

Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários

PEDRO CALDEIRA DA SILVA (*)

CLÁUDIA EIRA (**)

MARIA DE GÓIS VICENTE (**)

RITA GUERREIRO (**)

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde mental infantil não é apenas um acto de humanidade: é também um acto de boa política do ponto de vista social, económico e da saúde. É conhecido o peso que as perturbações mentais da adolescência e da idade adulta representam para os próprios, as famílias e a sociedade. O número de crianças e adolescentes que necessitam de apoio para problemas de saúde mental é crescente e apenas uma pequena parte pode ter acesso a cuidados de especialistas (Fonagy, 1998). Em alguns países, tem vindo a ser reconhecida a importância da formação em saúde mental infantil dos técnicos de cuidados de saúde primários e do seu papel fundamental no sentido de ajudar a promover a saúde mental, a prevenir a doença e a criar condições para que as crianças cresçam e entrem harmoniosamente na idade adulta.

Em Portugal, regista-se alguma atenção em relação à protecção da gravidez e à saúde materno-infantil, bem como às preocupações de «humanizar» os serviços, torná-los mais próximo das pessoas e melhorar a qualidade do atendimento, como se sabe com resultados variáveis. Continua, no entanto, a ser gritante a falta de atenção que nas escolas médicas se dá à formação em saúde mental infantil e ao desenvolvimento afectivo da infância.

O presente trabalho faz parte de um longo processo de investigação e elaboração. Vai no sentido de tentar organizar uma resposta que permita incluir nos serviços existentes de cuidados de saúde primários um programa destinado a dar formação aos médicos de família, introduzindo a dimensão «saúde mental» nas consultas de rotina, com um mínimo de «perturbação» possível e uma eficácia demonstrável.

Na sua origem, este trabalho resultou de um programa de colaboração entre diversos Centros de vários países do Sul da Europa, patrocinado pela Divisão de Saúde Mental do Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde, tendo sido parcialmente apoiado pela

(*) Pedopsiquiatra.

(**) Psicóloga.

União Europeia através do Programa BIOMED 1 (BMH-1 CT 94 1161), do qual os autores fizeram parte. A partir deste programa foi elaborado um relatório que recebeu uma menção honrosa no «Grande Prémio Bial de Medicina 2000», cujo conteúdo é apresentado, no essencial, neste artigo.

2. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE MENTAL

Após a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma definição de saúde que condensa uma visão global do indivíduo: «um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença». A saúde passou a ser considerada «um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condição económica e social» (OMS, 1948).

Mais tarde passou a assumir uma maior relevância a intervenção na saúde antes do desenvolvimento ou agravamento da perturbação física ou psíquica, surgindo uma abordagem mais centrada no aspecto preventivo – a chamada Primeira Revolução da Saúde. O aparecimento da preocupação com a promoção da saúde caracteriza o movimento denominado de Segunda Revolução da Saúde (Richmond, 1979).

O conceito de *Prevenção* é definido como o conjunto de medidas que visam evitar ou reduzir o número e a gravidade das doenças e/ou dos acidentes ambientais. A OMS propôs a distinção, hoje clássica, em Prevenção Primária (diminui a incidência de uma doença na população), Secundária (pretende diminuir a sua prevalência) e Terciária (centra-se na diminuição das incapacidades crónicas e das recidivas).

A *Promoção da Saúde* é o processo que permite a cada indivíduo e à comunidade controlar os factores de risco para a saúde e estimular os factores protectores. A promoção da saúde implica um estreito relacionamento entre os indivíduos e o ambiente e a participação e responsabilização dos indivíduos e da comunidade na definição dos problemas de saúde e na tomada de decisões com vista a melhorar a qualidade de vida e permitir estilos de vida saudáveis (Cordeiro et al., 1991).

A preocupação dos serviços de saúde deixou

de estar centrada só no tratamento da doença, passando igualmente a organizar a prevenção e promoção da saúde com a detecção e a intervenção precoces nas situações de risco.

Esta mudança na abordagem da problemática da saúde que se manifestou nos países desenvolvidos na década de 70 parece perfeitamente actual em Portugal. Aqui, tal como nos restantes países da Europa, reconhece-se a importância de desenvolver novos modos de encarar a saúde e as doenças, salientando-se a necessidade de aplicar mecanismos de promoção e protecção da saúde bem como de prevenção e tratamento das doenças que parecem ter um estatuto menor no modelo médico tradicional.

A par da emergência da preocupação com o aspecto preventivo e promotor da saúde, o indivíduo passa a ser encarado enquanto ser biológico, psicológico e social, acentuando-se igualmente as preocupações do ponto de vista da saúde mental.

As alterações de saúde mental, sob a forma de perturbações mentais permanentes ou sujeitas a remissão, são consideradas entre as doenças mais inquietantes na nossa época, pelo aumento da morbilidade de alguns dos seus tipos clínicos e porque afectam de forma mais aguda a tranquilidade, o bem-estar e o equilíbrio da vida familiar e da comunidade, obrigam a fazer despesas individuais e colectivas volumosas (tratamentos, manutenção e alargamento de serviços), causam perdas importantes de trabalho e afectam largamente a qualidade de vida dos indivíduos.

A investigação/intervenção em saúde mental representa uma das fronteiras da Saúde Pública que tem sido consideravelmente explorada durante as mais recentes décadas. Dado que a doença mental não é uma entidade clara e discreta, torna-se num dos problemas mais complicados em Saúde Pública (Sousa, 1988). No entanto, muitos estudos, desenvolvidos sobre os factores protectores e de risco para um grande número de perturbações psiquiátricas, apontam para a importância dos factores constitucionais por um lado e, por outro, para os que se relacionam com as condições em que se processa o desenvolvimento infantil, nomeadamente na primeira infância, pelo que se torna importante prevenir ou promover a saúde mental, intervindo precocemente.

O facto de haver dificuldades em identificar o

grau de risco biológico ou ambiental, através do isolamento de apenas um factor de risco nas crianças, levou os investigadores a tentar compreender a razão pela qual umas crianças têm uma melhor evolução do que outras relativamente ao mesmo tipo de risco. Esta questão contribuiu para a discussão e investigação dos factores de *resiliência* e do papel que os factores protectores podem ter para anular o efeito dos factores de risco. Os factores protectores dependem das características da criança, da sua capacidade de lidar com o «stress», da sua inteligência e auto-estima, da qualidade das relações que existem na vida da criança, bem como do modo como os adultos são ou não capazes de eles próprios lidar com os factores adversos (Rutter, 1981).

3. SAÚDE MATERNO-INFANTIL, SAÚDE MENTAL INFANTIL E INTERVENÇÃO PRECOCE

Faz parte dos princípios de Saúde Pública que a saúde de uma comunidade pode ser avaliada em grande parte pelo grau de protecção dispensada à mulher grávida e à criança no nascimento e durante o período que se lhe segue (Sousa, 1988).

Em saúde infantil, a promoção da saúde tem por objectivo privilegiar o crescimento e o desenvolvimento da criança, no contexto da promoção da saúde da família (Sousa et al., 1990).

Em 1993, a OMS sublinhou a necessidade de intervir no campo dos cuidados de saúde na primeira infância. A promoção da Saúde Mental em crianças ou adolescentes deve ser iniciada precocemente, especialmente se considerarmos que a saúde mental infantil é a chave da prevenção da saúde psicossocial em todo o ciclo de vida do indivíduo.

Mais recentemente, a União Europeia (1996) estabeleceu um Plano de Acção para a Saúde no qual incluiu a Saúde Mental. Neste contexto foi incluída também como objectivo a promoção da saúde mental na primeira infância, tendo sido elaborado um Projecto de Acção para a «Promoção da Saúde Mental da Criança dos 0 aos 6 anos», ao qual Portugal aderiu.

