ORDEM DOS PSICÓLOGOS

CONTRIBUTO CIENTÍFICO OPP

Raízes para o Futuro: Os Primeiros 1000 Dias de Vida

Ciência e Prática Psicológicas | 29/10/2025

Contributo Científico OPP – Raízes para o Futuro: Os Primeiros 1000 Dias de Vida, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Outubro de 2025, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

Sugestão de citação: Ordem dos Psicólogos Portugueses (2025). Contributo Científico OPP – Raízes para o Futuro: Os Primeiros 1000 Dias de Vida. Lisboa.

Para mais esclarecimentos contacte Ciência e Prática Psicológicas:
andresa.oliveira@ordemdospsicologos.pt

Ordem dos Psicólogos Portugueses Av. Fontes Pereira de Melo 19 D 1050-116 Lisboa T: +351 213 400 250
www.ordemdospsicologos.pt

Raízes para o Futuro:
Os Primeiros 1000 Dias de Vida

Índice

1. **Os Primeiros 1000 Dias de Vida**

2. **Gravidez** – *Os primeiríssimos 270 dias*

   2.1. Influência da Saúde Materna no desenvolvimento do feto
   2.2. Importância dos Cuidados Pré-Natais
   2.3. Envolvimento dos pais durante a gravidez

3. **Parto** – *O dia do nascimento do/a bebé*

   3.1. A experiência do parto
   3.2. Situações de nascimento prematuro

4. **Período Pós-Natal** – *Os primeiros tempos após o nascimento*

   4.1. Vinculação cuidador/a – bebé
   4.2. Problemas de Saúde Psicológica no pós-parto

5. **Primeiro Ano de Vida** – *365 dias de confiança e iniciativa*

   5.1. Marcos desenvolvimentais dos 0 aos 12 meses
   5.2. Práticas promotoras do desenvolvimento do/a bebé

6. **Segundo Ano de Vida** – *365 dias de exploração com maior autonomia*

   6.1. Marcos desenvolvimentais dos 12 aos 24 meses
   6.2. Práticas promotoras do desenvolvimento da criança

7. **Ecossistema de Educação e Cuidados na Infância**

   7.1. Influência dos contextos de vida no desenvolvimento infantil
   7.2. Educação e cuidados na Infância
   7.3. Serviços de Intervenção Precoce na Infância

8. **O Papel dos/as Psicólogos/as nos Primeiros 1000 Dias**

Raízes para o Futuro:
Os Primeiros 1000 Dias de Vida

Nota Introdutória

Neste documento, usaremos a terminologia "mães", "pais", "cuidadores" e "cuidadoras" para descrever as figuras de referência que fazem parte da vida da criança. No entanto, sublinhamos que as famílias podem ter diversas configurações e estruturas. As famílias não seguem um modelo único para serem saudáveis e o essencial é que ofereçam um ambiente afetuoso, seguro e estimulante para o crescimento e bem-estar das crianças.

1. Os Primeiros 1000 Dias de Vida

Podemos começar por olhar o desenvolvimento infantil a partir da lente da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 1990, onde se afirma que **as crianças têm um direito fundamental aos mais elevados padrões de Saúde e Bem-Estar**.

Ainda, de acordo com a proposta das Nações Unidas de 2015, na qual se estabelecem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), **as crianças devem encontrar-se no centro das preocupações societais**, com base no direito ao desenvolvimento sustentável, ao bem-estar e à justiça intergeracional. Através dos ODS, as Nações Unidas apelam a um **forte investimento nos primeiros anos de vida,** como a melhor forma para garantir que todas as crianças têm acesso a oportunidades para realizar o seu potencial (Barros & Ewerling, 2019).

Desde então, a visão de que o investimento nos primeiros anos de vida é uma forma custo-efetiva, mas, acima de tudo, socialmente responsável, de **assegurar o desenvolvimento saudável e o bem-estar das gerações futuras**, tem ganho uma maior relevância e sido integrada nas políticas públicas de muitos países (Clark et al., 2020).

Neste âmbito, referimo-nos frequentemente aos **primeiros 1000 dias de vida**, pois constituem um dos períodos desenvolvimentais mais importantes na vida das crianças, e com um efeito mais duradouro. Este período **abrange os nove meses (cerca de 270 dias) de gravidez e os primeiros dois anos (cerca de 730 dias) de vida do/a bebé**, já fora do útero materno (OTIS, 2023).

Ainda que, por vezes e ao longo deste texto, utilizemos o termo "bebé" de forma transversal, é possível diferenciar as **fases de desenvolvimento** deste período (Healthy Children, 2025; McMullen, 2013; Medline, 2023):

- **Embrião.** Desde a conceção até cerca de 8 semanas pós-conceção (aproximadamente 10 semanas de idade gestacional).
- **Feto.** Do final do período embrionário (início da 9ª semana de gravidez até ao nascimento).
- **Bebé (*infant*).** Do nascimento até aproximadamente 12 meses de idade - embora alguns autores/as considerem este período extensível até à aquisição da marcha.

- **Criança pequena (*toddler*).** Aproximadamente entre um ano de idade e os três anos (12 meses aos 36 meses).

É durante os primeiros 1000 dias de vida que as bases da Saúde (Física e Psicológica), do desenvolvimento cognitivo e socioemocional são estabelecidas, influenciando, a longo prazo, a capacidade de a pessoa aprender, estabelecer relações saudáveis, participar ativamente na comunidade, trabalhar e prosperar (Black et al., 2018; Shonkoff & Garner, 2012).

Este período é considerado crítico porque é nele que se estabelece uma parte significativa da arquitetura neuronal. Embora o cérebro humano mantenha o seu processo de maturação até à vida adulta, é nos primeiros anos que se desenvolve a base da sua capacidade funcional e do seu potencial. Nos primeiros dois anos de vida, formam-se mais de um milhão de novas conexões neuronais por segundo, seguindo-se um processo de poda neuronal, através do qual a eficiência dos circuitos neuronais é otimizada pela eliminação das sinapses menos utilizadas.

Na interação com o meio ambiente determinar-se-ão as conexões neuronais mais usadas. Aquelas que são usadas com frequência, tornam-se fortes e permanecem e, no sentido contrário, as menos usadas, tornam-se fracas e desaparecem (Center on the Developing Child, 2017; Moore et al., 2017). Exemplos ilustrativos incluem o desenvolvimento da linguagem, que depende da exposição consistente a estímulos verbais, e o estabelecimento de vínculos afetivos seguros, que resulta de interações repetidas, sensíveis e responsivas entre cuidadores/as e o bebé/criança ao longo do tempo.

Ademais, é durante os primeiros 1000 dias que as estruturas e funções do cérebro mais se modificam com a experiência – esta capacidade é definida como plasticidade cerebral. Embora mantenhamos plasticidade cerebral ao longo de toda a vida, é durante os primeiros 1000 dias que esta atinge o seu pico. Assim, em resposta às experiências do/a bebé/criança, o cérebro ajustará as suas estruturas e funcionalidades, podendo contribuir quer para a sua versatilidade, quer para a sua vulnerabilidade (Kolb, 2009; Moore et al., 2017).

As experiências vividas pelo bebé ou criança também afetam a expressão dos seus genes. Ao contrário do mito de que são os genes, em exclusivo, que definem as nossas características e competências, estas são definidas num **processo epigenético** – isto é, num processo dinâmico e interativo entre os genes e o meio ambiente. Os genes que uma criança herda dos/as progenitores/as têm a informação que vai orientar o seu desenvolvimento (e.g., o tipo de temperamento; a altura), mas, dependendo das suas experiências, alguns genes podem ou não ser ativados.

