se considerar significativo.

Por fim, a mãe E (Quadro 11), é uma mulher com uma personalidade dependente e evitante. Não apresenta uma depressão major, apesar de ter como características de personalidade uma distimia, que é concordante com os traços principais de personalidade.



5.5. Entrevista R

A Entrevista R (cf. Anexo 5) é um instrumento que nos permite fazer uma melhor compreensão do mundo representacional da mãe. Trata-se de uma entrevista semi-directiva, composta por 28 itens. Estes itens englobam a descrição da criança, o papel dos acontecimentos importantes do passado da criança, descrição da mãe enquanto mãe, papel do pai, papel da avó materna, semelhanças da criança com a família, influência do passado e presente da mãe, afectos ligados às representações, auto-estima materna e receios e desejos da mãe para o futuro da criança.

A entrevista foi analisada tendo em conta os seguintes parâmetros:

- Dimensão da representação;
- Tonalidade afectiva das representações;
- Coerência;
- Identificação mãe/criança;
- Identificação da mãe com a sua própria mãe.

a) Dimensão da representação

Consideramos que a representação foi rica em todos os casos, uma vez que foram fornecidos mais de três adjectivos na descrição espontânea que as mães fizeram das crianças, delas próprias, dos pais das crianças e das suas próprias mães.

b) Tonalidade afectiva das representações que as mães têm de si próprias

Através do Quadro 12, podemos observar as representações mentais que as mães têm de si. Evidencia-se uma tonalidade afectiva negativa das representações que estas mães têm acerca de si próprias. Caracterizam-se como sendo mulheres tristes, feias, medrosas e dependentes.

Quadro 12	
Representação que a mãe tem de si própria	
Mãe A	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Activa	Triste
Calma	Feia
Pacífica	Dependente
Receptiva	Medrosa
Calorosa	
Afectuosa	
Mãe B	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Activa	Agressiva
Calma	Triste
Afectuosa	Difícil
	Feia
	Dependente
	Medroso
Mãe C	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Activo	Excitada
Pacífica	Introvertida
Fácil	Inibida
Receptiva	Triste
Calorosa	Feia
Afectuosa	Não inteligente
	Dependente
	Medroso
	Pouco viva
Mãe D	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Inteligente	Inactiva
	Agressiva
	Triste
	Difícil
	Distante
	Dependente
	Medrosa
	Pouco afectuosa
Mãe E	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Pacífica	Introvertida
Afectuosa	Inibida
Fácil	Triste
Receptiva	Feia
Afectuosa	Dependente
	Medrosa

c) Tonalidade afectiva das representações que as mães têm das crianças

Tal como se pode verificar através do Quadro 13, consideramos que existe uma tonalidade afectiva positiva no caso da mãe A e da mãe E, uma vez que foram atribuídos mais de 50% de adjectivos positivos. No caso das mães B, C e D, foram

atribuídos mais de 50% de adjetivos negativos aquando a descrição dos bebés. Assim sendo, nestes três casos considera-se que existe uma tonalidade afectiva negativa das representações que as mães têm acerca dos seus bebés.

Quadro 13	
Representação que a mãe tem da criança	
Mãe A (filho do género masculino)	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Activo	Excitado
Alegre	Difícil
Bonito	Dependente
Inteligente	Medroso
Receptivo	
Afectuoso	
Mãe B (filho do género masculino)	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Activo	Excitado
Alegre	Agressivo
Bonito	Difícil
Receptivo	Dependente
	Medroso
Mãe C (filho do género masculino)	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Activo	Excitado
Bonito	Inibido
	Triste
	Difícil
	Não inteligente
	Pouco receptivo
	Distante
	Dependente
	Medroso
	Pouco afectuoso
Mãe D (filho do género feminino)	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Activo	Excitado
Sociável	Difícil
Bonito	Agressivo
Inteligente	Dependente
	Medroso
Mãe E (filho do género feminino)	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Activo	Difícil
Pacifico	Dependente
Empreendedor	Medroso
Bonito	
Alegre	
Inteligente	
Receptivo	
Caloroso	
Vivo	
Afectuoso	

d) *Tonalidade afectiva das representações que as mães têm do seu papel como mãe*

No que diz respeito à representação que as mães têm delas próprias no seu papel de mãe podemos observar que, em todos os casos, mais de 50% dos adjectivos são de tonalidade negativa, tal como está ilustrado no Quadro 14. Assim sendo, observa-se uma tonalidade afectiva negativa nas representações que as mães têm do seu papel de mãe.

Quadro 14	
<i>Representação que a mãe tem de si como mãe</i>	
Mãe A	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Afectuosa “Mãe-galinha” Preocupada	Medrosa Impaciente Autoritária Controladora Insatisfeita no seu papel de mãe
Mãe B	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Afectuosa “Mãe-galinha” Preocupada	Intolerante Medrosa Impaciente Autoritária Controladora
Mãe C	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Tolerante Preocupada	Medrosa Indisponível Impaciente Autoritária Controladora
Mãe D	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Afectuosa Generosa Preocupada	Intolerante Medrosa Indisponível Impaciente Autoritária Controladora Insatisfeita com o seu papel de mãe
Mãe E	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Afectuosa Tolerante Generosa Preocupada	Medrosa Indisponível Impaciente Controladora Insatisfeita no seu papel de mãe

e) *Tonalidade afectiva das representações que as mães têm do pai da criança*

Como é possível observar no Quadro 15, apenas a mãe A tem uma representação positiva do pai da criança. As mães B, C, D e E demonstram através da atribuição superior a 50% de adjetivos de conotação negativa, que têm uma tonalidade afectiva negativa das representações que possuem acerca do pai das crianças.

Quadro 15	
Representação que a mãe tem do pai da criança	
Mãe A	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Afectuoso	Impaciente
Confiante	
Disponível	
“Pai-galinha”	
Brincalhão	
Generoso	
Preocupado	
Satisfeito no seu papel de pai	
Mãe B	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Afectuoso	Impaciente
Confiante	Autoritário
	Controlador
Mãe C	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Confiante	Intolerante
“Pai-galinha”	Indisponível
Generoso	Impaciente
Preocupado	Autoritário
	Sisudo
	Controlador
Mãe D	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Confiante	Pouco afectuoso
	Intolerante
	Indisponível
	Impaciente
	Autoritário
	Controlador
Mãe E	
Adjectivos positivos	Adjectivos negativos
Tolerante	Pouco afectuoso
Confiante	Indisponível
Paciente	Desprendido
	Autoritário
	Controlador

f) *Tonalidade afectiva das representações que as mães têm das suas próprias mães*

Neste caso, apenas a mãe D apresenta uma tonalidade afectiva positiva acerca da representação materna, atribuindo mais de 50% de adjectivos positivos. As restantes mães, A, B, C e E, apresentam uma tonalidade afectiva negativa, pois todas elas atribuem mais de 50% de adjectivos negativos na descrição que fazem da própria mãe, como pode ser observado através do Quadro 16.

Quadro 16	
<i>Representação que a mãe tem da sua mãe</i>	
<i>Mãe A</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Confiante	Pouco afectuosa Intolerante Indisponível Desprendida Impaciente Autoritária Controladora
<i>Mãe B</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Afectuosa Tolerante Generosa Preocupada	Medrosa Indisponível Impaciente Autoritária Controladora
<i>Mãe C</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Afectuosa Paciente Preocupada	Intolerante Medrosa Indisponível Autoritária Sisuda Controladora
<i>Mãe D</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Afectuosa Tolerante Disponível “Mãe galinha” Paciente Generosa Satisfeita no seu papel de mãe	Medrosa Autoritária Controladora
<i>Mãe E</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
“Mãe galinha” Generosa Preocupada	Intolerante Medrosa Indisponível Impaciente Autoritária Controladora Insatisfeita no seu papel de mãe

g) *Coerência*

A coerência esteve presente no discurso de todas as mães. Este aspecto foi analisado tendo em conta a descrição episódica versus descrição semântica, em que era pedido à mãe que desse exemplos de situações para exemplificar, de forma prática, os adjectivos que tinha acabado de seleccionar para descrever as suas representações. Uma vez que os exemplos relatados foram coerentes com os adjectivos escolhidos, cotámos todas as entrevistas como sendo coerentes.

h) *Identificação mãe-criança*

Para avaliarmos a identificação que existe entre a mãe e a criança procedemos à análise do número de adjectivos concordantes entre a representação mental que a mãe faz de si própria como pessoa e a representação mental que faz do seu bebé. Os resultados encontram-se no Quadro 17.

Quadro 17	
<i>Identificação mãe-criança</i>	
<i>Mãe A (filho do género masculino)</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Activo	Dependente
Receptivo	Medroso
Afectuoso	
<i>Mãe B (filho do género masculino)</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Activo	Agressivo
	Difícil
	Dependente
	Medroso
<i>Mãe C (filho do género masculino)</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Activo	Excitado
	Inibido
	Triste
	Não inteligente
	Dependente
	Medroso
<i>Mãe D (filho do género feminino)</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Inteligente	Difícil
	Agressivo
	Dependente
	Medroso
<i>Mãe E (filho do género feminino)</i>	
<i>Adjectivos positivos</i>	<i>Adjectivos negativos</i>
Afectuoso	Dependente
	Medroso

i) *Identificação da mãe com a sua própria mãe*

Para procedermos à análise desta identificação avaliámos os adjectivos concordantes entre as representações mentais que a mãe tem de si como mãe e as representações que a mãe tem da sua própria mãe. O Quadro 18 ilustra os resultados.