Este Plano de Acção veio contribuir para que a saúde mental assumisse cada vez mais um pa-

pel fundamental na saúde em geral, particularmente desde a infância, pretendendo reduzir os factores de risco para a saúde mental (maus traços a crianças, violência, discriminação e exclusão social) e fortalecer os factores que potenciam a saúde mental (o apoio psicológico e social na maternidade, o apoio às relações pais-criança, a educação pré-escolar de qualidade e programas de ajuda a familiares - Relatório sobre o Programa de Promoção da Saúde Mental da Criança dos 0 aos 6 anos, 1996).

Um dos argumentos mais fortes para a prevenção/intervenção precoce são as descobertas relacionadas com os «períodos sensíveis» no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central. O que tem sido demonstrado em várias áreas como a reactividade emocional, a auto-regulação, a vinculação, a motivação, a relação. No mesmo sentido, é reconhecido o impacto prejudicial de certos tipos de experiências, nomeadamente o efeito destrutivo do «stress» emocional precoce (Siegel, 1999).

As primeiras experiências são o fundamento para o desenvolvimento de comportamentos mais complexos, pelo que os factores ambientais, especialmente nos primeiros anos de vida, podem ser decisivos no crescimento. O primeiro ano de vida é assim, considerado como um *período crítico* durante o qual as experiências com o mundo exterior têm um efeito crucial sobre o desenvolvimento (Siegel, 1999). Os bebés têm ainda uma característica de grande plasticidade que faz com que sejam muito sensíveis às influências do meio envolvente e, como tal, às influências da intervenção precoce (Ramos Leitão, 1989a).

Como argumenta Fonagy (1998), a incidência de perturbações mentais na infância e adolescência é elevada (cerca de 20%) e apenas uma pequena parte desta população acede aos serviços de saúde (10 – 15%). Por outro lado, estudos demonstram que muitas das perturbações mentais infantis (que remontam muitas vezes a perturbações afectivas da primeira infância) parecem persistir ou mesmo progredir ao longo de toda a infância, adolescência e idade adulta, nomeadamente as perturbações do comportamento, que o autor descreve e sobre as quais se debruça, como principal alvo de intervenções preventivas precoces. Aproximadamente 50% das perturbações psicológicas que remitem espontaneamente têm

uma recuperação precária. Finalmente, a incidência de perturbações é maior em crianças oriundas de famílias mais desfavorecidas.

4. PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE E CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

É importante fornecer às crianças e suas famílias um sistema de apoio que proporcione de uma forma continuada a promoção do desenvolvimento infantil e iniba o desenvolvimento de perturbações, segundo a perspectiva de que para que os efeitos da intervenção perdurem, é necessário que esta seja um processo contínuo. Por outro lado, sendo o desenvolvimento influenciado por inúmeros factores ambientais, estes programas deveriam actuar não só nas capacidades das crianças, mas também em todo o meio envolvente em que ela se insere.

Uma abordagem dinâmica e orientada para a família tem três componentes essenciais (Tsiantis, 1999): a qualidade da relação pais-criança; o grau em que a família proporciona à criança experiências cognitivas, afectivas e sociais essenciais e variadas em conjunto com um ambiente social e físico adequado; as formas como a família, redes sociais e os serviços de saúde asseguram as condições necessárias para a saúde e segurança da criança.

Este modelo tem como principal foco a família: com referência à qualidade da interacção recíproca mãe-bebé, à resposta às necessidades da criança, às experiências proporcionadas à criança e aos cuidados com a segurança e saúde da criança.

O papel do pediatra ou do médico de família nos cuidados de saúde primários deve ser privilegiado pelo conhecimento que tem das situações e pelo contacto com a família. Os profissionais de saúde, que foram treinados para tratar dos problemas médicos e aconselhar as mães na manutenção da saúde física dos seus filhos, deveriam também ser capazes de as aconselhar relativamente à saúde mental e desenvolvimento. No entanto, como já foi referido, muitas vezes não têm competência para tal.

No âmbito do presente trabalho foram revistos vários estudos destinados à elaboração de programas com vista à prevenção primária e promoção da saúde mental infantil. De registar que a

grande maioria dos estudos e/ou programas encontrados se centra essencialmente sobre a Prevenção Primária ou Secundária, havendo uma carência notória de referências a programas de promoção da saúde mental infantil.

Pelo facto de haver, do ponto de vista político, limitações a vários níveis quanto à capacidade de investimento em acções destinadas ao bem-estar da população, considera-se que há que estabelecer prioridades, «privilegiando» as famílias com mais necessidades sem ignorar as necessidades de toda a população.

Estes argumentos terão levado a que grande parte dos investigadores se tenha debruçado mais sobre a prevenção do que sobre a promoção da saúde, e sobre o desenvolvimento de programas dirigidos a crianças ou a famílias em risco, sendo poucos os estudos que se dirigem à população em geral.

Tsiantis (1999) refere que as estratégias tradicionais utilizadas pelos Serviços de Saúde Mental Infantil na área da prevenção e promoção são a psicoterapia individual, aconselhamento aos pais, terapia familiar ou comportamental, medicação e diversas técnicas de trabalho com grupos. Estas estratégias são muito dispendiosas, consomem muito tempo, a maioria delas estão pouco estudadas e, principalmente, muitas delas não satisfazem as necessidades das famílias.

Assim, alguns especialistas em saúde mental têm tentado desenvolver estratégias alternativas e novas abordagens. Estas diferentes estratégias que têm surgido podem resumir-se nas seguintes propostas:

1. Participação dos pais. Os factores que influenciam a qualidade dos cuidados têm sido claramente demonstrados e incluem a saúde mental dos pais, a relação do casal e os factores de «stress» ambiental (A. Cox, 1993).
2. Participação de voluntários ou de para-profissionais, uma vez que oferecem apoio às famílias através de um contacto regular com elas.
3. Recurso às redes existentes nos serviços públicos de saúde e a sua utilização mais efectiva.

McGuire e Earls (1991) dividem os estudos efectuados sobre prevenção segundo o tipo de abordagem (educação sobre competências infan-

tis ou apoio social), a população-alvo (intervenção com os pais, intervenção com as crianças, intervenção com ambos) ou a abrangência (grupos de risco, grupos sem risco ou população geral).

Existem, no entanto, diversos factos que, apesar de serem consensualmente reconhecidos, acabam por não ser considerados nestes programas. Faremos apenas referência aos que, de algum modo, se relacionam com o presente estudo:

1. O desenvolvimento começa no útero e continua a partir daí; no entanto, muitos programas têm apenas como alvo crianças a partir dos 3 anos;
2. O desenvolvimento requer uma interacção recíproca entre os prestadores de cuidados e a criança; no entanto, é quase sempre privilegiada a estimulação da criança.

Saúde, nutrição e ambiente psicossocial interagem para o desenvolvimento da criança; no entanto, muitos programas concentram-se apenas num ou noutra destes aspectos isoladamente.

5. AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE

A necessidade de se ser eficaz na redução de custos, na utilização mais eficiente dos recursos e a possibilidade de um programa de intervenção ser mais eficaz alterando ou reduzindo estratégias, ou poder de facto ser prejudicial, aponta para a necessidade de se desenvolverem estudos cuidadosamente controlados sobre cada aspecto de qualquer programa de prevenção (Rutter, 1982).

Um problema da avaliação de abordagens preventivas dirigidas à primeira infância e às suas famílias é que estas são normalmente muito generalistas nos seus objectivos, como por exemplo, melhorar o relacionamento pais-filhos, o que dificulta a operacionalização dos critérios de avaliação. Por outro lado, apesar dos progressos dos últimos anos em relação à conceptualização e diagnóstico das perturbações mentais e do desenvolvimento na primeira infância, nomeadamente com a introdução do sistema de classificação DC: 0-3 (Zero to Three, 1994), os instrumentos de medida estão ainda num estadió de

evolução precoce, o que leva à dificuldade de utilização dos problemas emocionais ou de comportamento como medida de resultados.

Ramos Leitão (1989b) debruça-se sobre o aspecto da avaliação dos programas de intervenção, reflectindo acerca da grande dificuldade que surge quando queremos testar a eficácia dos mesmos, particularmente os efeitos a longo prazo, dada a grande diversidade de variáveis a ter em conta. Apesar de tudo, o autor considera que existem estudos suficientes, ainda que com limitações metodológicas, que comprovam a importância da intervenção precoce. O difícil é investigar a forma como os seus efeitos são produzidos.