Neste sentido, **os ambientes e as relações saudáveis podem gerar efeitos epigenéticos que ativam o potencial genético adaptativo**. Considerando que, na Natureza, não existem sistemas isolados, **o desenvolvimento dos bebés e crianças ocorre dentro de um ecossistema de contextos e relações.** Esta rede inclui mães, pais, membros da família alargada, cuidadores/as, professores/as e educadores/as, profissionais de Saúde, entre outras pessoas de referência. Por exemplo, a exposição precoce a ambientes e relações afetivas estáveis e seguras associa-se à ativação de genes relacionados com o funcionamento regulado do eixo hipotálamo–hipófise–adrenal (HPA), permitindo à criança desenvolver competências de autorregulação emocional na

resposta ao stresse. Pelo contrário, a exposição a adversidades precoces, como má nutrição, negligência ou violência doméstica, pode ativar instruções genéticas que constringem, por exemplo, a maturação cognitiva, a regulação emocional e o bom funcionamento imunológico, aumentando o risco de dificuldades cognitivas, comportamentais e de Saúde física ao longo da vida (Moore et al., 2017; Shonkoff et al., 2010).

Deste modo, **os primeiros 1000 dias representam uma janela de oportunidade, mas, também, de vulnerabilidade**, dependendo do resultado do balanço entre variáveis biológicas (i.e., predisposições genéticas) e ecológicas (i.e., cuidados parentais; condições socioeconómicas) que podem influenciar o desenvolvimento ainda antes do nascimento do/a bebé (Barros & Ewerling, 2019). Por isso, a gravidez é o primeiro capítulo crucial dos primeiros 1000 dias, inaugurando a relação entre o/a bebé e os/as seus/suas progenitores/as, estabelecendo as bases para o desenvolvimento saudável (Center on the Developing Child, 2017).

2. Gravidez – *Os primeiríssimos 270 dias*

A gravidez é um processo biológico complexo que permite o desenvolvimento de uma nova vida no útero materno. Inicia-se com a fecundação e prolonga-se, em média, por cerca de 40 semanas (ou seja, entre 270 e 280 dias).

A **notícia da gravidez** é um momento significativo na vida de uma mulher e, também, do seu parceiro/a. Geralmente, sobretudo quando ambos esperavam esse acontecimento, esta notícia é recebida com entusiasmo, constituindo um marco positivo na relação com o/a bebé que virá a nascer. Contudo, noutras situações, pode despertar sentimentos de ambivalência, ansiedade ou incerteza, que fazem igualmente parte da adaptação a esta nova fase da vida (Carlander et al., 2023; Moreau et al., 2022).

A partir da confirmação da gravidez, a relação com um bebé imaginado, que era simplesmente simbólica (e.g., imaginar as suas características e vivências futuras), começa a transformar-se numa **relação com um bebé que é real**. Esta transformação é progressiva, ocorrendo através do anunciar da gravidez, do descobrimento do sexo, da atribuição do nome e, entre outros momentos, das interações com o feto. Este processo contínuo de *consciencialização* do/a bebé constitui as bases da vinculação pré-natal (Brandon et al., 2009).

Antes de se explicitar a importância das interações com o feto, é fundamental reconhecer que **nem todas as gravidezes são intencionais e planeadas**. Inclusivamente, quando não houve intenção e planeamento deliberados, a gravidez pode ser **indesejada** – ou seja, a mulher/casal não deseja ter um filho/a nesse momento da sua vida. Algo que pode dever-se a diversos motivos incluindo: idade precoce, gravidez resultante de relações sexuais não consentidas ou com uma pessoa relativamente desconhecida, falta de suporte relacional e/ou financeiro, inconciliação com objetivos pessoais e profissionais, entre outros (Beumer et al., 2025; Fischer et al., 1999).

Existem **diferenças na experiência da mulher (e do/a parceiro/a) na relação com o bebé real e nos cuidados tidos durante a gravidez quando esta é planeada e desejada, comparativamente a quando não o é** (Gipson et al., 2008).Por exemplo, quando o casal tenta deliberadamente que a mulher engravide e planeiam o processo (e.g., controlam a ovulação; consultas de planeamento familiar), a revelação da gravidez tende a ser um momento de alegria e entusiamo, sendo a vinculação pré-natal intensificada e os cuidados pré-natais iniciados. No entanto, quando a gravidez é inesperada, esta pode ser vivida com choque e negação, assim como podem ter passado semanas ou meses sem os cuidados de Saúde recomendados para cada etapa gestacional, por desconhecimento da gravidez.

No entanto, **as experiências após a notícia da gravidez são diversificadas**. Por exemplo, uma gravidez pode não ter sido intencional nem planeada e, no entanto, a mulher (e o/a parceiro/a) pode desejar ser mãe e ter o bebé; ou, mesmo que inicialmente uma mulher não deseje ser mãe, pode mudar com o avançar da gravidez, experienciando sentimentos mais positivos em relação à maternidade. Esta mudança de atitudes e sentimentos em relação à gravidez, pode acontecer por intermédio da ligação que é estabelecida com o feto, especialmente durante as ecografias ou outros momentos em que é possível ver ou sentir os primeiros sinais de vida. Tal como também pode acontecer por via de outros fatores de natureza interna e externa, nomeadamente: estabilidade financeira, responsabilidades familiares, fatores emocionais, envolvimento da rede de apoio (particularmente do parceiro/a, família, amigos) e disponibilidade de serviços de Saúde (Yong, 2023).

No que respeita ao **desenvolvimento do feto**, com o avançar da gravidez as estruturas neurais associadas aos sentidos (audição, visão, toque) desenvolvem-se, sendo, por isso, um período de progressiva **conexão e comunicação** entre as mães, pais e o bebé que virá a nascer. Os avanços tecnológicos, como as ecografias, permitem aos pais e mães visualizar o desenvolvimento do feto no útero, observando movimentos, expressões e reações a estímulos externos. **Estas primeiras interações – incluindo os conhecidos "pontapés na barriga" – são fundamentais para intensificar a existência de um 'bebé real', como ser individual e ativo**, que não só herda características genéticas, mas que está preparado e recetivo à interação com os/as progenitores/as, desde o início da sua vida (Leach, 2010).

Os fetos têm uma capacidade notável de responder aos estímulos externos, sendo, desde cedo, capazes de reagir a estímulos como o som e o toque. Por exemplo, sabe-se que **escutar as vozes** da mãe e do pai no útero, promove o desenvolvimento do sistema auditivo e da memória, contribuindo para a capacidade de reconhecer e, mais tarde, de preferir as vozes dos/as progenitores/as (Lee & Kisilevsky, 2014; Webb et al., 2015).

Também a **estimulação pelo toque** (por exemplo, tocar ou massajar levemente a barriga) está associada a reações dos bebés, que respondem com movimentações dos braços, cabeça e boca (Marx & Nagy, 2015). O bebé, ainda que numa fase fetal, tem competências de aprendizagem sensorial, demonstrando uma preferência por estímulos provenientes da mãe e do pai, preparando-o para explorar o mundo pós-natal (i.e., pós-parto) (Hepper, 2015; Pregnancy, Birth & Baby, 2023; Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2023a).

A Saúde e a experiência da mãe durante a gravidez têm um impacto direto no ambiente intrauterino, afetando o desenvolvimento fetal de forma duradoura. Neste sentido, é crucial abordar a Saúde Materna como um componente essencial no acompanhamento da gravidez.

2.1. Influência da Saúde Materna no desenvolvimento do feto

A Saúde (Física e Psicológica) da mãe, a par da do seu companheiro/a, desde o período pré-conceção até ao período pós-natal (i.e., após o parto), deve ser cuidada e promovida. É fundamental assegurar, em cada fase, uma experiência de suporte e cuidado às mulheres, casal e, consequentemente, aos bebés que promova a sua Saúde e bem-estar.

O **período pré-conceção** pode ser entendido, em traços gerais, como o momento que vai desde que um casal decide tentar ter um bebé até ao início da gravidez. Quando a **gravidez é planeada**, este período pode incluir a adoção de comportamentos que favorecem a fertilidade e reforçam a **preparação física e psicológica para os desafios e mudanças vindouros**. No entanto, mesmo em **gravidezes não planeadas**, este conceito mantém relevância, uma vez que muitas das recomendações associadas aos cuidados pré-concecionais são aplicáveis, nomeadamente no que respeita à promoção de estilos de vida saudáveis e à redução de fatores de risco.