Quadro 18	
<i>Identificação da mãe com a própria mãe</i>	
<i>Mãe A</i>	
<i>Adjectivos positivos</i> (não há adjectivos concordantes)	<i>Adjectivos negativos</i> Impaciente Autoritária Controladora
<i>Mãe B</i>	
<i>Adjectivos positivos</i> Afectuosa Preocupada	<i>Adjectivos negativos</i> Medrosa Impaciente Autoritária Controladora
<i>Mãe C</i>	
<i>Adjectivos positivos</i> Preocupada	<i>Adjectivos negativos</i> Medrosa Indisponível Autoritária Controladora
<i>Mãe D</i>	
<i>Adjectivos positivos</i> Afectuosa Generosa	<i>Adjectivos negativos</i> Medrosa Autoritária Controladora
<i>Mãe E</i>	
<i>Adjectivos positivos</i> Generosa Preocupada	<i>Adjectivos negativos</i> Medrosa Indisponível Impaciente Controladora Insatisfeita no seu papel de mãe

6. Discussão dos Resultados

Foi com a finalidade de compreender melhor a depressão puerperal e as representações mentais que lhe estão associadas, que seleccionámos os instrumentos em questão. Os resultados obtidos através do Inventário de Avaliação Clínica de Depressão – IACLIDE (cf. Quadro 6), demonstraram que estas mães apresentam uma grande dificuldade no desempenho de tarefas, associadas a queixas biológicas e cognitivas, ou seja, são mães pouco funcionais. Outra dificuldade que estas mães apresentaram-se relacionou-se com a incapacidade de estabelecer uma vida social, levando ao isolamento, o que reforça a sintomatologia depressiva.

Através do Inventário de Estilo de Millon (cf. Quadros 7, 8, 9, 10 e 11), foi possível analisar os traços de personalidade mais marcantes destas mães. Apesar de terem personalidades distintas, todas estas mães apresentam uma característica de personalidade comum, a distímia. Isso significa que, segundo o DSM-IV (1996), são mulheres com um humor depressivo.

A Entrevista R revelou-se num instrumento de extrema utilidade para percebermos que tipo de representações mentais é que estas mães possuem. Passaremos agora à análise dos resultados obtidos através desta entrevista.

No que se refere às representações mentais que estas mães têm de si próprias (cf. Quadro 12) podemos concluir que reflectem uma baixa auto-estima. Nas descrições que fazem de si próprias é possível encontrar adjectivos como: triste, feia, dependente e medrosa. Para além disso, toda a comunicação não verbal transmitida durante as entrevistas (tom de voz, olhar e postura) fizeram, também, sobressair uma baixa auto-estima. Através do modelo teórico, sobre o comportamento parental de mães deprimidas, elaborado por Francisco *et al.* (2007) podemos perceber que mães deprimidas revelam tristeza, necessidade de isolamento, elevados níveis de stress e baixa auto-estima.

Consequentemente, percebemos que também existe um comprometimento no desempenho do papel de mãe. Todas as mães apresentaram uma tonalidade afectiva negativa nas representações mentais que têm acerca do seu papel de mãe (cf. Quadro 14). Revelaram ser mães intolerantes, impacientes, ansiosas, com muitos receios acerca de tudo o que rodeia os filhos. Um aspecto que sobressaiu em todas as mães foi o facto

de todas elas se intitularem de controladoras. Conclui-se assim que, se por um lado estas mulheres se encontram dependentes de outras figuras, a partir do momento em que são mães sentem uma grande necessidade de controlar os seus filhos, assumindo mesmo um papel de mãe autoritária. São de salientar os estudos elaborados por Spitz (2000), que demonstram que mães deprimidas apresentam mudanças de humor acentuadas em relação aos seus filhos, que podem variar entre a extrema hostilidade até à extrema compensação dessa hostilidade.

No que diz respeito às representações mentais que as mães têm acerca dos seus filhos (cf. Quadro 13), estas são maioritariamente de tonalidade afectiva negativa. Mesmo as duas mães que revelaram uma maior percentagem de adjectivos positivos descreveram os seus filhos como difíceis, dependentes, agitados e medrosos. Isto significa que, se por um lado estas mães sentem os seus filhos como crianças difíceis, também sabemos, pelos diversos estudos elaborados, que estas mães têm grandes dificuldades em fazer um investimento emocional com o seu bebé. Por sua vez, um bebé que não vivencia um padrão de apego seguro, não vai conseguir desenvolver a sua autonomia (Bowlby, 1989). Assim sendo, parece-nos tratar-se de um ciclo vicioso que precisa de ser quebrado.

Relativamente à representação mental que estas mães têm dos pais dos seus filhos (cf. Quadro 15) podemos perceber que, apenas uma mãe apresenta uma representação mental com uma tonalidade afectiva claramente positiva. As restantes demonstram, através dos adjectivos seleccionados, que são pais indisponíveis, impacientes e pouco afectuosos. Através da revisão literária percebemos a importância que o papel do pai tem como minimizador dos efeitos negativos da depressão materna nas crianças, exercendo um papel protector e de modelo positivo para o seu filho (Frizzo, 2008). Para além disso, a percepção que a mãe tem do apoio emocional que o companheiro lhe dá é, segundo Silva e Piccinini (2009), o melhor indicador da evolução favorável da depressão pós-parto. Através da entrevista, percebemos que estas mães (com excepção da mãe A) não têm uma representação mental positiva do pai do seu filho, o que significa que tanto as mães como as crianças, vão necessitar de um apoio exterior para compensar esta falha.

Em relação à identificação mãe-criança (cf. Quadro 17) encontramos uma concordância elevada entre a representação mental que a mãe faz de si própria como pessoa e a representação mental que faz do seu bebé. Como referem Schwengber & Piccinini (2003), os comportamentos do bebé funcionam como um espelho do

comportamento materno. Logo, os adjetivos de tonalidade afectiva negativa, como dependente, medroso, difícil, inibido e até mesmo triste, estão presentes em ambas as representações. Gostaríamos, ainda, de salientar a dualidade pelo qual se regem essas mulheres. Se por um lado se sentem desvalorizadas e apresentam dificuldades em dar respostas às necessidades emocionais dos filhos, por outro lado têm muita dificuldade em comportar o processo de autonomia da criança.

Quanto ao processo de identificação da mãe com a sua própria mãe (cf. Quadro 18), percebemos que, os adjetivos concordantes entre as representações mentais que a mãe tem de si como mãe e da sua própria mãe, são maioritariamente negativos. Adjectivos como impaciente, autoritária e controladora foram encontrados em todas as descrições concordantes, ou seja, estão presentes na representação mental que a mãe tem de si própria como mãe e, foram também encontrados na representação mental que a mãe tem da sua própria mãe. Uma das mães, do nosso estudo, refere mesmo estar insatisfeita no seu papel de mãe. Situação essa que se repete na representação mental que tem da sua mãe, ou seja, estamos perante um ciclo. Klaus (2000) atribui uma importância muito significativa à relação que, as mães com depressão pós-parto tiveram com as suas figuras de vinculação. Segundo o autor, esta relação será preditiva da relação que esta mãe vai ter com os seus filhos. Menzel & Rotmen (1990) in Almeida *et al* (2003) referem que os sentimentos da mãe acerca da relação com a sua própria mãe estão directamente envolvidos no processo de vinculação que ela estabelecerá com os seus filhos. Esta ideia é notória nestas mães. São mulheres que apresentam uma baixa auto-estima, que se reflecte no seu papel de mãe e que transparece na relação que estabelecem com os seus filhos. Por sua vez, as relações que mantêm com as suas próprias mães são, também, sentidas de forma desvalorizada, o que não lhes permitiu construir uma identidade maternal consistente. Mais uma vez salientamos a questão do padrão de ciclo vicioso.

Cabe-nos, agora, inferir sobre o impacto que estas representações mentais de tonalidade afectiva, essencialmente negativas, têm nas interações mãe-bebé (cf. Quadro 19). Os dados obtidos através deste quadro são preocupantes, uma vez que evidenciam uma tonalidade afectiva muito negativa que marca a forma como estas mães se sentem e sentem quem a rodeia, mais particularmente, o seu filho e o seu companheiro. Tudo isto se irá repercutir negativamente nas interações precoces com o bebé e, conseqüentemente, pode levar a um comprometimento do prognóstico cognitivo e comportamental da criança. De acordo com Brum e Schermann (2006), as crianças de

mães depressivas estão mais susceptíveis a desordens comportamentais, afectivas, cognitivas e sociais, bem como, auto-imagem negativa e perturbações ao nível das relações de apego. São crianças que mostram altos índices de insegurança vincular, alguns atrasos no desenvolvimento cognitivo e emocional e mais disforia. Também Silva & Botti (2005) se dedicaram ao estudo das consequências do impacto da depressão pós-parto no desenvolvimento humano. Segundo os autores estas são várias e preocupantes. Ao nível do pré-escolar e escolar destaca-se a presença de sentimentos de solidão, culpa, enurese, queixas somáticas e hiperactividade. Na fase da adolescência são de salientar os comportamentos de rebeldia, isolamento, ansiedade de separação e episódios depressivos. No jovem adulto denota-se rebeldia, culpa, excessiva ambivalência, entre outros. É de notar a relevância do papel do pai. Segundo Silva e Piccinini (2009), o melhor indicador da evolução de um quadro de depressão pós-parto, é a percepção que a mãe tem do apoio emocional auferido pelo companheiro. No caso da nossa amostra, com excepção da mãe A, todas as outras mães apresentam uma representam mental com tonalidade afectiva negativa acerca dos pais dos seus filhos. Isso significa, que estas crianças não só têm uma mãe com depressão, como têm pais pouco pacientes, pouco responsivos e pouco afectuosos. Ou seja, nestes casos, em que seria imprescindível que o pai exercesse um papel protector do desenvolvimento da criança, isso, na sua grande maioria, também não acontece. Torna-se assim evidente, a necessidade premente que estas famílias tenham apoio da parte dos profissionais de saúde.