McGuire e Earls (1991) apresentam várias questões que se colocam quando se avaliam as investigações realizadas acerca da prevenção primária em saúde mental na infância:

1. Quais os problemas psiquiátricos das crianças que podem ser prevenidos?
2. Quais as estratégias que têm um efeito mensurável e significativo?
3. Que quantidade de intervenção é necessária para produzir mudanças nos resultados?
4. Quais os factores, como por exemplo, o «timing» da intervenção ou variáveis familiares de risco, que influenciam a eficácia dos programas?

6. O PROGRAMA

6.1. Aspectos Históricos

Este projecto começou por fazer parte de um estudo patrocinado pela OMS (1993) que englobou equipas de várias cidades da Europa – Atenas, Ankara, Belgrado, Ljubliana, Lisboa, Londres, Nicosia – tendo como objectivo a promoção do desenvolvimento psicossocial de crianças da população geral, com idades compreendidas entre os 0 e os 24 meses, através de serviços que prestam cuidados de saúde primários.

Dado que a rede de serviços de cuidados de saúde primários existente permite um acesso generalizado aos cuidados de saúde materno-infantis, sentiu-se que o reforço das capacidades de

vigilância e promoção do desenvolvimento psicossocial adequado das crianças, por parte dos técnicos envolvidos na prestação deste tipo de serviços se revestiria de uma especial importância.

O instrumento a ser utilizado revestiria a forma de entrevistas semi-estruturadas (Ispanovic & Rajdkovic, 1993) a serem aplicadas pelos técnicos de cuidados de saúde primários em alturas determinadas da gravidez e durante os dois primeiros anos de vida, tendo como objectivo principal a promoção da saúde (em oposição ao despiste de perturbações). Chegou-se igualmente a um acordo sobre a necessidade de elaboração de um programa de formação prévio para os técnicos de cuidados de saúde primários.

A pergunta principal a ser respondida era: «Qual a importância da formação dos técnicos para a promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças avaliado em várias dimensões?» (Tsiantis et al., 2000).

No nosso país, optou-se por atribuir este papel aos Médicos de Família porque são os únicos profissionais que, de uma forma mais global e continuada, prestam cuidados de Saúde Primários. O programa foi aplicado nos Centros de Saúde da Cova da Piedade (Director: Dr. L. Marquês) e Almada (Director: Dr. L. Catarino) com a colaboração dos respectivos Médicos de Família, que se inscreveram de forma voluntária, constituindo dois grupos: Grupo A, que participaria num programa de Formação; Grupo B, que não receberia a formação.

6.2. Descrição do Programa

A estrutura desta investigação encontra-se dividida em três partes:

- 1- Programa de Formação (Formação dos Médicos de Família)
- 2- Aplicação do Instrumento (Entrevista Semi-estruturada)
- 3- Avaliação

1. Programa de Formação

O objectivo deste programa de formação era criar um efeito directo, específico e mensurável nas práticas e, em certa medida, nas crenças dos médicos de família participantes.

Ao longo da formação tentou-se sensibilizar

os médicos do Grupo A para as ideias de promoção do desenvolvimento psicossocial e para o reconhecimento dos problemas a ele associados. Relativamente a esta última questão, era esperado que os médicos de família, em face de um problema surgido no decorrer da consulta, lançassem mão a recursos para tentar ajudar as mães, apoiá-las e orientá-las para uma solução. Nesta situação, o ponto crucial deveria ser a técnica de resolução de problemas e não o mero fornecimento de conselhos. Pretendia-se igualmente aumentar a capacidade dos médicos para identificarem e referenciarem casos que necessitassem de um apoio mais especializado.

O programa de formação foi dividido em duas partes distintas: uma parte teórica e outra teórico-prática.

No decorrer da formação teórica foram transmitidas aos médicos de família noções sobre o desenvolvimento psicossocial da criança, o funcionamento da família e as modificações que ocorrem no seio da família e nos seus elementos individualmente com o nascimento de uma criança. As sessões de formação foram divididas em três módulos (num total de 40 horas de formação) nos quais foi abordado um conjunto de questões relevantes relativamente a temas chaves de cada uma das fases de desenvolvimento:

Módulo I: Gravidez e primeiros três meses de vida

Módulo II: Dos 4 aos 12 meses de vida

Módulo III: O segundo ano de vida

A componente teórico-prática da formação foi desenhada para promover a sensibilidade e a compreensão dos outros através do conhecimento e consciência de si próprio. Baseou-se em técnicas de dinâmica de grupos, adoptando o conceito de empatia (da parte dos formadores em relação aos médicos e dos médicos em relação às mães) e modelação (os formadores «modelam» as práticas dos médicos que, por sua vez, vão «modelar» o comportamento materno). Nesta abordagem, os processos de identificação desempenham um papel essencial.

Imediatamente antes e depois de cada um dos módulos de formação, os Médicos de Família preenchem os questionários de escolha múltipla (ver Metodologia – Instrumentos de Avaliação).

Os formadores deste programa foram 2 pedo-

psiquiatras. Nos intervalos entre os módulos de formação e depois da finalização dos mesmos, os formadores mantiveram reuniões com os médicos que constituíam o grupo A, tendo como objectivo a discussão de situações clínicas resultantes da aplicação das entrevistas. Em relação ao grupo B, verificou-se igualmente a existência de reuniões com os formadores. Nestes encontros os médicos respondiam aos questionários de escolha múltipla e abordavam-se apenas questões relacionadas com aspectos práticos da aplicação das entrevistas. O seu objectivo principal era, neste caso, a manutenção da motivação dos médicos participantes.

2. Aplicação do Instrumento

Uma parte importante do programa foi o desenvolvimento de um instrumento de intervenção específica sob a forma de uma entrevista semi-estruturada, para ser utilizada pelos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde primários durante os seus contactos com as famílias.

A finalidade desta entrevista era facilitar o trabalho dos médicos com as famílias, guiando-os e assegurando «entrevistas» eficazes em termos de informar os pais sobre os aspectos cruciais ao nível do desenvolvimento das crianças, sensibilizá-los para as necessidades emocionais e sociais das crianças e, finalmente, mobilizar e capitalizar o potencial familiar para resolver problemas e para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às crianças.

Através da utilização da entrevista pretendia-se igualmente facilitar a construção de uma relação de confiança mútua entre o médico e os pais.

O conteúdo das entrevistas foi baseado nos temas principais de cada uma das fases de formação. Foram criadas seis entrevistas (Ispanovic & Radojkovic, 1993) para serem aplicadas durante as consultas normais de vigilância de saúde, em sete momentos distintos (primeiro trimestre de gravidez, segundo e terceiro trimestres de gravidez, primeiros 3 meses de vida, dos 4 aos 7 meses, dos 8 aos 12 meses, aos 18 meses e aos 24 meses, sendo nestes dois últimos momentos aplicada a mesma entrevista). Para cada entrevista existia igualmente um guião com instruções que era entregue aos médicos do grupo A e do

grupo B, sendo estes últimos os que não receberam formação directa.

3. Avaliação do Programa

A avaliação envolveu um duplo procedimento: por um lado, a avaliação do efeito da formação em termos de mudanças ocorridas ao nível das práticas dos médicos e na forma como as entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas (comparações entre os participantes com formação e sem formação). Por outro lado, a eficácia global do programa foi avaliada relativamente ao impacto que o programa teve nas famílias que nele participaram, através da comparação entre famílias pertencentes a médicos que receberam formação e famílias pertencentes a médicos que não a receberam. Esta comparação foi efectuada através de um conjunto de medidas de avaliação destinadas a avaliar o estado mental da mãe, o desenvolvimento da criança e a qualidade da interacção entre a mãe e a criança e a percepção da mãe sobre a criança (ver metodologia).