Assim, é importante promover a adoção de comportamentos pró-Saúde e fazer um trabalho preventivo de redução de fatores de risco como a má nutrição (e.g., défice de ácido fólico, ferro, iodo ou vitamina D), o excesso de peso e o consumo tabágico, de álcool e/ou de cafeína (Stephenson et al., 2018). Além disso, é fundamental potenciar fatores protetores como o acesso a **cuidados de Saúde e de planeamento familiar**, facilitando, por exemplo, a adesão a um estilo de vida saudável, o controlo de doenças crónicas (e.g., diabetes; hipertensão) e a promoção da Saúde Psicológica materna ainda antes da conceção (Indrio et al., 2023).

Os casais que acedem a consultas de planeamento familiar tendem a estar mais bem preparados, adquirem informações valiosas sobre Saúde Materna, Infantil e Familiar, realizam rastreios de problemas de Saúde física e psicológica e, entre outros indicadores, a mãe consome as doses diárias recomendadas de ácido fólico – uma vitamina que ajuda a prevenir riscos de malformações neurológicas do feto (Timraz et al., 2022).

Nos casos em que a notícia da gravidez é inesperada, não existindo planeamento, os cuidados de Saúde devem ser iniciados tendo em conta o período de gestação da mulher, garantindo que a nutrição é adequada, que se estabelecem comportamentos promotores de uma gravidez saudável, bem como que existe uma monitorização mais cuidada (por exemplo, através de ecografias e/ou outros exames) do desenvolvimento do feto.

Quando a gravidez é indesejada e é descoberta ainda na fase embrionária, **o apoio psicológico é fundamental para que a mulher possa decidir se pretende interromper a gravidez** – esta é uma decisão sensível e que deve atender à vontade da mulher e às suas circunstâncias de vida, mas também a questões de Saúde física e psicológicas subjacentes, atendendo-se *sempre* à Lei da Interrupção Voluntária da Gravidez (Lei n.º 16/2007, de 17 de abril).

Alguns estudos indicam que **prosseguir com uma gravidez indesejada pode ter efeitos negativos na Saúde Psicológica da mulher, nos comportamentos durante a gravidez** (e.g., adiamento de cuidados pré-natais; comportamentos de risco, incluindo consumo de substâncias psicoativas e/ou negligência com a alimentação) e, consequentemente, **efeitos negativos no desenvolvimento do feto, mas também no desenvolvimento da futura criança** (Foster et al., 2019; Gipson et al., 2008). Além disso, o impacto negativo parece agravado quando a mãe já experienciava dificuldades psicológicas prévias à gravidez (Beumer et al., 2023). Estas evidências destacam a importância do acompanhamento médico e psicológico, bem como de apoios sociais, para mulheres que, apesar de não desejarem ser mães, prosseguem com a gravidez.

Neste sentido, durante todo o período da gravidez é necessário acompanhar diferentes **dimensões que vão influenciar a Saúde Materna e da Família**. Priorizar estas dimensões garante que as futuras mães e pais são apoiadas/os numa das fases mais transformadoras das suas vidas.

Em alguns casos, as mães (ou os casais) podem **decidir entregar o/a bebé para adoção**. Esta decisão, frequentemente marcada por circunstâncias complexas e emocionalmente exigentes, pode ser acompanhada de sentimentos de ambivalência, perda, culpa ou alívio (Baden & Wiley, 2007; Palacios et al., 2019). Nestas situações, é essencial garantir o apoio psicológico adequado antes e após a entrega do/a bebé, de modo a facilitar o ajustamento emocional e prevenir consequências negativas para a Saúde Psicológica a longo prazo (Gulzar & Safdar, 2023).

Sono

A qualidade do sono durante a gravidez é um fator crítico tanto para a Saúde das mães quanto para o desenvolvimento saudável do feto. Um sono reparador ao longo da gravidez associa-se a um menor risco de parto prematuro e de depressão pós-parto, assim como a índices adequados de massa corporal e de pressão arterial nos recém-nascidos (Chang et al., 2010; Harskamp-van Ginkel et al., 2020).

É comum, no entanto, as mães terem algumas dificuldades em dormir. Por exemplo, estima-se que até ao terceiro trimestre da gravidez, cerca de 75% das grávidas enfrentem dificuldades significativas com o sono (Kempler et al., 2020). Além disso, as mudanças fisiológicas e hormonais, juntamente com a dificuldade em encontrar uma posição confortável para dormir, podem exacerbar problemas de sono pré-existentes ou criar novos, resultando em insónia, deterioração da qualidade do sono e uma sensação profunda de fadiga durante o dia.

Dada a relevância destas questões, a implementação de **estratégias que mitiguem riscos de disrupção do sono ocupa um lugar importante na vida das mães e dos fetos**. Tais estratégias incluem orientações de profissionais de Saúde sobre posições saudáveis para dormir (e.g., dormir virada para o ombro esquerdo), técnicas para aumentar o conforto durante o sono (e.g., colocar uma almofada entre as pernas) e técnicas para prevenir problemas comuns que podem perturbar o sono (e.g., apneia do sono, cãibras) (Summer & Callender, 2024).

Adicionalmente, intervenções ao nível da dieta e hidratação, assim como a promoção de bons hábitos de higiene do sono (e.g., evitar ecrãs antes de dormir, manter horário regular de sono), são vitais para prevenir distúrbios do sono (Kempler et al., 2020; Summer & Callender, 2024).

Alimentação

A importância de uma alimentação saudável vai além da gravidez, constituindo não só um dos alicerces para o desenvolvimento neuronal e físico dos fetos, bem como do desenvolvimento cognitivo e socioemocional dos bebés e crianças. O rápido crescimento cerebral durante os primeiros 1000 dias exige uma alimentação adequada para que o feto se possa desenvolver plenamente. Durante este período crítico, somos particularmente vulneráveis aos efeitos da má nutrição (Clark et al., 2020).

A carência de vitaminas e nutrientes essenciais pode afetar diretamente a formação de conexões neuronais e o funcionamento cognitivo, chamando-se a isto o **impacto direto** da má nutrição. Paralelamente, o **impacto indireto** da má alimentação associa-se ao stresse intenso e prolongado experienciado pela mãe (e outros cuidadores/as) por viver em situação de insegurança alimentar (i.e., não ter acesso direto ou não ter rendimentos para assegurar alimentos suficientes e/ou de qualidade), influenciando negativamente o desenvolvimento do feto e a Saúde (Física e Psicológica) da futura criança (1000 Days, 2017).

No que respeita a uma alimentação de qualidade durante a gravidez, salienta-se a importância de um **consumo regular de água e uma alimentação rica em frutas, legumes, cereais integrais, proteínas magras e gorduras saudáveis**. É também necessário desconstruir o mito de que é necessário "comer por dois" e recomendar que se **cozinhe bem os alimentos, assim como se lave e desinfete (e.g., com vinagre) alimentos que são comidos crus**, incluindo frutas, prevenindo a contração de patógenos como a *Toxoplasma gondii,* a *Salmonella* ou a *Listeria.* Quando se segue uma dieta vegetariana ou vegana é importante monitorizar e assegurar a obtenção de ferro, zinco, cálcio e vitamina B12 suficientes – uma vez que podem estar em menor quantidade ou ser de absorção mais limitada nestas dietas (NICE, 2025; UNICEF, 2022).

Uma ingestão e obtenção inadequada de vitaminas, proteínas e outros nutrientes durante a gravidez pode **comprometer não só o neurodesenvolvimento, mas também o crescimento físico do feto**. Além disso, uma alimentação desequilibrada por parte das mães pode aumentar a suscetibilidade a complicações de Saúde obstétricas (e.g., hipertensão; diabetes gestacional) durante a gravidez e, inclusive, no parto (e.g., cesariana) (Muktabhant et al., 2015). Por estes motivos, os cuidados associados à nutrição são fundamentais na gravidez.

Atividade física

Uma dimensão central da Saúde Materna é a prática de atividade física, especialmente quando combinada com uma alimentação saudável. Juntas, estas duas áreas formam uma parceria poderosa na prevenção de complicações gestacionais, como a diabetes gestacional e o excesso de peso/tamanho do feto para determinado período gestacional (NICE, 2025).