Quadro 19		
<i>Síntese das representações negativas da mãe</i>		
Representação negativa que a mãe tem da criança	Representação negativa que tem de si como mãe	Representação negativa que a mãe tem do pai
Mãe A		
Excitado Difícil Dependente Medroso	Medrosa Impaciente Autoritária Controladora Insatisfeita no seu papel de mãe	Impaciente
Mãe B		
Excitado Agressivo Difícil Dependente Medroso	Intolerante Medrosa Impaciente Autoritária Controladora	Impaciente Autoritário Controlador
Mãe C		
Excitado Inibido Triste Difícil Não-inteligente Pouco receptivo Distante Dependente Medroso Pouco afectuoso	Medrosa Indisponível Impaciente Autoritária Controladora	Intolerante Indisponível Impaciente Autoritário Sisudo Controlador
Mãe D		
Excitado Difícil Agressivo Dependente Medroso	Intolerante Medrosa Indisponível Impaciente Autoritária Controladora Insatisfeita no seu papel de mãe	Pouco afectuoso Intolerante Indisponível Impaciente Autoritário Controlador
Mãe E		
Difícil Dependente Medroso	Medrosa Indisponível Impaciente Controladora Insatisfeita no seu papel de mãe	Pouco afectuoso Indisponível Desprendido Autoritário Controlador

Parte III

Proposta de Projecto de Intervenção

7. Proposta de Projecto de Intervenção

Segundo Marques (2003) uma mãe depressiva não é uma mãe abandonica, é apenas uma mãe ausente em termos afectivos. Assim sendo, acreditamos que um plano de acção elaborado tendo em conta a análise de necessidades encontradas nestas famílias, será um passo extremamente importante para o bem-estar físico, emocional e social de toda a família.

7.1.Objectivos e estratégias

Através dos resultados obtidos, percebemos as dificuldades sentidas por estas mães. O Quadro 20 ilustra a situação real versus a situação ideal destas famílias.

<i>Quadro 20 – Situação real VS Situação ideal</i>	
<i>Situação real</i>	<i>Situação ideal</i>
Inexistência de suporte emocional	Bom suporte emocional
Sentimento de incompetência	Sentimento de competência
Elevados níveis de ansiedade	Baixos níveis de ansiedade
Isolamento	Apoio social
Baixa auto-estima	Boa auto-estima

Foi com base nesta análise de necessidades que elaboramos o seguinte projecto de intervenção que designamos de Espaço Família. O objectivo geral do projecto de intervenção diz respeito à promoção da relação mãe-bebé. Por sua vez, os objectivos específicos assentam no favorecer do desenvolvimento das competências pessoais e sociais e no promover da integração social com vista à autonomia. O programa de intervenção irá realizar-se no Centro de Saúde da área de residência das famílias e terá a duração de seis meses. No cronograma (cf. Anexo 7) estão ilustrados os diversos conteúdos e a sua duração.

Esta intervenção assenta em dois domínios principais. Por um lado, assenta no apoio psicológico e psicoterapias, grupos de suporte e dinamização da ajuda mútua. Por outro lado, prende-se com acções no âmbito de programas de promoção de

competências pessoais e sociais e de cuidados de saúde na infância. Serão utilizados métodos activos centrados na família, de forma a incentivar o seu envolvimento, iniciativa e autonomia. No decorrer do projecto será sempre privilegiada a interdisciplinaridade, de forma a articular os diversos conteúdos seleccionados para fazer face à análise de necessidades sentidas por estas famílias. Assim sendo, trata-se de um projecto coordenado entre diversos profissionais de saúde.

7.2. Acções de intervenção

O programa de intervenção Espaço Família assenta nas seguintes acções:

- Acção 1 - Cuidados materno-infantis (cf. Quadro 21);
- Acção 2 - Massagem infantil (cf. Quadro 22);
- Acção 3 - Yoga (cf. Quadro 23);
- Acção 4 - Formação pessoal e social (cf. Quadro 24).

A vinculação estabelece-se na ligação afectiva que a mãe estabelece através dos seus cuidados, de forma a garantir as necessidades físicas, psicológicas e sociais do bebé. (Bowlby, 1958, 1989). Em casos de depressão pós parto, este vinculo nem sempre acontece de forma satisfatória, devido à dificuldade que a mãe tem em atender aos cuidados que deve prestar ao bebé. Com o objectivo de dotar estas mães de maiores conhecimentos e competências criámos a acção – Cuidados Materno-Infantis (cf. Quadro 21).

Quadro 21	
Acção 1 - CUIDADOS MATERNO-INFANTIS	
Objectivo geral	
Desenvolver conhecimentos e competências na área dos cuidados materno-infantis.	
Objectivos Específicos	Conteúdos
Identificar as regras básicas de alimentação, higiene, segurança e repouso, relacionando-as com o desenvolvimento da criança.	<p>Higiene</p> <p>Principais funções do banho A hora do banho A preparação do banho Como dar banho</p> <p>Principais cuidados a ter com as fraldas Assaduras das fraldas Como mudar as fraldas Controlo dos esfíncteres</p> <p>Alimentação</p> <p>Principais funções da alimentação Ingestão da água Introdução de alimentos sólidos Horários das refeições Funcionamento digestivo</p> <p>Doenças Típicas da 1ª Infância</p> <p>Febre, gripe, convulsão, dor de ouvidos, dor de cabeça, vómitos, diarreia, intoxicação alimentar, varicela, sarampo Sinais indicadores de doença Cuidados especiais com a criança doente Ida ao hospital A criança e os remédios Papel preventivo das vacinas</p> <p>Sono</p> <p>Ciclos de sono Hora de deitar Sonhos Insónias Pesadelos</p> <p>Rotinas</p> <p>Importância das rotinas diárias</p> <p>Choro</p> <p>Importância e significado do choro</p>
Recursos Humanos	
Psicóloga, enfermeira, mães e pais	
Recursos Materiais	
Computador, vídeo projector, folhas, lápis, canetas, tesouras, colas e cartolinas	
Duração	
6 sessões de periodicidade semanal com duração de 90 minutos cada sessão	
Resultados Esperados	
Espera-se que mães e pais adquiram melhores competências parentais	
Avaliação da Actividade	
Escala de observação preenchida pelas profissionais de saúde (cf. Anexo 8) e questionário de satisfação preenchido pelos pais (cf. Anexo 9)	

Segundo Sptiz (2000), a depressão pós parto está vinculada à ruptura na relação mãe-bebé, rupturas essas que acontecem ao nível da atenção, no tipo de comunicação vocal e visual, menos frequência de interações que envolvem o toque e o sorriso Assim sendo, parece-nos pertinente a criação de uma acção em Massagem Infantil (cf. Quadro 22), cujo objectivo principal passa pela promoção da vinculação entre a mãe e o bebé.

Quadro 22	
Acção 2 - MASSAGEM INFANTIL	
Objectivo geral	
Promover a vinculação entre a mãe e o bebé	
Objectivos Específicos Reconhecer os benefícios da massagem Perceber os comportamentos do bebé Executar técnicas de massagem infantil	Conteúdos Benefícios da massagem Importância do toque Vinculação Reflexos do bebé Estádios comportamentais O papel da comunicação durante a massagem Técnicas de relaxamento para os pais Técnicas de massagem infantil
Recursos Humanos	
Instrutora de massagem, mães e bebés	
Recursos Materiais	
Boneco (para demonstração das técnicas), óleo, toalhas, almofadas, colchões impermeáveis, lenços de papel, cd's de música, aparelhagem	
Duração	
5 sessões de periodicidade semanal com duração de 90 minutos cada sessão	
Resultados Esperados	
Espera-se um aumento do vínculo estabelecido entre mãe e bebé	
Avaliação da Actividade	
Escala de observação preenchida pela instrutora (cf. Anexo 8) e questionário de satisfação preenchido pelas mães (cf. Anexo 9)	

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV, 1996) da Associação Psiquiátrica Americana, os sintomas de uma depressão pós parto assentam em sentimentos de tristeza, instabilidade emocional, irritabilidade, choro e cansaço. Assim sendo, parece-nos pertinente o desenvolvimento de uma acção que incida na actividade de yoga (cf. Quadro 23). O objectivo principal desta acção prende-se com a necessidade urgente de redução dos elevados níveis de ansiedade que estas mães possuem.