7. METODOLOGIA

Problema

Qual a importância da formação sobre saúde mental e desenvolvimento na gravidez e primeira infância e qual a importância da aplicação de um instrumento facilitador da abordagem dos aspectos afectivos e relacionais, durante as consultas de vigilância da gravidez e dos 0 aos 2 anos, na mudança das práticas dos técnicos de cuidados de saúde primários, e qual o seu impacto no desenvolvimento e bem-estar das crianças pequenas?

Hipótese 1

A formação em saúde mental e desenvolvimento, na gravidez e primeira infância, tem influência nas práticas dos médicos de família nomeadamente no tempo da consulta, na percepção do desempenho, na identificação de problemas e de situações de risco, na orientação dos casos e na opinião sobre o valor do instrumento.

Hipótese 2

A formação em saúde mental e desenvolvimento, na gravidez e primeira infância, dos médicos de família tem um impacto mensurável no

desenvolvimento e bem-estar das crianças pequenas nomeadamente no desenvolvimento social e da linguagem, na qualidade da interação mãe/criança, nas percepções e representações maternas, na depressão pós-parto, bem como na recuperação quando são identificados problemas.

Hipótese 3

A aplicação de um instrumento facilitador da abordagem dos aspectos afectivos e relacionais, durante as consultas de vigilância da gravidez e dos 0 aos 2 anos, tem um impacto mensurável no desenvolvimento e bem-estar das crianças pequenas.

Amostra

Relativamente à recolha da nossa amostra, começámos por constituir dois grupos de Médicos (A e B). O primeiro recebeu formação e o segundo não. Entretanto, tendo surgido a necessidade da existência de um terceiro grupo, que não recebesse qualquer influência da aplicação do programa, quer ao nível da formação, quer ao nível da aplicação dos instrumentos, foi recolhida a amostra do grupo de controlo (Grupo C). Este grupo foi recolhido no Centro de Saúde da Costa da Caparica, sendo constituído unicamente por famílias, utentes dos Centros de Saúde em questão. Em relação às famílias participantes, após a formação dos grupos, foi solicitado aos médicos de família que recrutassem as primeiras dez grávidas (de preferência no decorrer do primeiro trimestre de gravidez) que concordassem em participar no programa, de modo a constituir-se a amostra de famílias participantes. Todas as grávidas deram o seu consentimento informado verbal e não houve recusas para participar neste programa.

7.1. Caracterização da Amostra

O Grupo A era constituído por 6 médicos e o Grupo B por 9 médicos.

No Grupo A participaram 67 famílias, no Grupo B, 87 famílias. O Grupo C foi constituído por 4 amostras de crianças e suas famílias, correspondentes aos 4 momentos de avaliação em estudo: 6 semanas (n=4), 6 meses (n=10), 12 meses (n=12) e 24 meses (n=13).

Devido ao facto de este ser um estudo longitudinal, o número total da amostra nem sempre

coincide nos vários momentos de avaliação do programa, ao nível das famílias. Assim, nalgumas hipóteses, para serem testadas, assegurou-se a existência de um número mínimo de instrumentos completos para cada criança e para cada idade. Passamos a apresentar os critérios de inclusão das famílias na amostra em cada momento e para cada hipótese teórica.

Para testar a Hipótese 1 foram incluídos os elementos que constavam de todos os Diários de Entrevista. Para determinação das situações de risco foram considerados todos os Instrumentos de Avaliação que estavam completamente preenchidos. A eliminação de casos fez-se análise-a-análise.

Em relação à Hipótese 2, tendo em consideração a natureza dos instrumentos e uma vez que esta hipótese testa o efeito do programa sobre os utentes, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão (de forma a garantir que os casos a analisar tinham beneficiado de uma participação minimamente continuada no programa, antes de cada momento de avaliação):

- Amostra às 6 semanas: Haver duas entrevistas na gravidez e existir avaliação às 6 semanas;
- Amostra aos 6 meses: Haver pelo menos uma entrevista na gravidez, a entrevista dos 0-3 meses (pode não haver avaliação das 6 semanas) e existir avaliação aos 6 meses.
- Amostra aos 12 meses: Haver pelo menos 3 das 4 entrevistas anteriores e existir avaliação aos 12 meses;
- Amostra aos 24 meses: Haver pelo menos 4 das 6 entrevistas anteriores e existir avaliação aos 24 meses.

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos casos que, para cada momento de avaliação cumprem os critérios de inclusão.

Para a Hipótese 3, foram considerados os mesmos critérios de inclusão da Hipótese 2 para o Grupo B, sendo incluídos todos os instrumentos de avaliação dos casos do Grupo C que estavam completamente preenchidos.

Para caracterizar as famílias que participaram no programa, consideraram-se um conjunto de dados da mãe e do pai (idade, anos de escolaridade, diploma, profissão, situação laboral), dados do bebé (Semanas de Gestação, Peso à Nascimento Posição na Fratria), bem como a composi-

QUADRO 1
Distribuição do número de casos válidos para a Hipótese 2

	Grupo A	Grupo B
6 semanas	52	45
6 meses	51	46
12 meses	53	54
24 meses	48	45

QUADRO 2
Resumo dos momentos de aplicação dos Instrumentos de Desenvolvimento do Programa

	Gravidez 1.º t	Gravidez 2.º e 3.º t	0 a 3 M	4 a 7 M	8 a 12 M	18 M	24 M
Entrevistas (MF)	*	*	*	*	*	*	*
Diário (MF)	*	*	*	*	*	*	*
Observação da Entrev. (Psicólogas)	*					*	

ção do Agregado Familiar. Não havia diferenças entre os grupos, excepto para o item «anos de escolaridade da mãe», superior no grupo B.

7.2. Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos de avaliação deste programa dividiram-se em 3 tipos:

1- Instrumentos de Avaliação dos Efeitos do Programa de Formação, constituídos pelos *Questionários de Escolha Múltipla* preenchidos pelos médicos antes e depois de cada módulo de formação. O seu objectivo era o de avaliar a aquisição de novos conhecimentos e a mudança de atitudes dos Médicos de Família sujeitos a formação (grupo A).

2- Instrumentos de Aplicação do Programa, constituídos pelas *Entrevistas e Guiões* aplicados às mães pelos Médicos de Família, pelos *Diários de Entrevista* e pelas *Observações de Entrevista*. O resumo dos momentos de aplicação para cada um destes instrumentos está descrito no Quadro 2.

Os guiões de aplicação das entrevistas conti-

nam instruções relativas à própria aplicação e à forma como deve ser conduzido o diálogo, no sentido de reforçar as respostas positivas das mães e de servir de suporte na elaboração de estratégias de resolução de problemas, quando estes são identificados.

O Diário de Entrevista destina-se a ser preenchido pelos médicos. Nele são colocadas questões relativamente à forma como decorreu a aplicação da entrevista, à identificação de problemas na família e à avaliação da expectativa do médico em relação aos efeitos que a aplicação da entrevista terá sobre a família.

O instrumento de Observação de Entrevista tem o objectivo de avaliar o desempenho dos Médicos de Família na aplicação das entrevistas. A observação das entrevistas foi realizada pela equipa de Psicólogas, duas vezes a cada médico, na sétima aplicação da entrevista da gravidez e na oitava aplicação da entrevista dos 12 aos 24 meses.

3- Instrumentos de Avaliação dos Resultados do Programa, constituídos por um conjunto de instrumentos que tinham por objectivo avaliar a

QUADRO 3

Resumo dos momentos de aplicação dos Instrumentos de Avaliação dos Resultados do Programa

	Interacção	EPDS	Bayley	PDH	REEL	HOME	ICQ
6 semanas	*	*					
6 meses	*	*	*				
12 meses	*	*	*	*			
24 meses		*		*	*	*	*

eficácia do programa de formação. Estes instrumentos foram aplicados por psicólogas, nos Centros de Saúde, por norma na mesma sala imediatamente antes ou depois da consulta de vigilância realizada pelo médico de família. Os instrumentos utilizados, bem como os momentos da sua aplicação encontram-se descritos no Quadro 3.

De seguida faremos uma breve descrição dos instrumentos utilizados.