Contudo, apesar dos benefícios bem documentados da atividade física, uma porção significativa de gestantes mantém um nível de atividade abaixo do recomendado. Observa-se, inclusivamente, a tendência oposta: o **aumento dos níveis de inatividade durante a gravidez**. Este padrão pode estar na origem de problemas como a **obesidade materna e infantil**, cujas consequências se alastram além dos primeiros 1000 dias (Meander et al., 2021).

Múltiplos fatores contribuem para a redução da atividade física durante a gravidez. Algumas dificuldades secundárias, mas esperadas, durante a gravidez, como a fadiga, náuseas e dores nas costas, são uma parte da equação. Outro fator é o medo da atividade física poder prejudicar o bebé ou provocar incidentes gestacionais, alimentado pela falta de informação adequada (Ferrari & Joisten, 2023; Meander et al., 2021).

Os/as profissionais de Saúde podem proporcionar orientações claras sobre a atividade física durante a gravidez. Neste sentido, é recomendado realizar **150 minutos de atividade física moderada por semana**, repartidos, por exemplo, em 30 minutos durante cinco dias. É preferível evitar exercício que envolva contactos físicos inesperados ou violentos (e.g., desportos de grupo; de combate; equitação). Ainda, **o exercício aeróbico é considerado o mais benéfico,** no qual se incluem atividades como corrida, caminhadas, andar de bicicleta estática, natação, dança, entre outras que aumentem progressivamente o ritmo cardíaco e bombeiem sangue oxigenado para a maioria dos músculos do corpo; ou, como no caso do pilates e do ioga, que fortaleçam os músculos e promovam a flexibilidade e o controlo da respiração (Cooper & Yang, 2023; WHO, 2020).

É importante que o tipo de exercício se adapte às necessidades do corpo e, caso não exista uma prática regular anterior à gravidez, é sugerido começar de forma progressiva. Por ser um período exigente para o corpo, **é fundamental evitar a sobrecarga cardíaca e física**. Uma forma prática de saber se o exercício está a ser demasiado intenso é através do '**teste da conversa**' (*talk test*): se a mulher grávida tiver dificuldades em manter uma conversa enquanto realiza a atividade física é porque, provavelmente, está a esforçar-se demasiado.

As gestantes que recebem informações detalhadas e apoio adequado dos/as profissionais de Saúde tendem a manter níveis de atividade física mais elevados, assim como adequados à sua condição física e de Saúde (Ferrari & Joisten, 2023).

Saúde Psicológica

A gravidez é um período durante o qual as gestantes enfrentam riscos acrescidos de desenvolver problemas de Saúde Psicológica. Este risco é exacerbado pelas experiências pessoais da gestante, por exemplo, problemas de Saúde Psicológica prévios, viver em situação de pobreza ou vivenciar uma situação de violência pelo parceiro/a íntimo/a (Bedaso et al., 2021; WHO, 2011). Os problemas de Saúde Psicológica mais comuns durante a gravidez são a **depressão** (Rich-Edwards et al., 2006), níveis elevados de **ansiedade** (Schetter, 2011) e **comportamentos auto-lesivos** (Say et al., 2014).

Nos países desenvolvidos, estima-se que a prevalência da **depressão pré-natal** é de 17%. Já as estimativas existentes a propósito da **ansiedade pré-natal**, a sua prevalência global é de 19.4% (Bedaso et al., 2021). Quando experienciam perturbações de humor (i.e., um estado persistente de tristeza, irritabilidade ou desânimo), as mães sofrem uma diminuição na qualidade de vida, uma redução nos comportamentos de procura de cuidados de Saúde maternos e de adesão a intervenções médicas e psicossociais, bem como um agravar de comportamentos de risco. **Parece existir uma relação entre a depressão pré-natal e a restrição do crescimento intrauterino, baixo peso à nascença, nascimento prematuro e complicações obstétricas**. Além

disso, a depressão e ansiedade pré-natal parecem correlacionar-se com dificuldades durante o desenvolvimento infantil e ao longo da vida, nomeadamente, com problemas socioemocionais, dificuldades no desempenho escolar, nutrição insuficiente, problemas respiratórios e risco de problemas de Saúde Psicológica na vida adulta (Bedaso et al., 2021; Dadi et al., 2020; Dennis et al., 2017).

Os problemas de Saúde Psicológica na gravidez são ainda responsáveis por **elevados custos socioeconómicos**, como perdas na qualidade de vida e produtividade das gestantes, a curto e a longo-prazo, tal como pela utilização de mais recursos nos serviços de Saúde. Estimativas realizadas para o cenário britânico e brasileiro determinam que os custos económicos anuais totais associados aos problemas de Saúde Psicológica na gravidez podem ascender aos 7,7€ mil milhões (Bauer et al., 2016) e 4,6€ mil milhões (Bauer et al., 2022), respetivamente. Estes valores referem-se ao custo estimado para uma coorte anual de nascimentos (i.e., número de bebés nascidos num ano), englobando custos diretos (e.g., serviços de Saúde e apoio social) e indiretos (e.g., perda de produtividade e impactos no desenvolvimento infantil (Bauer et al., 2016, 2022).

Enquanto desafio significativo para a Saúde Pública, os problemas de Saúde Psicológica encontram na intervenção psicológica, isolada ou em conjunção com tratamentos farmacológicos, uma **boa relação custo-benefício**para prevenir, reduzir o impacto ou o agravamento das dificuldades psicológicas mais comuns. Esta eficácia é maior **quando os/as Psicólogos/as estão integrados/as no serviço de Saúde Materno-Infantil** e quando os profissionais de Saúde em contacto com mulheres durante a gravidez têm oportunidades de desenvolver competências associadas à Ciência Psicológica (Bauer et al., 2024).

Numa nota final, **a Saúde Psicológica das mães está profundamente interligada com a qualidade do apoio social que recebem**. A ausência de uma rede de suporte confiável – pessoas em quem confiar, compartilhar dificuldades, dúvidas e responsabilidades, ou mesmo pedir conselhos e informações – intensifica o **stresse durante a gravidez**. Esta falta de apoio pode levar a gestante a sentir-se isolada e insatisfeita com o parceiro/a, a família próxima e a comunidade, culminando em sentimentos de solidão, e, eventualmente, esgotamento dos seus recursos socioemocionais para enfrentar adversidades (Yu et al., 2021).

Neste sentido, de forma a promover uma gravidez saudável, é essencial o **envolvimento ativo e próximo de toda uma rede de apoio** que engloba o pai e/ou cuidadores/as, a família próxima, os/as profissionais e serviços de Saúde e a comunidade alargada. A coesão desta rede permite fortalecer a resiliência da mãe e contribui para o bem-estar materno e para o desenvolvimento saudável do feto (Bedaso et al., 2021; WHO, 2022).

2.2. Importância dos Cuidados Pré-Natais

Ao abordar as diferentes dimensões que compõem a Saúde Materna fica clara a importância dos cuidados de Saúde durante toda a gravidez. Os Cuidados Pré-Natais – ou seja, **cuidados obstétricos de rotina recebidos durante a gravidez** – desempenham um papel fundamental na promoção da Saúde Materna e na experiência positiva da gravidez.

Estes cuidados demonstram ter **cinco funções relevantes** (Downe et al., 2015; WHO, 2016):

1) **Manutenção da normalidade física e sociocultural**. Estes serviços apoiam a mulher na manutenção das rotinas diárias e da sua capacidade físicadurante a gravidez. Em simultâneo, respeitam e integram práticas culturais, valores e expectativas da grávida, do casal e da sua rede de apoio, promovendo uma experiência de cuidado centrada na pessoa e culturalmente sensível. Por exemplo, acolhendo preferências relacionadas com o parto (quando não interferem com boas práticas obstétricas) ou práticas alimentares associadas a crenças culturais.

2) **Vivência de uma gravidez saudável.** As visitas de rotina a estes serviços possibilitam a prevenção de complicações obstétricas (e.g., diabetes gestacional; dores lombares), a promoção de comportamentos pró-Saúde (e.g., atividade física; alimentação saudável) e a monitorização regular da Saúde da mãe e do feto. Este acompanhamento é também relevante em gravidezes não planeadas e, sobretudo, não desejadas. Nestes casos, permite uma avaliação do estado emocional da grávida e do parceiro/a, o rastreio de sinais de problemas de Saúde Psicológica e intervenção psicossocial adequada – permitindo respostas às necessidades das mães, pais e a promoção do vínculo com o bebé.