Quadro 23	
Acção 3 – YOGA	
Objectivo geral	
Reduzir os elevados níveis de ansiedade	
Objectivos Específicos Reconhecer a importância das diversas técnicas Aprender a meditar Identificar posições da prática de yoga	Conteúdos Posições físicas, sensoriais e psíquicas Técnicas respiratórias Técnicas de concentração Técnicas de relaxamento físico e emocional Meditação Acções mentais positivas
Recursos Humanos Instrutora de yoga e mães	
Recursos Materiais Colchões, toalhas, aparelhagem e cd's	
Duração 24 sessões de periodicidade semanal com duração de 90 minutos cada sessão	
Resultados Esperados Espera-se que as mães consigam diminuir os seus níveis de ansiedade	
Avaliação da Actividade Escala de observação preenchida pela instrutora (cf. Anexo 8) e questionário de satisfação preenchido pelas mães (cf. Anexo 9)	

Segundo Francisco *et al.* (2007), uma das características mais marcantes em mães com depressão pós parto é a baixa auto-estima. Este aspecto foi, também, um dos que mais se salientou, aquando a análise das representações mentais que estas mães têm acerca delas próprias. Percebemos que estas mulheres se vêm como sendo feias,

dependentes e pouco inteligentes. Com a finalidade de promover a sua auto-estima e a sua socialização criámos a acção intitulada de Formação Pessoal e Social (cf. Quadro 24).

Quadro 24	
Acção 4 - FORMAÇÃO PESSOAL E SOCIAL	
Objectivo geral	
Promover a formação pessoal e social	
<p>Objectivos Específicos</p> <p>Promover a aquisição de comportamentos e sentimentos positivos</p> <p>Identificar os factores que permitem estabelecer um relacionamento interpessoal</p> <p>Promover a interacção social</p> <p>Incutir o respeito pelos outros</p> <p>Desenvolver competências comunicativas</p> <p>Favorecer a auto-estima, a autoconfiança, a eficácia e a autonomia</p>	<p style="text-align: center;">Conteúdos</p> <p style="text-align: center;">Desenvolvimento pessoal</p> <p>Conceito de competências pessoais e sociais</p> <p>Auto-estima</p> <p>Postura corporal</p> <p style="text-align: center;">Comunicação</p> <p>Processo de comunicação</p> <p>Feedback na comunicação</p> <p>Linguagem verbal e não-verbal</p> <p>Escuta activa</p> <p>Obstáculos à comunicação</p> <p>Técnicas para comunicar eficazmente</p> <p>Estilos de comunicação</p> <p>Comunicação assertiva</p> <p style="text-align: center;">Relacionamento interpessoal</p> <p>Estilo agressivo, passivo, manipulador e assertivo</p> <p>Formação de impressões</p> <p>Conflitos</p> <p style="text-align: center;">Grupo</p> <p>Trabalhar em grupo</p> <p>Comunicação e grupo</p> <p>Culturas, etnias e diversidades</p> <p>Dinâmicas de grupo</p>
Recursos Humanos	
Psicóloga e mães	
Recursos Materiais	
Computador, vídeo projector, folhas de papel, lápis, canetas, tesouras, régua, colas e cartolinas	
Duração	
4 sessões de periodicidade semanal com duração de 90 minutos cada sessão	
Resultados Esperados	
Espera-se que as mães adquiram competências pessoais e sociais	
Avaliação da Actividade	
Escala de observação preenchida pelo profissional (cf. Anexo 8) e questionário de satisfação preenchido pelas mães (cf. Anexo 9)	

Não podemos terminar esta proposta, sem dar especial destaque aos diversos momentos de avaliação, que pautam as acções, em que assentam a nossa proposta de projecto de intervenção. No final de cada acção, o profissional de saúde deve preencher a Escala de Observação (cf. Anexo 8) e a mãe deve preencher o Inquérito de Satisfação (cf. Anexo 9). Estes dois documentos são excelentes auxiliares para garantirmos uma boa condução das acções de intervenção. Não menos importante, será a avaliação final do projecto. É fundamental que se faça um balanço final, de forma a percebermos os aspectos positivos e os aspectos a melhorar, para que, caso seja necessário, se façam adaptações numa futura edição do projecto.

Conclusão

A relação mãe-bebé começa a estabelecer-se ao longo da gravidez e é influenciada pelas diversas expectativas e interações que se vão estabelecendo durante esse período. Trata-se de uma fase marcada pelos cuidados constantes que abrangem as necessidades físicas, psicológicas e sociais do bebé. Em casos de depressão pós-parto este processo de vinculação fica posto em causa. Existem muitos aspectos relacionados com a depressão pós-parto que ainda são alvo de discussão e não estão totalmente esclarecidos. A revisão da literatura mostrou que a depressão pós-parto pode variar quanto à altura do seu aparecimento, na sua incidência e intensidade dos sintomas. De qualquer forma, uma questão que não levanta dúvidas prende-se com as consequências que a depressão pode provocar nas interações estabelecidas entre mãe e bebé. Ou seja, mesmo as formas mais leves de depressão podem afectar o bebé, uma vez que este é particularmente sensível aos comportamentos da mãe. Como evidenciaram os estudos revisados, o estado depressivo da mãe pode ter repercussões negativas nas interações estabelecidas com o bebé e, conseqüentemente no desenvolvimento da criança. Outra evidência encontrada prende-se com importância que o papel do pai assume neste contexto, uma vez que a sua participação como mediador na interação mãe-bebé, pode ter uma influência directa no desenvolvimento da criança.

O objectivo deste estudo assentou no impacto que as representações mentais de mães com depressão pós parto podem ter na interação mãe-bebé. Fizeram parte do estudo, uma amostra clínica de cinco mulheres. O protocolo de avaliação seleccionado incidiu na Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburg, no Inventário de Avaliação Clínica de Depressão – IACLIDE, no Inventário de Personalidade de Millon e, por fim, na Entrevista R. Foi com base na análise destes instrumentos que conseguimos inferir algumas conclusões.

Os resultados foram indicadores de que estas mães apresentam representações mentais com tonalidade negativa acerca de si próprias. Revelaram-se mulheres tristes, com sentimentos de vazio, reflectidos numa baixa auto-estima e em níveis elevados de ansiedade. Conseqüentemente, o desempenho do seu papel de mãe parece comprometido, devido à incompetência que parece assolar estas mães no que diz respeito aos cuidados prestados aos bebés. Outro aspecto de análise prende-se com o tipo de representação que estas mães têm dos seus filhos. Também estas apresentam

uma tonalidade afectiva negativa. Concluimos, desta forma, que se por um lado estas mães sentem os seus filhos como crianças difíceis, por outro lado, estas mães apresentam grandes dificuldades em fazer um investimento emocional com o seu bebé. Por sua vez, o bebé não consegue vivenciar um apego seguro, com todas as consequências inerentes a esse facto. Percebemos, também, um nível elevado de identificação entre mãe e criança, o que nos transmite a ideia de que o comportamento do bebé funciona como um espelho do comportamento da mãe. O papel do pai foi, também, alvo de análise. Exceptuando uma mãe, todas as outras mães apresentaram representações mentais de tonalidade afectiva negativa acerca dos seus companheiros, o que significa que nem mães nem bebés, têm o apoio paterno onde se apoiar. Outro aspecto que tivemos em conta, no estudo, foi o processo de identificação da mãe com a sua própria mãe. Encontramos níveis elevados de concordância entre a representação mental que a mãe tem de si própria com a representação mental que a mãe tem da sua mãe. Esta foi maioritariamente negativa. Concluimos, assim, tratar-se de um ciclo que abrange os diversos membros da família.

Perante este cenário, percebemos que as consequências no impacto das interações entre mãe e bebé, não são as mais favoráveis. Estamos perante um comprometimento do prognóstico cognitivo e comportamental destas crianças.

Destacamos, desta forma, a importância de se desenvolverem projectos de intervenção que incluam essencialmente, três factores: prevenção, educação e informação. Estes projectos deverão ser elaborados de forma a abranger duas vertentes: a vertente profissional e a vertente familiar. Devem ser projectos dedicados aos profissionais de saúde com o objectivo de criar programas de sensibilização e informação acerca das causas e as consequências da depressão pós-parto. São vários os estudos que referem que quanto maior for o efeito crónico da depressão, maiores serão os riscos para o desenvolvimento da criança. Assim sendo, o atendimento precoce deve ser visto de forma primordial. Tendo em conta que a depressão pode surgir não só logo no pós-parto, mas sim ao longo do primeiro ano, torna-se necessário estar atento ao estado de humor da mãe durante o primeiro ano de vida do bebé. Obviamente que o projecto deve incluir um plano de actividades dedicadas à família, e é de salientar a importância que tem incluir o pai no processo de intervenção. Do exposto, torna-se particularmente relevante que a intervenção seja elaborada de forma multidisciplinar e transversal a toda a família. Foi neste sentido que desenvolvemos o nosso plano de

acção que se baseou na criação de um projecto de intervenção a que designamos de Espaço Família.

Agora que chegamos ao fim, percebemos que existem algumas lacunas que poderão ser revistas em próximos estudos. Teria sido interessante analisar as representações mentais que os pais têm dos seus filhos para, posteriormente as compararmos com as representações mentais das mães, de forma a perceber se estas seriam coincidentes ou não. Outro aspecto a ter em conta teria sido a avaliação do temperamento da criança de forma a perceber se esta era coerente com a representação mental que a mãe tinha da criança.