As *Escala de Interação* foram discutidas pelo grupo de trabalho da OMS, cuja preparação final foi da responsabilidade de H. McGurk. A *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (Cox et al., 1987) foi criada com o objectivo de permitir aos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários a identificação de casos de Depressão Pós-natal em mães acompanhadas pelos Serviços de Saúde e, quando aplicada longitudinalmente, é sensível à evolução dos quadros depressivos. A *Bayley Scales of Infant Development (BSID)* (Bayley, 1969). No presente trabalho foram construídas duas escalas constituídas por 12 e 10 itens respectivamente para cada um dos momentos de observação, extraídos da escala original, tendo como critérios de selecção a sua relevância na avaliação das competências psicossociais da criança e os limites do local de observação (sala do centro de saúde). A *Parenting Daily Hassles (PDH)* (Crnic & Greenberg, 1990) foi utilizada com o objectivo de medir as percepções parentais sobre as irritações e os inconvenientes das rotinas diárias, associados à prestação de cuidados à criança. A *REEL Scale* permite identificar perturbações da linguagem receptiva e expressiva, em crianças dos 0 aos 3 anos de idade. No presente trabalho, aplicaram-se, aos 24 meses, os

itens de Linguagem Receptiva e de Linguagem Expressiva relativos ao período dos 18 aos 30 meses. O *HOME Inventory* (Caldwell et al., 1966; cit. por Caldwell & Bradley, 1984) foi criado com o objectivo de medir a qualidade da estimulação proporcionada à criança, no seu dia-a-dia, no seu ambiente doméstico. O *Infant Characteristics Questionnaire (ICQ)* (Bates, 1979) foi inicialmente desenvolvido para avaliar a representação dos pais sobre «o temperamento difícil» na criança. Segundo Bates (1992) este instrumento mede a percepção que os pais têm da criança e não necessariamente o seu comportamento objectivo.

7.3. Método de Análise

Após a recolha de todos os dados, os mesmos foram sujeitos a codificação. As codificações foram todas introduzidas em programa de texto ASCII. Posteriormente, os dados foram importados para o programa SPSS Versão 6.0 para tratamento estatístico. Para testar as hipóteses foram utilizados o teste t para comparação de médias para amostras independentes, o teste Levene de análise de variâncias e os testes de Pearson e de Fisher's 2-tailed, segundo as dimensões das amostras. Considerou-se um nível de significância de 95%. Quando necessário, recorreu-se ao processo de análise estratificada para controlo da variável «anos de escolaridade da mãe».

8. RESULTADOS

Da totalidade dos resultados obtidos na inves-

tigação apresentam-se aqui os que são estatisticamente significativos.

A propósito da **primeira hipótese** teórica formulada, que considera que a formação em saúde mental e desenvolvimento na gravidez e primeira infância tem influência nas práticas dos médicos de família, apresentam-se os resultados de sete hipóteses operacionais.

O Grupo de médicos com formação demora menos tempo na consulta de vigilância de saúde em que é aplicada a entrevista do que o Grupo de médicos sem formação. O tempo médio de duração das consultas, registado pelos médicos, é sempre inferior no Grupo A (variando entre os 17,1 min. e os 36,2 min no grupo A e os 20,2 min. e os 36,2 min. no grupo B) e as diferenças têm sempre uma elevada significância estatística, (para a entrevista 0-3 meses, $p=0,002$ e para as restantes entrevistas, $p=0,000$).

Ao contrário do esperado, verifica-se que, aos 12 meses, quando há risco de depressão na mãe (score na EPDS superior a 12), os médicos do Grupo B demoram cerca do dobro do tempo do que os do Grupo A ($p=0,030$). Às 6 semanas, quando a interação apresenta um score inferior a 14, indicador de dificuldades, são os médicos do Grupo B que demoram mais tempo na consulta (cerca de 13 minutos, em média), e a diferença encontrada tem um elevado nível de significância ($p=0,006$). Também ao contrário do sugerido na hipótese, aos 12 meses, quando a criança apresenta um *score* inferior na avaliação do desenvolvimento, os médicos do Grupo B demoram em média mais do dobro do tempo do que os do Grupo A ($p=0,032$).

Na comparação intragrupo, ao contrário do esperado, aos 12 meses, quando a interação apresenta um *score* inferior a 24, indicador de dificuldades, os médicos demoram menos tempo na consulta (cerca de 10 minutos, em média) ($p=0,032$).

Os médicos de família do Grupo A referiram mais vezes não estar satisfeitos com a condução da entrevista, quando realizaram as entrevistas da gravidez no primeiro trimestre ($p=0,004$), no segundo e terceiro trimestres ($p=0,024$) e a entrevista dos 0-3 meses ($p=0,011$). A partir desta entrevista não se registam diferenças de percepção quanto à condução das entrevistas.

Os médicos de família do Grupo A, referiram sentir um número significativamente maior de

dificuldades nas entrevistas da gravidez do 1.º trimestre ($p=0,000$) e do 2.º e 3.º trimestre ($p=0,001$), desaparecendo as diferenças nas entrevistas posteriores.

Na entrevista do 2.º e 3.º trimestre de gravidez, o grupo A refere identificar mais problemas ($p=0,016$). Aos 24 meses, pelo contrário são os médicos do grupo B que identificam uma proporção maior de situações que levantam problemas ($p=0,047$).

Apenas para a entrevista do 1.º trimestre de gravidez o grupo de médicos com formação refere pensar tomar medidas como consequência da entrevista, mais do que o grupo de médicos sem formação ($p=0,000$), quando são identificados problemas, verificando-se que, para a entrevista dos 24 meses, a diferença entre os grupos ocorre no sentido contrário ($p=0,035$).

O Grupo de médicos com formação pensa que a entrevista influencia a mãe, mais do que o grupo de médicos sem formação, nas duas entrevistas da gravidez, a do 1.º trimestre ($p=0,009$) e a do 2.º, 3.º trimestre ($p=0,022$). A análise estratificada dos dados, para os casos em que se identificam problemas revela que as diferenças significativas se situam precisamente nestes casos, indicando que os médicos do Grupo A têm inicialmente uma opinião mais favorável em relação ao impacto das entrevistas nos utentes no 1.º trimestre de gravidez ($p=0,016$) e nos 2.º e 3.º trimestres de gravidez ($p=0,008$).

Comparando os resultados dentro de cada grupo, as diferenças entre os casos que têm ou não problemas identificados são particularmente significativas no Grupo A: nas entrevistas do 1.º trimestre ($p=0,002$), do 2.º, 3.º trimestre ($p=0,000$), dos 0-3 meses ($p=0,001$), 4-7 meses ($p=0,002$), 8-12 meses ($p=0,000$) e 12-18 meses ($p=0,014$). No Grupo B estas diferenças são significativas apenas na entrevista 0-3 meses ($p=0,024$) e na entrevista 8-12 meses ($p=0,001$).

No que diz respeito à **segunda hipótese** teórica que considera que a formação em saúde mental e desenvolvimento na gravidez e primeira infância dos médicos de família tem um impacto mensurável no desenvolvimento e bem-estar das crianças pequenas, apresenta-se neste artigo os resultados de três hipóteses operacionais.

Em relação a diferenças no desenvolvimento, verifica-se existir apenas uma diferença no desenvolvimento da linguagem receptiva, cujo *score*

re obtido é superior nas crianças do Grupo B, quer nos casos em que a mãe possui diploma equivalente a licenciatura ou superior ($p=0,005$) quer quando o diploma da mãe tem grau inferior a licenciatura ($p=0,056$).

Verifica-se que, ao contrário do esperado, um maior número de mães do Grupo A apresentaram um *score* indicador de depressão, sendo as diferenças estatisticamente significativas às 6 semanas ($p=0,039$) e aos 12 meses ($p=0,007$).