3) **Acompanhamento do desenvolvimento do feto.** Ou seja, facilitam a monitorização sistemática do seu desenvolvimento, permitindo detetar precocemente sinais de complicações ou alterações que possam comprometer a Saúde fetal ou materna. Este acompanhamento inclui, entre outros, a medição do feto, a monitorização da frequência cardíaca fetal, a realização de ecografias em momentos-chave da gravidez (nomeadamente entre as 11–14 semanas e as 18–22 semanas), com o objetivo de confirmar a idade gestacional e o sexo, avaliar a vitalidade fetal e detetar possíveis anomalias estruturais. Inclui-se ainda o rastreio de infeções (e.g., VIH, sífilis, hepatite B).

4) **Transição saudável para um trabalho de parto e nascimento positivos.** Nestes cuidados, inclui-se a preparação física e psicológica da mulher para o processo de trabalho de parto (i.e., processo de contrações uterinas e dilatação do colo do útero) e para o parto (i.e., nascimento do/a bebé), tal como o desenvolvimento de um plano de parto com base nas necessidades e preferências pessoais da grávida – sempre que possível e quando não interferem com boas práticas obstétricas.

5) **Preparação de uma maternidade positiva.** É, também, função destes serviços apoiar a mulher no desenvolvimento da identidade materna e adaptação ao papel de mãe, com foco na construção da autoestima, competência e autonomia materna. Este apoio pode incluir a promoção de competências parentais, o reforço do envolvimento afetivo com o bebé ainda durante a gravidez e a criação de uma rede de suporte – elementos fundamentais para a vivência de uma maternidade mais confiante e para a prevenção de dificuldades de ajustamento no período pós-natal.

As evidências são claras: o acesso universal, precoce e célere aos Cuidados Pré-Natais está associado a melhores resultados pós-natais (Larsson et al., 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016), durante a gravidez é recomendado realizar, **no mínimo, oito consultas pré-natais**. No entanto, em contextos ideais e com base nas melhores práticas, **é expectável que a maioria das mulheres realize entre 10 e 16 consultas**. O acompanhamento pode incluir 1 a 2 consultas no primeiro trimestre de gravidez (semanas 0 a 12), seguindo-se consultas mensais no segundo trimestre (semanas 13 a 27), consultas quinzenais no início do terceiro trimestre (semanas 28 a 36) e, por fim, consultas semanais após as 36 semanas até ao início do trabalho de parto.

Com base no guia do *National Institute for Health and Care Excellence* (2021), **é expectável um maior número consultas quando é a primeira gravidez**, uma vez que a mulher (e parceiro/a) pode ter mais dúvidas e experienciar maior ansiedade. Assim, permite-se uma monitorização mais regular e uma preparação progressiva para o parto e para a parentalidade. O número de consultas deve ser ajustado às necessidades de Saúde da mulher e do feto.

Os Cuidados Pré-Natais são, geralmente, realizados por **Médicos/as de medicina geral e familiar ou de ginecologia obstétrica e por Enfermeiros/as de Saúde Materna e obstetrícia.** No entanto, dependendo das necessidades da grávida, do feto e da família, pode existir um encaminhamento para outros profissionais, como, entre outros, **Psicólogos/as, Nutricionistas e Assistentes Sociais** – numa abordagem multidisciplinar e integrada.

A avaliação psicológica e apoio à Saúde Psicológica das mães e pais/cuidadores/as é uma oportunidade única que surge nos cuidados pré-natais. Considerando a ocorrência frequente de problemas de Saúde Psicológica durante o período pré-natal, faz sentido implementar rastreios que incluam as gestantes e os/as seus/suas companheiros/as (Chambers et al., 2022). Dessa forma, é possível identificar sinais precoces de risco, recaída ou agravamento de problemas de Saúde Psicológica, bem como sinalizar vulnerabilidades psicossociais, por exemplo, violência doméstica, consumo de substâncias, pobreza e outros stressores sociais (NICE, 2022; Reilly et al., 2022).

Ainda, a articulação com técnicos/as da área social pode orientar o **acesso a apoios sociais**, por exemplo, ao Abono de família pré-natal e, em certos casos, ao Subsídio por risco clínico durante a gravidez, contribuindo para a redução de fatores de stresse e para uma maior estabilidade financeira e emocional da mulher e da família, favorecendo, assim, o desenvolvimento saudável do feto.

Situações de Violência Obstétrica

As mães reconhecem os benefícios de Cuidados Pré-Natais de qualidade. Quando estão garantidas as condições de acessibilidade, segurança e privacidade, as mulheres sentem-se confortáveis para, durante as consultas pré-natais, transmitir preocupações, queixas, desconforto e dúvidas (Price & Caughey, 2020).

No entanto, **nem sempre as mães têm experiências positivas nos cuidados obstétricos**, sobretudo quando sentem que não são envolvidas no processo de tomada de decisão, quando não é permitido o envolvimento do/a companheiro/a no processo e quando existem interações

negativas com profissionais de Saúde (e.g., atribuição de culpa, condescendência). Os exemplos mencionados ilustram algumas formas de **Violência Obstétrica** que as mulheres relatam experienciar nos Cuidados Obstétricos, em geral, e nos Cuidados Pré-Natais, em particular (Larsson et al., 2016; Forssén, 2012).

A Violência Obstétrica refere-se a **situações em que profissionais de Saúde atuam de forma invasiva ou desrespeitosa sobre o corpo da mulher durante a gravidez, o parto ou o pós-parto, limitando a sua autonomia e autodeterminação** no tomar de decisões informadas sobre o seu corpo (International Planned Parenthood Federation, 2022).

Este tipo de violência pode incluir **práticas médicas desnecessárias** (e.g., cortes vaginais — episiotomias – ou indução do parto sem justificações clínicas), **uso de linguagem desrespeitosa** (e.g., gritar com a mulher; fazer comentários depreciativos ou culpabilizantes), ou a realização de **procedimentos sem consentimento** (e.g., toques vaginais sem pedir autorização; cesariana sem informar previamente). Além de afetar a experiência da mulher nos serviços de Saúde, constitui uma **violação dos seus direitos humanos**, incluindo do direito a cuidados de Saúde apropriados e dignos, à integridade física e, entre outros, à não-discriminação (United Nations General Assembly, 2019).

Como consequência de experienciar Violência Obstétrica, pode observar-se um **evitamento das consultas de rotina,** por medo de voltar a ser maltratada ou receber cuidados de fraca qualidade, um **agravamento do stresse psicológico** sentido pelas gestantes, entre outros impactos negativos que afetam as grávidas e os seus bebés (Simic et al., 2020; Tesfaye et al., 2023).

Dado este enquadramento, que reconhece os efeitos prejudiciais de cuidados de Saúde com baixa qualidade, compreende-se as **elevadas exigências e expectativas que são colocadas sobre os/as profissionais de Saúde**.

Além de bem informados/as do ponto de vista técnico e científico, as/os profissionais de Saúde devem ter uma **postura empática e cuidadosa na relação estabelecida com as gestantes e seus familiares**. Uma relação dialógica e de respeito mútuo entre todas as partes aumenta a eficácia da informação transmitida, o que, por sua vez, conduz a mais comportamentos pró-Saúde por parte das mães (Ferrari & Joisten, 2023).

A partilha de informação deve ser ajustada ao perfil e necessidades de cada gestante e deve ser apresentada de forma clara, compreensível e passível de ser aplicada no seu dia-a-dia. Mais, a informação transmitida é mais eficaz quando são usadas **estratégias de educação psicológica deliberada**, nas quais os/as Psicólogos/as são especialistas. A educação psicológica deliberada não se cinge à mera transmissão de informação, mas enfatiza fatores psicológicos associados à mudança comportamental, nomeadamente dimensões motivacionais, barreiras à mudança e crenças erróneas (Ferrari & Joisten, 2023).