Como já foi referido, este estudo evidenciou algumas carências mas apesar destas limitações, esperamos que este trabalho seja mais um contributo para proporcionar interrogações mas, acima de tudo, que contribua para o desenvolvimento de estratégias precoces de intervenção.

Referências Bibliográficas

- Almeida, S., Ataíde, A., Nascimento, M., Pires, P. & Silva, P. (2003). Representações mentais maternas: um caso de trigêmeos. *Análise Psicológica*. **1**: 103-110.
- Alt, M. & Benetti, S. (2008). Maternidade e Depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*. **2**: 389-394.
- Bell, J. (1993). *Como realizar um projecto de investigação – um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Gradiva. Lisboa.
- Borsa, J. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebé da gestação ao puerpério. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*. **2**: 310-321.
- Bost, K., Vaughn, B., Shin, N., Verissimo, M, Fernandes, M. e Silva, F. (2008). A concordância entre o comportamento de base segura com a mãe nos primeiros anos de vida e os modelos internos dinâmicos no pré-escolar. *Análise Psicológica*. **3**: 411-422.
- Bowlby, J. (1984). *Apego – apego e perda*. Vol. 1. Martins Fontes. São Paulo.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura – aplicações clínicas da teoria do apego*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Brazelton, T. B. e Cramer, B. G. (1997). *As primeiras relações*. Martins Fontes. São Paulo.
- Brum e Schermann (2006). O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *Psico*. **2**: 151-158.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e maternidade*. Quarteto. Coimbra.
- Cox J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. **150**: 782-786.
- DSM-IV (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Francisco, V. L., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. A. E Valada, M. J. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*. **2**: 229-239.
- Frizzo, G. (2008). Condições da psicoterapia breve em pais-bebés para a conjugalidade e para a parentalidade em contexto de depressão pós-parto. Dissertação de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

- Klaus, M. H. e Kennel, J. H. (1993). *Pais/bebé – a formação do apego*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Klaus, M. H., Kennel, J. H. e Klaus, P. H. (2000). *Vínculo – construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Maia, J., Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A. E Shin, N. (2008). Auto-conceito e representações da vinculação no período pré-escolar. *Análise Psicológica*. **3**: 423-433.
- Millon, T. (2009). *Manual do Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III*. Tea Ediciones. Madrid.
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*. **1**: 85-94
- Neto, O. (2004). Condições traumáticas na relação mãe-bebé. *Natureza Humana*. **6**: 79-86.
- Lebovici, S. (1987). *O bebé, a mãe e o psicanalista*. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Pereira, M. (2008). *Desenvolvimento de Crianças em Centros de Acolhimento Temporário e Relação com os Seus Cuidadores*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade do Minho.
- Schwengber e Piccinini (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebé. *Estudos de Psicologia*. **8**: 403-411.
- Schwengber e Piccinini (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebé. *Estudos de Psicologia*. **22**:143-156.
- Silva, E. & Botti, N. (2005). Depressão puerperal – uma revisão da literatura. *Revista Electrónica de Enfermagem*. **2**: 231-238.
- Silva e Piccinini (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto: revisando a literatura. *Estudos de Psicologia*. **14**: 05-12.
- Silva, Souza & Moreira (2003). Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Revista Mal-Estar e Subjectividade*. **2**: 439-450.
- Sptiz, R. A. (2000). *O primeiro ano de vida*. Martins Fontes. São Paulo.
- Stern, D., Robert-Tissot, C., Besson, G. Rusconi-Serpa, S., Muralt, M., Cramer, B. e Palacio, F. (1989). L'entretien R: une méthode d'évaluation des représentations

maternelles. In *Evaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Médecine & Hygiène. Genève, Paris.

Vaz-Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica de Depressão*. Edição Psiquiátrica Clínica. Coimbra.

Winnicott, D. (2001). *A família e o desenvolvimento individual*. Martins Fontes. São Paulo.

Zinga, D., Phillips e Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. **27**: 556-564.

Anexo 1

Consentimento Livre e Informado

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA
PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**

No âmbito do desenvolvimento da tese de Mestrado em Educação e Cuidados na Primeira Infância, da Escola Superior de Educação, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a sua participação no referido estudo.

Toda a informação obtida será confidencial, não sendo nunca revelado qualquer dado que possibilite a sua identificação.

Declaro que tomei conhecimento do projecto de investigação acima mencionado e consinto a minha participação.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura)

Anexo 2

Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Nome _____

Data de nascimento (mãe) _____

Data de nascimento (bebé) _____

Como teve recentemente um bebé, gostaríamos de saber como se está a sentir.

Por favor marque a resposta que mais se aproxima de como se tem sentido nos últimos 7 dias, não apenas hoje:

Aqui está um exemplo.

Tenho-me sentido feliz:

- () Sim, o tempo todo
- (X) Sim, a maior parte do tempo
- () Não, não muito frequentemente
- () Não, de maneira alguma

Isto significaria “Eu tenho-me sentido feliz a maior parte do tempo durante a última semana”.

Complete o restante do questionário da mesma forma.

Nos últimos 7 dias:

1. Eu tenho rido e visto o lado bom das coisas:

- () Tanto quanto eu sempre fiz
- () Não tanto quanto antes
- () Sem dúvida menos que antes
- () De forma nenhuma

2. Eu encaro o futuro com alegria:

- () Tanto quanto sempre fiz
- () Menos que o costume
- () Muito menos do que o costume
- () Praticamente não

3. Eu sinto-me culpada quando as coisas não correm bem:

- () Sim, a maior parte do tempo
 - () Sim, parte do tempo
 - () Não muito frequentemente
 - () Não, nunca
-

4. Eu tenho estado ansiosa ou preocupada sem razão aparente:

- De forma nenhuma
- Raramente
- Sim, algumas vezes
- Sim, frequentemente

5. Eu tenho tido medo ou pânico sem razão aparente:

- Sim, muito
- Sim, algumas vezes
- Não, não muito
- Não, de forma nenhuma

6. Eu tenho-me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:

- Sim, na maioria das vezes eu não consigo controlar a situação
- Sim, algumas vezes eu não consigo controlar a situação
- Não, na maioria das vezes eu controlo bem a situação
- Não, eu controlo sempre a situação

7. Tenho estado tão triste que tenho dificuldade em dormir:

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Não muito frequentemente
- Não, nunca

8. Eu tenho estado muito triste:

- Sim, na maioria das vezes
- Sim, frequentemente
- Não muito frequente
- Não, de forma nenhuma

9. Tenho estado tão triste que choro:

- Sim, na maior parte do tempo
- Sim, frequentemente
- Ocasionalmente, apenas
- Nunca

10. Tenho pensado em me magoar (ferir):

- Sim, frequentemente
 - Às vezes
 - Raramente
 - Nunca
-

Anexo 3

Inventário de Avaliação Clínica de Depressão

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

Nome: _____ Data: _____
Idade: _____ Estado civil: _____
Habilitações: _____ Profissão: _____
Naturalidade: _____

F1 = _____ F2 = _____ F3 = _____ F4 = _____ F5 = _____

INSTRUÇÕES

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado não se refere à sua maneira de ser habitual mas sim ao estado em que se sente pelo menos desde há duas semanas para cá. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Se lhe parecer que duas respostas diferentes já foram experimentadas por si, assinale uma cruz (X) no espaço respectivo () aquela que se aproxime mais do seu estado actual.

1.

O interesse pelo meu trabalho é o mesmo de sempre ()
Ultimamente ando a sentir um interesse menor pelo meu trabalho ()
Presentemente sinto, com bastante frequência, desinteresse pelo que tenho de fazer ()
Actualmente ando a sentir, muitíssimas vezes, um grande desinteresse pelo meu trabalho ()
Perdi por completo todo o interesse que tinha pelo meu trabalho ()

2.

No meu dia-a-dia não preciso de recorrer à ajuda das outras pessoas mais do que o costume ()
Presentemente recorro mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer ()
No momento actual recorro bastante mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer ()
Agora recorro muitíssimo mais ao auxílio dos outros do que costumava fazer ()
Actualmente sinto-me completamente incapaz de fazer seja o que for sem a ajuda dos outros ()

3.

Ando-me a sentir tão sossegado como de costume ()

Ando-me a sentir interiormente mais desassossegado do que o habitual ()

Sinto-me interiormente bastante mais desassossegado do que o costume ()

Sinto-me interiormente muitíssimo mais desassossegado do que o habitual ()

Sinto-me interiormente num estado permanente de agitação ()

4.

Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns ()

No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos ()

Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos ()

No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes ()

Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e ando a sentir, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos ()

5.

A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito ()

Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas ()

Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido ()

Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado ()

Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida ()

6.

A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive ()

Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso ()

Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso ()

Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas

Sinto-me incapaz de fixar seja o que for ()

7.

Não me sinto mais infeliz do que o costume ()

Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente ()

Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes ()

Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz ()

Actualmente não tenho um único momento em que sinta feliz ()

8.

No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir ()

Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer ()

Actualmente, quando me deito, demoro 1-2 horas antes de conseguir adormecer ()

Quando me deito nalgumas noites não consigo dormir nada ()

Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa ()

9.