Relativamente à hipótese operacional que sugere que as díades incluídas no Grupo A com um *score* baixo na interacção às 6 semanas ou 6 meses, recuperam mais do que as díades do grupo B nas mesmas circunstâncias, os resultados revelam a existência de diferenças significativas apenas na variação entre a interacção às 6 semanas e a interacção aos 12 meses, sendo esta recuperação, ao contrário do esperado, mais elevada para as díades incluídas no Grupo B ($p=0,027$).

Para o estudo da **terceira hipótese** teórica que considera que a aplicação de um instrumento facilitador da abordagem dos aspectos afectivos e relacionais durante as consultas de vigilância da gravidez e dos 0 aos 2 anos tem um impacto mensurável no desenvolvimento e bem-estar das crianças pequenas, apresentam-se os resultados de três hipóteses operacionais.

Em comparação com as crianças do grupo C, as crianças incluídas no Grupo B têm um *score* mais elevado na avaliação do desenvolvimento aos 12 meses ($p=0,015$) e na observação da interacção também aos 12 meses ($p=0,027$). A análise item-a-item revela que esta diferença se verifica sobretudo nos itens #1: «*Há contacto visual entre mãe e criança?*» ($p=0,045$) e #6: «*A mãe elogia verbalmente a criança?*» ($p=0,003$). As mães incluídas no Grupo B têm um número menor de resultados positivos na escala de depressão aos 24 meses do que as mães do Grupo C ($p=0,016$).

9. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A comparação dos resultados da variável «tempo de consulta» revela, por um lado, que os médicos do grupo B demoram mais tempo nas consultas de um modo global e, por outro, que esta diferença se verifica sobretudo à custa das situações em que não é identificado risco.

Isto sugere, naturalmente, um efeito da introdução de um instrumento suplementar para ser aplicado na consulta de rotina, sem que os médicos tivessem tido grande oportunidade de se familiarizar com ele, acabando por ler e seguir o guião escrito da entrevista durante a própria consulta. Assim, como se verifica, à medida que se vai avançando na idade e as entrevistas contêm mais perguntas, o tempo de consulta também vai aumentando. No Grupo A, provavelmente a integração do guião das entrevistas no próprio decorrer da consulta e a melhor interpretação dos objectivos da utilização das próprias entrevistas, no sentido de permitir à grávida e à mãe a abordagem de temas relevantes para si própria e para a relação mãe/criança, mais do que a pesquisa sistemática e o levantamento de sintomas, traduz-se por uma maior igualdade nos tempos de consulta.

Parece-nos possível, portanto, concluir que *a existência de um programa de formação em saúde mental e desenvolvimento na gravidez e primeira infância, para aplicação de um instrumento facilitador da abordagem dos aspectos afectivos e relacionais, no decorrer das consultas de vigilância da gravidez e primeiros anos de vida, minimiza o impacto, em termos de tempo gasto na consulta, da aplicação deste instrumento suplementar.*

Seria, no entanto, de esperar que na análise intra-grupos, o grupo A registasse na variável «tempo» uma indicação indirecta de identificação de situações de risco, através de um prolongamento da consulta, mas tal não se verifica.

Os médicos do grupo A referem um menor grau de satisfação com a condução das entrevistas iniciais bem como um maior número de perguntas em que tiveram dificuldades.

Os resultados sugerem um efeito da formação. Este efeito parece, no entanto, tender a desaparecer com a progressão das entrevistas. O efeito da formação traduz-se aqui provavelmente, por um lado, no aumento da capacidade reflexiva crítica dos médicos em relação ao próprio desempenho e, por outro, no facto de os médicos do Grupo A procurarem utilizar as entrevistas mais dentro do espírito do programa, tentando seguir um processo de facilitação da comunicação com as mães, para o qual as entrevistas da gravidez e dos 0-3 meses estão particularmente bem adaptadas. Neste processo, é natural que as

coisas não corram sempre sem um certo sentimento de dificuldade. A partir dos 4-7 meses, as entrevistas vão perdendo um pouco este aspecto em favor do aumento do número de perguntas com maior carácter de despiste de problemas, que requerem da parte das mães respostas mais imediatas e ligadas ao concreto. O facto de os médicos do Grupo B referirem menos dificuldades nas entrevistas iniciais pode ter a ver com um menor entendimento sobre o que há a esperar da utilização das entrevistas.

Parece-nos então ser possível concluir que *a existência de um programa de formação em saúde mental e desenvolvimento, na gravidez e primeira infância, aumenta a capacidade reflexiva dos médicos de família sobre o seu desempenho no relacionamento com as mães e crianças.*

Embora o objectivo principal do programa não fosse a detecção precoce de situações de risco, decorria naturalmente da prática da aplicação das entrevistas que um conjunto de problemas, ligados ao desenvolvimento emocional e à vida de relação das mães e das crianças, poderia ser identificado. Assumia-se que a formação permitia aumentar a sensibilidade dos médicos de família para a identificação de problemas, o que se verifica na entrevista realizada no 2.º-3.º trimestre de gravidez. Dado que não há elementos que permitam especificar que tipos de problemas são identificados, apenas se pode presumir que estes estão relacionados com os temas da entrevista. Sendo assim, é de notar que as perguntas contidas nas entrevistas da gravidez abordam todas elas temas que passam praticamente a ser ignorados na consulta médica de vigilância normal, sendo essa uma justificação possível para o facto de, aos 24 meses, serem os médicos do grupo B a referir a identificação de mais problemas, dado que, como acima já foi mencionado, o carácter mais próximo da despistagem de problemas concretos, como por exemplo as dificuldades alimentares ou do sono, e, portanto, de uma situação mais próxima da prática de consulta «clássica» que esta entrevista tem.

Outra explicação possível, relativamente ao efeito produzido, pela identificação precoce de maior número de problemas e pelo manejo destes, na existência de menor número de problemas de facto nas idades seguintes, carece de verificação e não se apoia nos outros resultados obtidos, nomeadamente ao ser testada a Hipótese 2.

Em relação à intenção de tomar medidas relativamente aos problemas identificados, os resultados parecem semelhantes no sentido em que, inicialmente, os médicos do grupo A referem tencionar tomar mais medidas, desaparecendo depois as diferenças entre os dois grupos, para finalmente se invertem estas diferenças. Estes resultados são de difícil interpretação, sendo aqui possível que se verifique o efeito de os médicos do grupo A terem «esgotado» mais precocemente os seus recursos em termos de medidas a tomar. É de referir que no espírito do programa, os médicos deveriam encorajar as mães a procurar apoio primeiramente na família e no seu grupo social de apoio, ao mesmo tempo que se procurava ajudá-las a lidar com as dificuldades através de estratégias de resolução de problemas. Neste sentido, não se encorajava a referência para outros serviços, nomeadamente de saúde mental infantil, embora esta possibilidade estivesse assegurada.

Parece-nos então ser possível concluir que *a existência de um programa de formação em saúde mental e desenvolvimento na gravidez e primeira infância aumenta a sensibilidade para a identificação de problemas no período correspondente à segunda metade da gravidez.*

O que parece ser igualmente de realçar, é que *a aplicação das entrevistas permitiu aos médicos de família de ambos os grupos a identificação de um número muito considerável de problemas.*

Os resultados apontam para o facto de os médicos do grupo A terem uma opinião mais positiva em relação ao impacto da aplicação das entrevistas, quando estas servem como base para ajudar as grávidas nas situações em que se identificam problemas. Nas entrevistas após o nascimento, as diferenças entre os grupos anulam-se, registando-se uma quase unanimidade nos dois grupos em relação aos efeitos positivos das entrevistas, nas situações em que são identificados problemas, a partir da entrevista dos 8-12 meses. Quando as situações não levantam problemas aos médicos de família, as opiniões dividem-se entre o efeito positivo que, na opinião dos médicos, a entrevista pode ter no comportamento das mães e a ausência de efeito, possivelmente no sentido de que se as coisas estão a correr bem, não é necessário modificá-las. A análise intra-grupos permite demonstrar que no grupo A há uma opinião clara da utilidade das entrevistas

(excepto a dos 24 meses), quando aplicada com o objectivo de ajudar a minorar os problemas identificados pela própria entrevistada.