Para se concretizar a promessa de cuidados obstétricos de qualidade, a comunicação não pode ser unidirecional. Por exemplo, a preparação do **plano de parto** – onde se registam preferências e expectativas da mulher relativamente ao trabalho de parto, parto e pós-parto (e.g., ter ou não

um/a acompanhante presente; utilização de métodos farmacológicos ou não-farmacológicos de alívio da dor; ter ou não visitas após o nascimento) – pode ocorrer de forma dialógica e continuada entre a grávida e os/as profissionais de Saúde (Bell et al., 2022).

Associados a este planeamento deliberado estão maiores sentimentos de respeito e autoeficácia experienciados pela mulher e companheiro/a, e uma comunicação mais satisfatória e frequente com os/as profissionais de Saúde (Migliorini et al., 2019).

2.3. O envolvimento dos pais durante a gravidez

Atualmente, os pais (ou cuidadores que assumem funções de parentalidade) estão mais ativamente envolvidos nos cuidados das crianças do que os seus próprios pais estiveram – **despendem entre 3 e 6 vezes mais tempo em cuidados parentais** (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2023b). Este envolvimento promove ganhos a três níveis: 1) facilita a transição para a paternidade; 2) contribui para a Saúde (Física e Psicológica) Materna e; 3) promove o desenvolvimento saudável do feto e, posteriormente, do/a bebé (Kotelchuck, 2021).

A transição para a paternidade inicia-se ainda antes do nascimento da criança. Durante a gravidez, os pais experienciam alterações hormonais, que têm por objetivo prepará-los para estabelecer uma relação carinhosa, sensível e responsiva com o/a bebé (Bakermans-Kranenburg et al., 2019). O período da gravidez é essencial para a promoção do envolvimento paterno e do desenvolvimento da relação pai-filho. Por exemplo, os pais que participam ativamente em consultas pré-natais apresentam maiores níveis de envolvimento durante os primeiros dois anos de vida do filho/a. Do mesmo modo, pais que apresentam atitudes mais positivas face ao/à bebé e interagem com os/as bebés durante a gravidez também revelam maior envolvimento no período perinatal, além de estarem mais bem preparados para compreender os seus comportamentos e identificar as suas necessidades (Buisman et al., 2022; Diniz et al., 2021).

Os pais podem envolver-se de diferentes formas. Através da **interação direta**, vão estabelecendo a relação com o/a bebé: falando, cantando ou massajando-o através da barriga da mãe (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2023a). E, de **forma indireta**, pelo apoio prestado à gravida, nomeadamente, suporte emocional, realização de tarefas domésticas, organização dos transportes de e para os cuidados de Saúde, contribuição para o pagamento de despesas de Saúde e domésticas (Daniele, 2021; Yargawa & Leonardi-Bee, 2015) – diminuindo, assim, fatores de stresse.

O envolvimento paterno durante a gravidez está associado a resultados positivos para a Saúde do/a bebé e das grávidas (Alio et al., 2010; Daniele, 2021; Yargawa & Leonardi-Bee, 2015):

- Minimiza o risco de baixo peso ao nascer (i.e., abaixo dos 2.500g) e nascimento prematuro;
- Diminui os riscos de morte durante o primeiro ano de vida;
- Reduz complicações obstétricas (e.g., anemia, pressão arterial crónica, eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta);
- Melhora o acesso a serviços de Saúde;

- Reduz os efeitos do stresse e depressão materna;
- Promove a adoção de comportamentos saudáveis durante a gravidez (e.g., alimentação equilibrada, atividade física).

Os pais envolvidos desde o período da gravidez são, tendencialmente, pais mais envolvidos na vida dos/as filhos/as ao longo de todo o ciclo de vida, assumindo mais responsabilidades de cuidado e educação (Makusha & Richter, 2018).

Se, por um lado, o envolvimento do pai pode contribuir positivamente para a experiência de gravidez da mulher e para o desenvolvimento do feto, por outro lado, uma reação negativa do progenitor à gravidez pode, em primeira instância, diminuir o desejo da mulher de ser mãe (Fischer et al., 1999). A longo prazo, **o baixo envolvimento paterno pode resultar em maior stresse materno, menor adesão a cuidados pré-natais e a comportamentos pró-saúde na gravidez** (Gipson et al., 2008). Estas consequências parecem ser moderadas pela rede de apoio social e financeira que a mulher tem disponível, bem como pelo seu desejo de ser mãe, independentemente dos constrangimentos relacionais (Kavanaugh et al., 2017).

Mesmo em situações em que os pais desejam envolver-se ativamente, **existem fatores sociais e estruturais que representam barreiras ao seu envolvimento.** Entre este fatores é possível destacar a qualidade da relação entre o casal (e.g., conflituosa), o efeito de crenças socioculturais quanto ao papel do pai (e.g., a gravidez como um "assunto de mulheres"), bem como a inexistência de políticas laborais e organizacionais (e.g., licença parental insuficiente ou inexistente; dificuldades em obter dispensa para acompanhar consultas; desvalorização da parentalidade masculina) que permitam uma maior presença e disponibilidade, física e psicológica, do pai no período de gravidez (Sayler et al., 2021).

Neste sentido, **o envolvimento dos pais durante a gravidez deve ser reconhecido e promovido como parte integrante dos Cuidados Pré-natais**. Inserido numa abordagem centrada na família, esse envolvimento exige práticas inclusivas e políticas públicas que facilitem a participação dos pais, contribuindo para uma parentalidade partilhada.

3. Parto – *O dia de nascimento do/a bebé*

A gravidez termina com o **parto**, sendo este um **processo fisiológico complexo que consiste na expulsão do feto do útero materno**, marcando o início da vida extrauterina do/a bebé e uma nova fase do desenvolvimento.

Ainda antes do nascimento propriamente dito, inicia-se o **trabalho de parto**, geralmente dividido em **três etapas** (Hutchison et al., 2025):

1) Dilatação do colo do útero

A primeira etapa consiste na progressiva dilatação do colo do útero até atingir cerca de 8-10 cm, permitindo a saída do/a bebé. Esta etapa inclui três fases: 1) **fase latente**, com contrações leves, espaçadas irregularmente no tempo e que resultam numa dilatação de cerca de 3 cm, podendo

ser impercetíveis e durar horas, dias ou mesmo semanas; 2) **fase ativa**, em que as contrações se tornam mais intensas e regulares (3 ou 4 minutos de separação), permitindo uma dilatação entre 3 e 7-8 cm; 3) **fase de transição**, em que as contrações se tornam mais intensas e prolongadas no tempo, ocorrendo a dilatação completa.

Estas fases podem ter durações variáveis. No entanto, alguns sinais demarcam a evolução da fase ativa e indiciam a possibilidade de parto iminente, como é o caso da **rutura da membrana amniótica** – vulgo, "rebentar as águas".

Em dadas situações clínicas, **pode ser necessário induzir o parto**. Esta decisão pode ser indicada, por exemplo, em casos de gravidezes prolongadas (mais de 41 semanas), complicações médicas maternas (e.g., hipertensão; diabetes) ou problemas de desenvolvimento fetal. A indução pode ocorrer **através de métodos farmacológicos** (e.g., administração de oxitocina) **ou mecânicos** (e.g., rutura artificial da membrana amniótica). Nestes casos, é essencial uma decisão informada e partilhada entre os/as profissionais de Saúde e a grávida, ponderando riscos e benefícios.

2) Nascimento do/a bebé

A segunda etapa corresponde ao parto propriamente dito e estende-se da dilatação total até ao nascimento do/a bebé, sendo caracterizada por contrações fortes e coordenadas que auxiliam o movimento de expulsão. Esta etapa **pode durar de alguns minutos a 1 ou 2 horas**, dependendo de diversos fatores, incluindo a posição do feto no útero, ser ou não o primeiro parto da mulher (o primeiro parto tende a ser mais longo) e, ainda, o tipo de parto (natural ou induzido). Normalmente, quando há indução do parto, o nascimento é mais demorado.

3) Expulsão da placenta

A terceira etapa corresponde à expulsão da placenta, **ocorrendo entre 5 e 30 minutos após o nascimento do/a bebé**, sendo acompanhada de contrações uterinas. Quando, neste período de tempo, a placenta não é expulsa espontaneamente, há o risco de hemorragia pós-parto, pelo que é necessária a remoção manual e eventuais intervenções médicas.