O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menos do que o costume ()

Actualmente penso por vezes que, como indivíduo, tenho pouco mérito naquilo que faço ()

Ultimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada ()

Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa ()

No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa ()

10.

A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre ()

Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro ()

No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro ()

Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro ()

Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro ()

11.

Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite ()

Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir ()

Presentemente ando a acordar ao fim de 4-5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir ()

Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir

Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia ()

12.

Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracasso ()

No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos ()

Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos ()

Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos ()

Quando observo a minha vida passada considero-o como um acumular de fracassos ()

13.

Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia ()

Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar ()

Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer ()

Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer (...)

Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que for ()

14.

O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre ()

O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas ()

No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas ()

Devido à maneira como me ando a sentir, raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas ()

Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for ()

15.

No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração ()

Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer ()

Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo ()

Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço ()

Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for ()

16.

Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual ()

Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho ()

Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas ()

Passo o tempo preocupado com os meus problemas pois sinto que são de solução muitíssimo difícil ()

Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível ()

17.

Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes ()

Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão ()

No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomar qualquer decisão ()

Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las ()

Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas ()

18.

A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre ()

Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho ()

Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente ()

Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação ()

Perdi por completo a alegria de viver ()

19.

No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo ()

Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida ()

No momento presente não me importaria de morrer ()

Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha ()

Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida ()

20.

Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume ()
No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso ()

Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume ()

Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das tarefas usuais ()

Sinto-me exausto, ao menos esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente fazia ()

21.

Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem com eles a fazer o que é preciso ()

Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas ()

Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu ()

Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito

Considero que os outros são capazes de fazer melhor que eu as coisas que precisam de ser feitas ()

22.

Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume ()

No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer ()

Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer ()

Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer ()

Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for ()

23.

A capacidade de me manter activo é a mesma do costume ()

Não me sinto capaz de me manter talo activo como o habitual ()

Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada ()

No momento actual raramente faço o que preciso de fazer ()

Só me dá vontade de estar todo o tempo sentado ou deitado na cama, sem fazer nada ()

Anexo 4

Inventário de Estilo de Personalidade de Millon

INVENTÁRIO DE ESTILO DE PERSONALIDADE DE MILLON

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Habilitações: _____ Profissão: _____

Naturalidade: _____

Seleccione verdadeiro (V) ou falso (F).

- 1 Ultimamente, parece que estou sem forças, mesmo de manhã. **V F**
 - 2 Acho bem que haja regras porque são um bom guia a seguir. **V F**
 - 3 Gosto de fazer tantas coisas diferentes que não consigo decidir por onde começar. **V F**
 - 4 Grande parte do tempo sinto-me frágil e cansado. **V F**
 - 5 Sei que sou superior aos outros, por isso não me preocupa o que os outros pensam. **V F**
 - 6 As pessoas nunca reconheceram o suficiente as coisas que fiz. **V F**
 - 7 Se a minha família me pressiona, é provável que me farte e resista a fazer o que eles querem. **V F**
 - 8 As pessoas riem-se de mim nas minhas costas, falando do que faço ou do meu aspecto. **V F**
 - 9 Muitas vezes critico severamente as pessoas que me irritam. **V F**
 - 10 Raramente exteriorizo as emoções que tenho. **V F**
 - 11 Tenho dificuldade em manter o equilíbrio quando ando. **V F**
 - 12 Mostro as minhas emoções fácil e rapidamente. **V F**
 - 13 No passado, os meus consumos de droga causaram-me muitos problemas. **V F**
 - 14 Algumas vezes consigo ser muito duro e desagradável com a minha família. **V F**
 - 15 As coisas que hoje estão bem não vão durar muito tempo. **V F**
-

- 16 Sou uma pessoa muito simpática e submissa. V F
- 17 Na adolescência tive muitos problemas de comportamento na escola. V F
- 18 Tenho medo de me aproximar muito de uma pessoa porque posso acabar por ser gozado ou humilhado. V F
- 19 Parece que escolho sempre amigos que acabam por me tratar mal. V F
- 20 Tenho tido pensamentos tristes grande parte da minha vida desde a infância. V F
- 21 Gosto de namorar com as pessoas do outro sexo. V F
- 22 Sou uma pessoa muito instável e mudo de opinião e de sentimentos muitas vezes V F
- 23 Beber álcool nunca me causou problemas graves no trabalho. V F
- 24 Há alguns anos comecei a sentir-me um fracasso. V F
- 25 Sinto-me culpado muitas vezes sem nenhuma razão. V F
- 26 Os outros têm inveja das minhas capacidades. V F
- 27 Quando posso escolher prefiro fazer as coisas sozinho. V F
- 28 Acho que o comportamento da minha família devia ser rigorosamente controlado. V F
- 29 As pessoas, muitas vezes, pensam que sou uma pessoa muito reservada e séria. V F
- 30 Ultimamente comecei a sentir vontade de partir coisas. V F
- 31 Acho que sou uma pessoa especial e mereço que os outros me dêem uma atenção especial. V F
-

- 32 Estou sempre à procura de fazer novos amigos e conhecer gente nova. V F
- 33 Se alguém me criticasse por ter cometido um erro, rapidamente lhe assinalaria os seus próprios erros. V F
- 34 Ultimamente tenho perdido a calma. V F
- 35 Muitas vezes deixo de fazer coisas porque tenho medo de as fazer mal. V F
- 36 Muitas vezes deixo-me levar pelas minhas emoções de raiva e de seguida sinto-me terrivelmente culpado. V F
- 37 Muitas vezes perco a capacidade de sentir partes do meu corpo. V F
- 38 Faço o que quero sem me preocupar com as consequências que possa ter nos outros. V F
- 39 Consumir as chamadas "drogas ilegais" pode ser imprudente, mas reconheço que no passado precisei delas. V F
- 40 Acho que sou uma pessoa medrosa e inibida. V F
- 41 Fiz muitas coisas estúpidas impulsivamente que chegaram a causar-me grandes problemas. V F
- 42 Nunca perdo-o um insulto nem esqueço situações embaraçosas que me tenham causado. V F
- 43 Muitas vezes sinto-me triste ou tenso, logo após de me ter acontecido alguma coisa boa. V F
- 44 Agora sinto-me terrivelmente deprimido e triste grande parte do tempo. V F
- 45 Faço sempre o possível para agradar aos outros, mesmo àqueles de quem não gosto. V F
- 46 Sempre senti menos interesse pelo sexo que a maioria das pessoas. V F
- 47 Tenho sempre tendência a culpar-me quando as coisas correm mal. V F
-

- 48 Há muito tempo que decidi que o melhor é ter pouco a ver com as outras pessoas. V F
- 49 Desde criança, sempre tive que ter cuidado com as pessoas que me tentam enganar. V F
- 50 Não suporto as pessoas influentes que acham sempre que fazem as coisas melhor que eu. V F
- 51 Quando as coisas são aborrecidas, gosto de provocar alguma coisa interessante ou divertida. V F
- 52 Tenho um problema com o álcool que me criou dificuldades a mim e à minha família. V F
- 53 Os castigos nunca me impediram de fazer o que queria. V F
- 54 Muitas vezes sinto-me muito alegre e animado sem nenhuma razão. V F
- 55 Nas últimas semanas tenho-me sentido esgotado sem nenhum motivo em especial. V F
- 56 Ultimamente tenho-me sentido muito culpado por já não conseguir fazer nada bem. V F
- 57 Acho que sou uma pessoa muito sociável e extrovertida. V F
- 58 Tornei-me muito nervoso nas últimas semanas. V F
- 59 Controlo muito bem o meu dinheiro para estar preparado para alguma necessidade. V F
- 60 Simplesmente não tive a mesma sorte que outros tiveram na vida. V F
- 61 Algumas ideias andam às voltas na minha cabeça e não desaparecem. V F
- 62 Desde há um ou dois anos, ao pensar na vida, sinto-me muito triste e desanimado. V F
- 63 Muitas pessoas têm estado a espiar a minha vida privada durante anos. V F
-

- 64 Não sei porquê mas, às vezes, digo coisas cruéis só para fazer os outros sofrer. V F
- 65 No último ano atravessei o Oceano Atlântico de avião 30 vezes. V F
- 67 Tenho muitas ideias que são avançadas para os tempos de hoje. V F
- 68 Ultimamente tenho que pensar nas coisas várias vezes sem nenhum motivo. V F
- 69 Evito a maioria das situações sociais porque acho que as pessoas me vão criticar ou gozar. V F
- 70 Muitas vezes penso que não mereço as coisas boas que me acontecem. V F
- 71 Quando estou sozinho, muitas vezes sinto perto de mim a presença que alguém que não consigo ver. V F
- 72 Sinto-me desorientado, sem objectivos e não sei para onde vou na vida. V F
- 73 Muitas vezes desejo que os outros tomem as decisões por mim. V F
- 74 Não consigo dormir e levanto-me tão cansado como quando me deito. V F
- 75 Ultimamente transpiro muito e sinto-me muito tenso. V F
- 76 Tenho várias vezes pensamentos estranhos dos quais gostava de me livrar. V F
- 77 Tenho muita dificuldade em controlar o impulso de beber álcool em excesso. V F
- 78 Apesar de estar acordado, parece que não me apercebo das pessoas que estão ao pé de mim. V F
- 79 Frequentemente estou irritado e de mau humor. V F
- 80 Para mim é muito fácil fazer muitos amigos. V F
-