Parece-nos então ser possível concluir que *a existência de um programa de formação em saúde mental e desenvolvimento na gravidez e primeira infância influencia positivamente a opinião dos médicos de família sobre o impacto positivo que a utilização das entrevistas pode ter sobre as famílias, sobretudo quando são identificados problemas.*

Em relação à Hipótese 2, globalmente, os resultados obtidos nesta hipótese não permitem confirmá-la, havendo inclusivamente alguns resultados que, para além de serem contrários ao esperado, são de difícil justificação. Aqui coloca-se o problema da sensibilidade dos instrumentos quando se pretende medir comportamentos, atitudes e percepções, que têm que prever uma grande variabilidade individual dentro da normalidade. Do mesmo modo, o conceito de resiliência individual tem importância para dificultar a avaliação e interpretação das mudanças ao longo do tempo (Gore & Eckenride, 1994). Igualmente, a noção da extrema multifactoriedade das influências sobre o desenvolvimento e a saúde mental (Sameroff, 1989; Clarke & Clarke, 1994), tem colocado sempre dificuldades à aplicação da investigação epidemiológica à saúde mental e desenvolvimento. Deste modo, a selecção do número e tipo de indicadores a medir resulta também de um compromisso entre a necessidade de cobrir tanto quanto possível indicadores relevantes e o rigor na análise. O desenho do presente trabalho procurou minorar este problema ao prever a utilização, para cada momento de avaliação, de um conjunto de instrumentos diversificados quer quanto ao indicador a medir (percepções, desenvolvimento, interacção) como quanto à fonte da informação (médicos, avaliadoras, mães), aumentando, deste modo, a possibilidade de se identificarem diferenças entre os grupos. O facto de o presente estudo se dirigir a uma população normal, e não a um grupo de risco identificado, aumenta estas dificuldades, na medida em que os eventuais efeitos em determinadas situações se podem «diluir» no conjunto. Nalguns casos, as amostras são muito reduzidas para permitir conclusões fiáveis.

De notar ainda que o próprio conceito de «risco», adoptado no presente estudo, para defi-

nir sub-grupos dentro das mães e crianças avaliadas, como conceito estatístico de identificação daqueles que se situam na margem mais distante da referência «normal», se por vezes, como no caso das Escalas EPDS e ICQ de Bates se reportava à standardização referida em estudos de validação, noutras reportava-se apenas às diferenças dentro da amostra, o que eventualmente poderia definir «risco» onde apenas existiria maior leque de variabilidade individual. Isto parece-nos particularmente verdade para a Escala REEL de avaliação do desenvolvimento da linguagem.

Assim, em relação à Hipótese 2, parece-nos ser possível concluir globalmente pela sua *não confirmação.*

Há, no entanto, que fazer uma referência aos resultados referentes à depressão materna. Os resultados do grupo A, embora não sendo possível generalizá-los directamente, revelam uma prevalência de casos de depressão (11,8% às 6 semanas a 26,2% aos 12 meses) em geral um pouco superior ao referido na literatura (8 a 15%, O'Hara, 1997) nomeadamente para Portugal (16,1%, Augusto et al., 1996). O efeito da formação dos médicos poder-se-á manifestar por estes facilitarem às mães um maior contacto com os seus estados afectivos, eventualmente levando *ao mais fácil reconhecimento e abordagem pelas próprias dos sentimentos depressivos.*

Independentemente das diferenças registadas, há que assinalar o número elevado de situações de depressão materna que este estudo revelou e que passam despercebidas, numa percentagem substancial, nas consultas dos Centros de Saúde. Sendo conhecido que as mulheres procuram pouca ajuda nestas situações (Kumar & Robson, 1984), estes resultados vêm também reforçar a necessidade de se organizarem programas de estudo, prevenção e apoio para a depressão pós-parto.

Em adição ao problema da importância da formação dos médicos de família, pretendemos avaliar se a simples aplicação das entrevistas estaria associada com diferenças detectáveis (entre as mães do Grupo B) em comparação com uma população geral de mães e crianças (Hipótese 3). Colocam-se para esta hipótese os problemas referidos para a Hipótese 2, em termos da pouca sensibilidade dos instrumentos de avaliação. Para além disso, a dimensão da amostra no

grupo C, às seis semanas, é muito reduzida, não permitindo a obtenção de conclusões fiáveis. Na maior parte das medidas, não se registam diferenças significativas. Registam-se diferenças significativas na avaliação do desenvolvimento e da interacção aos 12 meses, que vão no sentido da hipótese.

Parece-nos poder concluir que *a aplicação de um instrumento facilitador da abordagem dos aspectos afectivos e relacionais durante as consultas de vigilância da gravidez e dos 0 aos 2 anos tem um impacto positivo no desenvolvimento e na interacção das crianças aos 12 meses, mas que estes efeitos não se verificam noutras momentos.*

De um modo global, e apesar de, não ter sido possível obter um grande número de resultados diferenciados a partir das avaliações, os 12 meses de idade das crianças parecem ser a altura em que as diferenças, quaisquer que elas sejam, mais se manifestam.

10. CONCLUSÕES

A existência de um programa de formação em saúde mental e desenvolvimento, na gravidez e primeira infância, para a aplicação de um instrumento facilitador da abordagem dos aspectos afectivos e relacionais durante as consultas de vigilância da gravidez e primeiros anos de vida, tem um efeito sobre as práticas dos médicos de família:

1. Minimiza o impacto, em termos de tempo gasto na consulta, da aplicação deste instrumento suplementar.
2. Aumenta a capacidade reflexiva dos médicos de família sobre o seu desempenho no relacionamento com as mães e crianças.
3. Aumenta a sensibilidade dos médicos de família para a identificação precoce de problemas.
4. Parece permitir às mães um mais fácil reconhecimento e abordagem pelas próprias dos sentimentos depressivos.
5. Não parece ter um efeito significativo sustentado sobre o desenvolvimento e bem-estar das crianças e mães.

A aplicação das entrevistas:

1. Permitiu aos médicos de família de ambos os grupos a identificação de um número muito considerável de problemas.
2. Fornece aos médicos um instrumento que lhes permite ajudar as famílias quando identificam problemas.
3. Parece ter um impacto positivo sobre o desenvolvimento e a interacção mãe/criança aos 12 meses, mas estes efeitos não se demonstram noutras idades.

Outra conclusão que este estudo vem reforçar relaciona-se com a dimensão do problema da depressão do pós-parto, realçando *a necessidade de se organizarem programas de estudo, prevenção e apoio, próximos dos serviços de cuidados de saúde primários.*

11. RECOMENDAÇÕES

Esperamos que este estudo permita estimular a continuidade da investigação e intervenção no campo da saúde mental da gravidez e da primeira infância e sua ligação com os serviços de saúde mais próximos da comunidade.

Alguns aspectos que nos parecem mais relevantes para futuras investigações prendem-se, por um lado, com a revisão e modificação de algumas entrevistas, no sentido de as tornar mais próximas da dimensão «Saúde Mental». Por outro lado, foi nossa impressão, ao longo dos anos de realização deste trabalho, que uma boa parte do impacto deste tipo de intervenção se traduz mais visivelmente na relação dos utentes com os próprios médicos e serviços e no modo como os utilizam, pelo que a avaliação de outras dimensões mais ligadas às mudanças no grau de satisfação e de confiança dos utentes, o número de consultas de urgência, etc. parecem ser áreas promissoras de estudo.

Continuamos convictos da importância do trabalho de parceria com os médicos de família e dos enfermeiros dos Centros de Saúde, mas, na linha do rigor com que procuramos realizar este estudo, pensamos ser fundamental a clarificação e delimitação de objectivos, bem como a avaliação dos resultados.