3.1. A experiência do parto

A experiência de parto é determinante para o desenvolvimento da identidade materna. Um **parto positivo** refere-se a uma experiência de parto em que a mulher se sente respeitada, segura, bem informada e envolvida nas decisões, manifestando-se em sentimentos de confiança, eficácia e realização quanto à maternidade (Leinweber et al., 2023). O parto positivo **estabelece uma base sólida para a relação saudável com o/a bebé** (Fenaroli et al., 2019).

Vários elementos contribuem para uma experiência positiva de parto: o respeito e a sensibilidade dos/as profissionais de Saúde nas diferentes etapas do trabalho de parto e imediatamente após o parto; a atenção prestada às necessidades e preferências individuais da parturiente; a preservação do sentimento de controlo sobre o processo, seja na tomada de decisões ou na possibilidade de delegar numa pessoa de confiança; a partilha contínua de informações claras e a reafirmação do consentimento ao longo do processo. Também a

presença e a participação ativa do/a companheiro/a são, geralmente, valorizadas pela parturiente e contribuem para a perceção positiva do parto (Olza et al., 2018; WHO, 2019).

Mesmo em partos que se prolongam além do previsto ou que enfrentam complicações médicas, os elementos acima descritos podem contribuir para uma perceção globalmente positiva da experiência (Royal College of Midwives, 2019).

No entanto, nem todas as experiências de parto são positivas. Entre 5 e 10% das mulheres percecionam o parto de maneira negativa, o que pode ocorrer por **diversos motivos**: tratamento inadequado ou procedimentos invasivos por parte das/os profissionais de Saúde (e.g., antipatia; episiotomia sem consentimento; discussão na preparação do parto; toques vaginais repetidos e dolorosos); desalinhamento entre as expectativas e a experiência real do parto, por exemplo, quanto à intensidade da dor sentida e à falta de apoio emocional e/ou de informação (sobre si e sobre o bebé), especialmente em momentos de dor ou medo (Carlhall et al., 2022).Em alguns casos, estas experiências podem configurar situações de violência obstétrica, com todas as consequências que isso acarreta.
Uma experiência subjetiva do parto marcada por sentimentos de invasão, perda de controlo, desrespeito e ansiedade extrema (associada ao medo de perder o bebé ou a vida) é o maior preditor de um **parto traumático** (Patterson et al., 2018). Esta experiência também pode contribuir para instabilidade na relação entre progenitores/as, nomeadamente através da atribuição de culpas ao companheiro/a pelos acontecimentos durante o parto (Ayers et al., 2006).

Os impactos de um parto traumático podem ser duradouros e dificultar os **cuidados prestados pela mãe e pelo pai ao bebé** (e.g., evitamento no contacto físico; dificuldades na amamentação; sentimentos de rejeição face ao bebé), beneficiando de apoio psicológico no pós-parto (Dekel et al., 2019; Garthus-Niegel et al., 2014).

Um dos fatores que pode influenciar significativamente a perceção da experiência de parto é o grau de **cumprimento do plano de parto**. A adesão a este plano, sempre que clinicamente possível, contribui para reforçar o sentimento de controlo, aumentar a satisfação e prevenir reações negativas face ao parto. Pelo contrário, o incumprimento do plano, sobretudo quando não é acompanhado de uma comunicação empática e clara, pode gerar sentimentos de desrespeito, frustração e perda de confiança, potenciando o impacto emocional negativo da experiência (Ghahremani et al., 2023; Shareef et al., 2023).

Neste sentido, o **apoio de Psicólogas/os no período pós-parto** pode ajudar as mães a processarem as suas experiências de parto, expressarem emoções negativas e a integrarem esta experiência na narrativa da gravidez e maternidade. Uma vez que a experiência do parto não impacta a mãe isoladamente, o pai ou companheiro/a deve ser incluído/a na intervenção psicológica para assegurar o bem-estar familiar (Delicate et al., 2017).

A par de tudo isto, importa reconhecer que, em Portugal, as grávidas enfrentam atualmente desafios estruturais adicionais à concretização de uma experiência de parto positiva. A **incerteza quanto à disponibilidade de profissionais de saúde** e ao **funcionamento pleno das maternidades** nos hospitais de referência pode ser uma fonte de preocupação para muitas

grávidas. **Constrangimentos nos serviços e a eventual necessidade de transferências de última hora** podem gerar sentimentos de insegurança e falta de controlo sobre um momento já emocionalmente exigente. Estas circunstâncias podem comprometer a perceção de segurança e o bem-estar, influenciando negativamente a experiência global de parto.

3.2. Situações de nascimento prematuro

Nem todos os bebés nascem quando o seu processo de desenvolvimento está completo. **Há um nascimento prematuro quando o bebé nasce antes das 37 semanas de gestação**, podendo ser moderadamente prematuro (37–32 semanas), muito prematuro (32–28 semanas) ou extremamente prematuro (menos de 28 semanas). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2023a), estima-se que cerca de **1 em cada 10 bebés nasça prematuramente**.

Existem vários motivos para um bebé nascer prematuro, incluindo, entre outros, infeções e complicações durante a gravidez, condições de Saúde Materna (e.g., hipertensão e/ou diabetes gestacional não controladas) e condições patológicas da placenta (WHO, 2023a). Ainda, a probabilidade de nascimento prematuro aumenta em casos de história de complicações gestacionais na família, gestação múltipla (i.e., gémeos), intervalos curtos entre gravidezes, consumo de substâncias psicoativas, situações de elevado stresse e, entre outros fatores de risco, a ausência de seguimento em Cuidados Pré-Natais (Requejo et al., 2013).

Por acontecer num momento em que os órgãos ainda se encontram em desenvolvimento, o nascimento prematuro está associado a um maior risco de mortalidade infantil, assim como a **défices e complicações que se podem perpetuar ao longo da vida**, incluindo ao nível respiratório, renal, cardíaco e, entre outros, do neurodesenvolvimento (e.g., défices cognitivos; paralisia cerebral; perturbações do espetro do autismo) (Morniroli et al., 2023). Quanto mais precoce o nascimento, maior a probabilidade de défices e complicações.

O nascimento de um bebé prematuro tende a ser emocionalmente exigente, sobretudo por ser inesperado e por interromper as expectativas e planos para o final da gravidez. Pode ainda implicar a indução do parto ou cesariana, bem como uma **separação física imediata** entre a mãe e o bebé, que é transferido para unidades de cuidados intensivos neonatais. Esta separação, aliada à preocupação com a sobrevivência e desenvolvimento do/a bebé, pode gerar sentimentos de **ansiedade, impotência, tristeza ou culpa** nos progenitores. Ainda, pode gerar **sentimentos ambivalentes** de felicidade pelo nascimento do/a bebé e de angústia pelas circunstâncias em que este ocorreu, condicionando a relação e os cuidados iniciais (Goutaudier et al., 2011).

Nestas circunstâncias, **o apoio psicológico e a promoção do contacto precoce entre a mãe e o bebé**, quando possíveis, são fundamentais para preservar o vínculo de cuidado, mitigando os impactos emocionais de uma experiência de parto potencialmente traumática (WHO, 2023a). Torna-se também crucial disponibilizar programas de Intervenção Precoce na infância que favoreçam a deteção precoce de dificuldades e a promoção de um desenvolvimento equilibrado, garantindo que todas as crianças e famílias beneficiam de condições adequadas de apoio e inclusão.

No cuidado a bebés prematuros/as, é fundamental monitorizar com regularidade parâmetros de crescimento (e.g., peso; altura) e de funcionamento orgânico (e.g., respiração; digestão; resposta neuromuscular), assim como rastrear sinais de alerta em áreas como a visão, a audição, a cognição ou a interação social, permitindo, desse modo, identificar precocemente eventuais dificuldades e promover intervenções adequadas às necessidades de desenvolvimento do/a bebé (Morniroli et al., 2023).