- 81 Tenho vergonha de alguns abusos que sofri quando era mais novo. V F
- 82 Asseguro-me sempre de que o meu trabalho esteja bem planeado e bem organizado. V F
- 83 Os meus estados de humor mudam muito de um dia para o outro. V F
- 84 Falta-me confiança em mim mesmo para arriscar a experimentar alguma coisa nova. V F
- 85 Não culpo quem se aproveita de alguém que deixa. V F
- 86 Desde há algum tempo sinto-me triste e deprimido e não consigo ficar mais animado. V F
- 87 Farto-me muitas vezes das pessoas que fazem as coisas lentamente. V F
- 88 Quando estou numa festa nunca me isolo dos outros? V F
- 89 Observo a minha família de perto para saber em quem posso confiar ou não. V F
- 90 Algumas vezes sinto-me confuso e incomodado quando as pessoas são simpáticas comigo. V F
- 91 O consumo de drogas ilegais causou discussões na minha família. V F
- 92 Estou sozinho a maior parte do tempo prefiro assim. V F
- 93 Alguns membros da minha família dizem que sou egoísta e que só penso em mim mesmo. V F
- 94 As pessoas conseguem fazer-me mudar de ideias facilmente, mesmo quando acho que já me decidi. V F
- 95 Muitas vezes irritado as pessoas quando lhes dou ordens. V F
- 96 No passado as pessoas diziam que eu estava muito interessado e apaixonado por coisas demais. V F
-

- 97 Estou de acordo com o ditado: "Aos que madrugam Deus ajuda". V F
- 98 Os meus sentimentos face às pessoas importantes da minha vida muitas vezes oscilam do amor ao ódio. V F
- 99 Quando estou numa situação social, num grupo, quase sempre sinto-me tenso e coibido. V F
- 100 Suponho que não sou diferente dos meus pais já que, até certo ponto, tornei-me num alcoólico. V F
- 101 Acho que não assumo muitas das responsabilidades tão a sério como devia. V F
- 102 Desde criança perdi o contacto com a realidade. V F
- 103 Pessoas mesquinhas tentam, muitas vezes, aproveitar-se do que fiz ou idealizei. V F
- 104 Não consigo sentir muito prazer porque acho que não o mereço. V F
- 105 Tenho pouca vontade de fazer amigos íntimos. V F
- 106 Tive muitos períodos na minha vida nos quais estive tão animado e gastei tanta energia que rapidamente me senti muito em baixo. V F
- 107 Perdi completamente o apetite e na maioria das noites tenho dificuldade em dormir. V F
- 108 Preocupa-me muito que me deixem sozinho e que tenha que cuidar de mim mesmo. V F
- 109 A recordação de uma experiência muito traumatizante do meu passado continua a aparecer nos meus pensamentos. V F
- 110 O ano passado apareci na capa de várias revistas. V F
- 111 Parece que perdi o interesse na maioria das coisas que me podiam dar prazer como o sexo. V F
- 112 Tenho estado muito abatido e triste muito tempo na minha vida desde que era muito novo. V F
-

- 113 Meti-me em problemas com a lei algumas vezes. V F
- 114 Uma boa maneira de evitar os erros é ter uma rotina para fazer as coisas. V F
- 115 Muitas vezes as outras pessoas culpam-me de coisas que não fiz. V F
- 116 Tive que ser muito duro com algumas pessoas para as manter no seu lugar. V F
- 117 As pessoas pensam que, às vezes, falo sobre coisas estranhas ou diferentes das delas. V F
- 118 Houve vezes em que não consegui passar o dia sem consumir drogas. V F
- 119 As pessoas estão a tentar fazer-me acreditar que estou louco. V F
- 120 Faria algo desesperado para impedir que uma pessoa de quem gosto me abandonasse. V F
- 121 Continuo a comer descontroladamente algumas vezes por semana. V F
- 122 Parece que fui feito para perder as boas oportunidades que me surgem na vida. V F
- 123 Sempre me foi difícil deixar de me sentir deprimido e triste. V F
- 124 Quando estou só e longe de casa, muitas vezes começo a sentir-me tenso e em pânico. V F
- 125 Às vezes as pessoas chateiam-se comigo porque dizem que falo muito ou demasiado depressa. V F
- 126 Hoje, a maioria das pessoas de sucesso tiveram sorte ou são desonestas. V F
- 127 Não me envolvo com outras pessoas a não ser que saiba que vou gostar delas. V F
- 128 Sinto-me profundamente deprimido sem nenhum motivo que me consiga lembrar. V F
-

- 129 Anos depois, ainda tenho pesadelos acerca de um acontecimento que senti como uma ameaça real para a minha vida. V F
- 130 Já não tenho energia para me concentrar nas minhas responsabilidades diárias. V F
- 131 Beber álcool ajuda-me quando me sinto deprimido. V F
- 132 Odeio pensar em algumas das formas como abusaram de mim quando era uma criança. V F
- 133 Mesmo em boas alturas, sempre tive medo que as coisas rapidamente começassem a correr mal. V F
- 134 Algumas vezes, quando as coisas começam a correr mal na minha vida, sinto-me como se estivesse louco ou fora da realidade. V F
- 135 Estar sozinho, sem a ajuda de alguém próximo de quem possa depender, assusta-me realmente. V F
- 136 Sei que gastei mais dinheiro do que devia comprando drogas ilegais. V F
- 137 Certifico-me sempre de que acabei o meu trabalho antes de fazer um intervalo para actividades de lazer. V F
- 138 Sinto que as pessoas falam de mim quando passo por elas. V F
- 139 Não tenho problema nenhum em inventar desculpas quando me meto em problemas. V F
- 140 Sei que há uma conspiração contra mim. V F
- 141 Sinto que a maioria das pessoas tem uma má opinião minha. V F
- 142 Frequentemente, sinto que não há nada dentro de mim, como se estivesse vazio ou oco. V F
- 143 Algumas vezes obrigo-me a vomitar depois de comer. V F
- 144 Acho que me esforço muito para conseguir que os outros admirem as coisas que faço ou digo. V F
-

- 145 Passo a vida a preocupar-me com uma coisa ou outra. V F
- 146 Pergunto-me qual é a verdadeira razão que leva alguém a ser simpático comigo. V F
- 147 Certos pensamentos voltam vezes sem conta à minha mente. V F
- 148 Há poucas coisas na vida que me dão prazer. V F
- 149 Sinto-me a tremer e tenho dificuldade em adormecer, por causa de recordações dolorosas de um acontecimento passado que me passa repetidamente pela cabeça. V F
- 150 Pensar no futuro no início de cada dia faz-me sentir terrivelmente deprimido. V F
- 151 Nunca consegui deixar de sentir que não tenho valor nenhum para os outros. V F
- 152 Tenho um problema com a bebida que já tentei solucionar mas sem sucesso. V F
- 153 Alguém tem estado a tentar controla a minha mente. V F
- 154 Já tentei suicidar-me. V F
- 155 Estou disposto a passar fome para ficar ainda mais magro do que estou. V F
- 156 Não percebo porque é que algumas pessoas me sorriem. V F
- 157 Não vi um carro nos últimos 10 anos. V F
- 158 Fico muito tenso com as pessoas que não conheço bem, porque podem querer fazer-me mal. V F
- 159 Uma pessoa teria que ser excepcional para perceber as minhas capacidades especiais. V F
- 160 A minha vida actual é, de facto, afectada por "imagens mentais" de algo terrível que se passou. V F
-

- 161 Parece que crio situações com os outros nas quais acabo ferido ou me sinto um fracasso. V F
- 162 Muitas vezes perco-me nos meus pensamentos e esqueço-me do que se está a passar à minha volta. V F
- 163 As pessoas dizem que sou uma pessoa magra, mas acho que as minhas coxas e o meu traseiro são demasiado grandes. V F
- 164 Há factos terríveis no meu passado que voltam repetidamente para me perseguir nos meus pensamentos e nos meus sonhos. V F
- 165 Não tenho amigos íntimos fora da minha família. V F
- 166 Quase sempre ajo rapidamente e não penso nas coisas tanto como devia. V F
- 167 Tenho muito cuidado em manter a minha vida como algo privado, de forma a que ninguém se possa aproveitar de mim. V F
- 168 Com muita frequência oiço as coisas com tanta clareza que me incomoda. V F
- 169 Estou sempre disposto a ceder numa zanga ou desacordo porque temo que os outros se zanguem comigo ou me rejeitem. V F
- 170 Repito certos comportamentos várias vezes para reduzir a minha ansiedade e outras para evitar que aconteça algo de mau. V F
- 171 Recentemente, tenho pensado muito a sério em desaparecer. V F
- 172 As pessoas dizem-me que sou uma pessoa muito formal e moralista. V F
- 173 Ainda fico aterrorizado quando penso num acontecimento traumático que aconteceu há vários anos. V F
- 174 Apesar de ter medo de fazer amizades, gostava de ter mais das que tenho. V F
- 175 Algumas pessoas que supostamente são minhas amigas gostavam de me fazer mal. V F
-

Anexo 5

Guião da Entrevista R

ENTREVISTA “R” (ADAPTADA): FOLHA DE NOTAÇÃO

Sujeito nº _____ Idade _____ D.N. _____
Data de avaliação _____ Notador _____

1. Lista de descrição da criança – espontânea

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

2. Lista de descrição da criança – com ajuda

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

3. Traços pessoais: criança

- a) inactivo I ----- I ----- I activo
- b) calmo I ----- I ----- I excitado
- c) agressivo I ----- I ----- I pacífico
- d) introvertido I ----- I ----- I sociável
- e) empreendedor I ----- I ----- I inibido
- f) alegre I ----- I ----- I triste
- g) difícil I ----- I ----- I fácil
- h) bonito I ----- I ----- I feio
- i) não inteligente I ----- I ----- I inteligente
- j) receptivo I ----- I ----- I pouco receptivo
- k) distante I ----- I ----- I caloroso
- l) independente I ----- I ----- I dependente
- m) medroso I ----- I ----- I confiante
- n) vivo I ----- I ----- I pouco vivo
- o) despreocupado I ----- I ----- I preocupado
- p) afectuoso I ----- I ----- I pouco afectuoso

4. Descrição episódica VS semântica da criança.

Exemplos específicos para dois adjectivos.