12. PARTICIPANTES NO PROGRAMA DA OMS
«PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
PSICOSSOCIAL DAS CRIANÇAS ATRAVÉS DO
SERVIÇOS DE CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS»

Participantes Europeus:

Coordenador do Programa: Prof. John Tsian-tis – «Aghia Sophia» Children's Hospital, Atenas, Grécia

Responsável da OMS: Prof. J. G. Sampaio Faria – WHO Regional Office for Europe, Division of Mental Health, Copenhaga, Dinamarca

Consultor para a Formação: Prof. Thalia Dragonas – Department of Pre-School Education, University of Athens, Atenas, Grécia

Consultor Científico: Prof. Antony Cox – Division of Psychiatry, Guy's and St. Thomas' Medical and Dental School, Londres, Reino Unido

Consultores Para Avaliação do Programa: Dr. Harry McGurck e Dr. Marjorie Smith – Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, Londres, Reino Unido.

Centros Participantes:

- Dr. S. Kyriakides, Dr. A. Paradisioti – General Hospital Archbishop Makarios III, Nicosia, Chipre.
- Dr. A. Skoulika, Ms. I. Paizi – «Aghia Sophia» Children's Hospital, Atenas, Grécia
- Ms. V. Siomopoulou, Ms. K. Frangatou – Social Security Organization, Atenas, Grécia
- Prof. V. Ispanovic, Dr. D. Radojkovic – Institute for Mental Health, Belgrado, Jugoslávia
- Dr. N. Saje-Hribar – Institute of Public Health of The Republic of Slovenia, Liubliana, Eslovénia
- Dr. T. Plankar-Grgurevic – Primary Health Centre, Liubliana, Eslovénia
- Dr. N. Erol – Department of Child Psychiatry, University of Ankara, Turquia.

Em Portugal:

Coordenador: Dr. Pedro Caldeira da Silva, Unidade da Primeira Infância, Hospital de D. Estefânia,

Médicos de Família:

Centro de Saúde da Cova da Piedade: Dr^a Ana Sousa, Dr. José Manuel Fernandes, Dr. Carlos Mimoso, Dr^a Olívia Capaz, Dr^a Isaura Barrento, Dr^a Anabela Violas, Dr^a Fátima Santos, Dr^a Eugénia Silva, Dr^a Manuela Fernandes, Dr^a Maria José Colaço.

Centro de Saúde de Almada: Dr^a Ana Pires, Dr^a Gabriela Machado, Dr^a Maria José Alves, Dr^a Anabela Bitoque, Dr^a Manuela Cruz, Dr^a Natália Correia, Dr^a Helena Raposo

Formadores: Dr. Pedro Caldeira da Silva, Dr. João Beirão

Coordenadora do Treino das Avaliadoras: Dr^a Margarida Fornelos

Avaliadoras: Dr^a Joana Fornelos, Dr^a Filipa Cruz, Dr^a Anabela Farias, Dr^a Maria de Góis Vicente, Dr^a Rita Guerreiro, Dr^a Cláudia Eira

Codificadoras: Dr^a Anabela Farias, Dr^a Maria de Góis Vicente, Dr^a Rita Guerreiro, Dr^a Cláudia Eira

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., & Figueiredo E. (1996). Post-natal depression in a urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- Clarke A. M., & Clarke, A. D. B. (1994). Variations, deviations, risks and uncertainties in human development. In W. B. Carey, & C. S. McDevit (Eds.), *Prevention and early intervention* (pp. 83-91). New York: Brunner / Mazel.
- Cordeiro M., Carvalho, C., & Dias, R. (1991). Detecção precoce em saúde infantil: Rastreios e detecção oportunista. *Manter a criança saudável: Texto de apoio 17*. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Divisão de Saúde Infantil.
- Cox, A. D. (1993). Preventive aspects of child psychiatry. *Archives of Disease in Childhood*, 68, 691-701.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, The appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19 (2), 124-150.
- Gore, S., & Eckenride, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmenzy, & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Process, mechanisms and intervention* (pp. 19-63). Cambridge: Cambridge University Press.

- Ispanovic, V., & Radojkovic, D. (1993). *Promotion of psychosocial development of children through primary health care services – Semi-structured interviews and record forms*. Institute of Mental Health, Belgrad.
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of neurotic disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 36-47.
- McGuire, J., & Earls, F. (1991). Prevention of psychiatric disorders in early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (2), 129-154.
- O'Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray, & Peter J. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: The Guilford Press.
- OMS (1948). *Official records of the World Health Organization* (2, p. 100). United Nations, World Health Organization, Geneva, Interim Commission.
- OMS (1993). *Promoting the Psychosocial Development of Children Through Primary Health Care Services: Report on a WHO Meeting, in December 1992*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office For Europe.
- Ramos Leitão, F. A. (1989a). A avaliação de programas de intervenção educativa precoce. *Educação Especial e Reabilitação*, 1 (1), 43-50.
- Ramos Leitão, F. A. (1989b). A avaliação de programas de intervenção educativa precoce (II Parte). *Educação Especial e Reabilitação*, 1 (2), 54-60.
- Richmond (1979). *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: U. S. Department of Health Education and Welfare.
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: same issues, the same question. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22 (4), 323-356.
- Rutter, M. (1982). Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance. *Pediatrics*, 70 (6), 883-894.
- Sameroff, A. J. (1989). Principles of development and psychopathology. In A. J. Sameroff, & R. N. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood* (pp. 17-32). New York: Basic Books.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Sousa, A. M. (1988). A saúde mental da grávida: Avaliação do estado da saúde mental (Estudo Caso Controle) e de factores de risco psicossocial na mulher grávida. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Sousa, Carvalho & Cordeiro (1990). Promoção da saúde em saúde infantil. *Manter a criança saudável: Texto de Apoio 4* (Tradução e adaptação de Guidelines For Health Promotion). Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, Divisão de Saúde Infantil.
- Tsiantis, J. (1999). *Promotion of mental health for children and adolescents*. Trabalho não publicado. Comunicação oral, European Conference on Mental Health Promotion and Social Inclusion.
- Tsiantis, J., Smith, M., Dragonas, T., Cox, A. (2000). Early mental health promotion in children through primary health care services: A multi-center implementation. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2 (1), 5-17.
- União Europeia (1999). *Relatório do Programa de Promoção da Saúde Mental da Criança dos 0 aos 6 Anos. Recomendações do Programa de Promoção da Saúde Mental da Criança dos 0 aos 6 Anos. Zero To Three / National Center For Clinical Infant Programs* (1994). Diagnostic Classification Of Mental Health And Developmental Disorders Of Infancy And Early Childhood. Arlington, VA.

RESUMO

O presente trabalho resulta de um longo processo de investigação e elaboração no sentido de tentar organizar nos serviços existentes de cuidados de saúde primários um programa destinado a dar formação aos médicos de família, introduzindo a dimensão «saúde mental» nas consultas de rotina da gravidez e até ao fim do segundo ano de vida das crianças, com um mínimo de «perturbação» possível e uma eficácia demonstrável.

Avalia-se a importância da formação para a modificação da práticas e atitudes dos médicos de família; em seguida avalia-se o impacto que esta formação em conjunto com a utilização na consulta de um instrumento (entrevistas semi-estruturadas), facilitador da abordagem dos aspectos afectivos e relacionais, tem nas mães e crianças pequenas; e finalmente avalia-se o impacto que a simples aplicação do instrumento teria.

Os resultados apontam, de uma forma global, para a existência de efeitos relevantes da formação sobre as práticas dos médicos, mas sugerem igualmente que estes efeitos não se traduzem em grandes diferenças nas crianças e nas mães.

Palavras-chave: Promoção da saúde mental, gravidez, infância, médicos de família.

ABSTRACT

This paper stems from an extensive research and elaboration process aimed at trying to organize a training program for family doctors through which mental health issues could be included in routine consultations for pregnancy and the first two years of life, with a minimum «disturbing» effect and a measurable efficacy.

We analyze the importance of training in changing attitudes and beliefs of family doctors; second, we evaluate the impact of this training, associated with the

application of an instrument (semi-structured interviews) on mothers and young children; and finally we evaluate the impact that the application of the instrument per se has.

Results globally demonstrate relevant effects of

training on doctors' practices, but those effects do not translate into significantly positive differences in children and mothers.

Key words: Mental health promotion, pregnancy, infancy, family doctors.