- 1.

 - 2.
-

5. Lista dos acontecimentos importantes do passado da criança.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

6. Influência dos acontecimentos importantes.

Acont. Nº1

Nenhuma influencia I ----- I ----- I influencia muito grande

Acont. Nº2

Nenhuma influencia I ----- I ----- I Influencia muito grande

Acont. Nº3

Nenhuma influencia I ----- I ----- I Influencia muito grande

Acont. Nº4

Nenhuma influencia I ----- I ----- I Influencia muito grande

Acont. Nº5

Nenhuma influencia I ----- I ----- I Influencia muito grande

7. Lista das descrições da mãe como mãe da criança – espontâneo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

8. Lista das descrições da mãe como mãe da criança – com ajuda

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

9. Traços pessoais: você como mãe

a) pouco afectuosa I ----- I ----- I afectuosa

b) tolerante I ----- I ----- I intolerante

c) medrosa I ----- I ----- I confiante

d) disponível I ----- I ----- I ocupada ou preocupada com outras coisas

e) “mãe galinha” I ----- I ----- I desprendida

f) impaciente I ----- I ----- I paciente

g) autoritária I ----- I ----- I condescendente

h) sisuda I ----- I ----- I brincalhona

- i) controladora I ----- I ----- permissiva
- j) pouco generosa I ----- I ----- I generosa
- K) despreocupada I ----- I ----- I preocupada
- l) satisfeita no seu papel como mãe I ----- I ----- I insatisfeita no seu papel como mãe
- m) papel de mãe difícil I ----- I ----- I papel de mãe fácil

10. Descrição episódica VS semântica da mãe.

Exemplos específicos para 2 adjectivos.

1.

2.

11. Traços pessoais: do pai como pai

- a) pouco afectuoso I ----- I ----- I afectuoso
- b) tolerante I ----- I ----- I intolerante
- c) medroso I ----- I ----- I confiante
- d) disponível I ----- I ----- I ocupado ou preocupado com outras coisas
- e) “pai galinha” I ----- I ----- I desprendido
- f) impaciente I ----- I ----- I paciente
- g) autoritário I ----- I ----- I condescendente
- h) sisudo I ----- I ----- I brincalhão
- i) controladora I ----- I ----- permissiva
- j) pouco generoso I ----- I ----- I generoso
- K) despreocupado I ----- I ----- I preocupado
- l) satisfeito no seu papel como pai I ----- I ----- I insatisfeito no seu papel como pai
- m) papel de pai difícil I ----- I ----- I papel de pai fácil

12. Descrição episódica VS semântica do pai.

Exemplos específicos para 2 adjectivos.

1.

2.

13. Traços pessoais: a sua mãe como mãe

- a) pouco afectuosa I ----- I ----- I afectuosa
 - b) tolerante I ----- I ----- I intolerante
 - c) medrosa I ----- I ----- I confiante
 - d) disponível I ----- I ----- I ocupada ou preocupada com outras coisas
 - e) “mãe galinha” I ----- I ----- I desprendida
 - f) impaciente I ----- I ----- I paciente
 - g) autoritária I ----- I ----- I condescendente
 - h) sisuda I ----- I ----- I brincalhona
 - i) controladora I ----- I ----- permissiva
-

- j) pouco generosa I ----- I ----- I generosa
K) despreocupada I ----- I ----- I preocupada
l) satisfeita no seu papel como mãe I ----- I ----- I insatisfeita no seu papel como mãe
m) papel de mãe difícil I ----- I ----- I papel de mãe fácil

14. Descrição episódica VS semântica da sua mãe como mãe.
Exemplos específicos para 2 adjectivos.

1.

2.

15. Lista da descrição da própria mãe da mãe – espontâneo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

16. Lista da descrição da própria mãe da mãe – com ajuda

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

17. Traços pessoais: do seu pai como pai.

- a) pouco afectuoso I ----- I ----- I afectuoso
b) tolerante I ----- I ----- I intolerante
c) medroso I ----- I ----- I confiante
d) disponível I ----- I ----- I ocupado ou preocupado com outras coisas
e) “pai galinha” I ----- I ----- I desprendido
f) impaciente I ----- I ----- I paciente
g) autoritário I ----- I ----- I condescendente
h) sisudo I ----- I ----- I brincalhão
i) controladora I ----- I ----- permissiva
j) pouco generoso I ----- I ----- I generoso
K) despreocupado I ----- I ----- I preocupado
l) satisfeito no seu papel como pai I ----- I ----- I insatisfeito no seu papel como pai
m) papel de pai difícil I ----- I ----- I papel de pai fácil
-

18. Descrição episódica VS semântica do seu pai como pai.

Exemplos específicos para 2 adjectivos.

1.

2.

19. Lista da descrição do pai da mãe – espontâneo.

1.

2.

3.

4.

5.

20. Lista da descrição do pai da mãe – com ajuda.

1.

2.

3.

4.

5.

21. Semelhanças da criança com a família.

Pessoas com quem a criança se parece:

22. Traços pessoais da mãe como pessoa.

a) inactiva I ----- I ----- I activa

b) calma I ----- I ----- I excitada

c) agressiva I ----- I ----- I pacífica

d) introvertida I ----- I ----- I sociável

e) empreendedora I ----- I ----- I inibida

f) alegre I ----- I ----- I triste

g) difícil I ----- I ----- I fácil

h) bonita I ----- I ----- I feio

i) não inteligente I ----- I ----- I inteligente

j) receptiva I ----- I ----- I pouco receptiva

k) distante I ----- I ----- I calorosa

l) independente I ----- I ----- I dependente

m) medrosa I ----- I ----- I confiante

n) viva I ----- I ----- I pouco viva

o) despreocupada I ----- I ----- I preocupada

p) afectuosa I ----- I ----- I pouco afectuosa

23. Traços pessoais do pai da criança como pessoa.

- a) inactivo I ----- I ----- I activo
- b) calmo I ----- I ----- I excitado
- c) agressivo I ----- I ----- I pacífico
- d) introvertido I ----- I ----- I sociável
- e) empreendedor I ----- I ----- I inibido
- f) alegre I ----- I ----- I triste
- g) difícil I ----- I ----- I fácil
- h) bonito I ----- I ----- I feio
- i) não inteligente I ----- I ----- I inteligente
- j) receptivo I ----- I ----- I pouco receptivo
- k) distante I ----- I ----- I caloroso
- l) independente I ----- I ----- I dependente
- m) medroso I ----- I ----- I confiante
- n) vivo I ----- I ----- I pouco vivo
- o) despreocupado I ----- I ----- I preocupado
- p) afectuoso I ----- I ----- I pouco afectuoso

24. Desejos da mãe para a criança

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

25. Receios da mãe em relação à criança.

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
-

Anexo 6

Cronograma – Projecto

	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Entrega da proposta							
Pesquisa bibliográfica							
Aplicação dos instrumentos							
Tratamento dos dados							
Elaboração da proposta do projecto de intervenção							
Elaboração da conclusão							
Entrega do projecto							
Elaboração da apresentação							
Defesa do projecto							

Anexo 7

Cronograma – Proposta do Projecto de Intervenção

	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Agos.
Apoio Psicológico						
Cuidados Materno-Infantis						
Massagem Infantil						
Formação Pessoal e Social						
Yoga						

Anexo 8

Escala de Observação

Escala de Observação			
Questões	Bom	Razoável	Fraco
1. A mãe mostrou-se motivada			
2. Participou de forma activa			
3. Foi assídua			
4. Mostrou evolução ao nível das competências adquiridas			
5. Cumpriu os objectivos propostos no início da actividade			

Anexo 9

Inquérito de Satisfação

Inquérito de Satisfação			
Questões	Nível de Satisfação		
	Bom	Razoável	Fraco
1. Estou satisfeita com a actividade			
2. A actividade está bem organizada			
3. O espaço e os materiais são adequados			
4. Sinto-me motivada para participar			
5. As famílias são incentivadas a participar			
6. Sinto que este tempo é bem aproveitado			
7. Gosto da forma como o profissional de saúde passa a informação			
8. Sinto-me respeitada pelo profissional de saúde			
9. O profissional de saúde preocupa-se em responder de forma assertiva às minhas questões			
10. Tenho confiança no profissional de saúde			