Um nascimento precoce associa-se também a **maiores despesas de Saúde** e, especialmente em famílias com baixos rendimentos, a consequentes dificuldades financeiras e emocionais. Por essa razão, é fundamental assegurar medidas de apoio social financeiro e psicológico dirigidas às famílias em situação de maior risco socioeconómico, de modo a reduzir o impacto da prematuridade nas oportunidades de desenvolvimento da criança e na estabilidade familiar (Parker et al., 2022).

4. Período Pós-Natal – *Os primeiros tempos após o nascimento*

O parto marca a passagem do período pré-natal para o período pós-natal. Este período é caracterizado por adaptações quer do recém-nascido/a ao mundo extrauterino, quer dos/as cuidadores/as às novas exigências físicas, emocionais e relacionais da parentalidade.

A estimulação sensorial (e.g., temperatura diferente, luzes e sons desconhecidos) pode fazer com que o bebé se sinta assustado/a e desconfortável, procurando instintivamente a segurança das figuras parentais – geralmente, a mãe e o pai (Leach, 2010).

De modo a ter as suas necessidades atendidas – quer de conforto ou fome – o bebé recorre ao choro para comunicar. **O choro é a principal forma de comunicação do/a bebé**, sendo um marcador que permite aos/às cuidadores/as saber se as necessidades do/a bebé estão satisfeitas (Carollo et al., 2023).

Os primeiros tempos após o nascimento do/a bebé podem ser uma experiência assoberbante para a mãe, pai ou outros/as cuidadores/as. **A transição para a parentalidade é uma experiência emocionalmente intensa**, especialmente para famílias a viver o nascimento do/a primeiro/a filho/a. Os/as progenitores/as tendem a **sentir satisfação, amor e orgulho face ao bebé,** mas, também lidam, pela primeira vez, com o desafio de atender às necessidades de um bebé que exige atenção constante. **A tensão, ansiedade e o cansaço são reações frequentes neste período**, uma vez que a satisfação das necessidades do/a bebé implica um sentido de responsabilidade e de urgência quase permanentes, coincidindo estes cuidados com os tempos de descanso e sono dos/as progenitores/as.

A exigência de cuidar de um bebé também depende do seu temperamento – isto é, do seu comportamento inato na interação com o ambiente à sua volta, nomeadamente a sua reatividade emocional, ou seja, a intensidade com que responde a estímulos e a facilidade com que expressa e regula as suas emoções (Planalp & Goldsmith, 2020).

O temperamento do/a bebé manifesta-se no seu humor (e.g., ser mais ou menos sorridente, chorão, paciente ou curioso), na expressão de emoções (e.g., choro mais ou menos intenso), na facilidade em regular-se com as respostas parentais (e.g., acalmar-se ao colo) na duração e regularidade do sono (e.g., dormir períodos prolongados ou curtos) e na adaptação a novas rotinas ou estímulos (e.g., mudanças de fralda; banho; visitas de terceiros).

O temperamento engloba diferentes traços comportamentais. Neste sentido, todos os bebés apresentam características, mais ou menos vincadas, de (McMullen, 2013):

- **Atividade.** O bebé tende a ser mais ativo e agitado ou, em sentido contrário, tende a ser mais calmo e relaxado.
- **Ritmo.** As funções corporais (e.g., sono, fome, evacuação) são mais regulares e previsíveis no tempo ou são mais erráticas e imprevisíveis.
- **Humor.** Na maior parte do tempo, o bebé tende a estar animado/satisfeito/curioso ou tende a estar desconfortável/frustrado/assustado.
- **Aproximação/retraimento**. O bebé procura e ajusta-se facilmente a novas pessoas e experiências ou tende a ficar frustrado, preferindo ser retirado e ficar junto da mãe/pai ou cuidador/a.
- **Adaptabilidade.** O bebé ajusta-se facilmente a mudanças e transições ou tende a resistir (e.g., chora perante a introdução de novos alimentos, mudança de fralda ou nova rotina).
- **Intensidade.** O bebé expressa-se de forma intensa, quer quando experiencia satisfação (e.g., riso) ou insatisfação (e.g., choro), ou responde de forma menos expressiva às situações.
- **Persistência**. O bebé mantém-se numa tarefa mesmo quando é difícil ou, no extremo oposto, tende a desistir facilmente.
- **Capacidade de distração**. O bebé distrai-se facilmente (e.g., através do colo; da brincadeira) ou tende a bloquear estímulos externos e preservar os seus estados internos.
- **Limiar de estimulação**. O bebé fica muito incomodado com estímulos (e.g., barulhos, luz, determinadas texturas) ou tende a tolerar diferentes tipos de estímulos.

O temperamento é a base do desenvolvimento da personalidade (Tang et al., 2020), também influenciada pelo comportamento das mães e dos pais e de como estas/es, tendo em conta as reações do próprio bebé, interagem com ele/ela. Por exemplo, um bebé que chora com facilidade pode levar os pais a adotarem comportamentos mais protetores, enquanto um bebé mais calmo e previsível pode suscitar interações mais descontraídas. Ainda, bebés mais reativos no que respeita ao choro exigem maior disponibilidade emocional e autorregulação por parte dos/as cuidadores/as, influenciando o seu bem-estar (Nelson et al., 2014).

Ainda que relativamente estável durante a infância, o temperamento pode alterar-se com as progressivas interações com os/as cuidadores/as. No que respeita aos seus determinantes, não é possível afirmar com certezas que as experiências e comportamentos pré-natais influenciam o temperamento do/a bebé. Ainda assim, algumas evidências apontam que, por exemplo, o consumo de substâncias psicoativas durante a gravidez, inclusivamente de tabaco, pode resultar num temperamento mais agitado e irritável (Takegata et al., 2021).

O período pós-natal pode ser um período desafiante para os/as cuidadores/as, sobretudo quando o bebé manifesta um temperamento desafiante, intenso e com ritmos irregulares.

Neste sentido, o papel dos profissionais de Saúde – incluindo dos/as Psicólogos/as – é importante para transmitir tranquilidade, suporte emocional e prático, salvaguardando o bem-estar da mãe e da família durante este período de aprendizagem e adaptação.

4.1. Vinculação cuidador/a – bebé

O período pós-natal é também marcado pelo estabelecimento de vínculos afetivos. Estes **primeiros vínculos são a espinha dorsal do desenvolvimento do/a bebé**, sendo, por isso, uma prioridade máxima desta fase do desenvolvimento (WHO, 2018).

A **vinculação** é um **processo dinâmico que envolve uma relação de proximidade emocional entre o bebé e os/as seus/suas cuidadores/as**. Esta relação resulta da qualidade das interações e está associada ao temperamento do/a bebé e à satisfação de necessidades progressivamente mais complexas (e.g., de segurança, afeto, suporte, estimulação, autonomia, etc.) durante a infância.

Os padrões repetidos de interação moldam os **estilos de vinculação** – isto é, padrões relativamente estáveis de relação com os outros/as, que se refletem na forma como uma pessoa procura satisfazer as suas necessidades emocionais e de segurança, na forma como reage quando estas não são satisfeitas e nas expectativas que desenvolve em relação à disponibilidade e responsividade das outras pessoas significativas (e.g., cuidadores/as; amigos; parceiros/as amorosos/as). Por tal motivo, e por se estruturarem na infância, os estilos de vinculação são determinantes para o desenvolvimento socioemocional a longo prazo (Fearon et al., 2010).

É possível, ainda que de uma forma simplificada, fazer-se uma distinção entre a **vinculação segura e a vinculação insegura**. Estes dois tipos de vinculação influenciam, em sentidos opostos, a forma como a criança regula as suas emoções, estabelece relações sociais, explora o ambiente e constrói a sua autoestima ao longo do desenvolvimento.

Estima-se que 1 em cada 2 crianças (52%) desenvolva uma relação de vinculação segura com os/as seus/suas cuidadores/as (Madigan et al., 2023). Estas crianças tendem a experienciar interações com cuidadores/as afetuosos/as, capazes de responder de forma contingente e consistente às suas necessidades de conforto e apoio (Fearon et al., 2010).

Estimativas globais indicam que **48% das crianças vivem uma relação de vinculação insegura** com os/as seus/suas cuidadores/as (Madigan et al., 2023). Estas crianças tendem a vivenciar experiências repetidas de rejeição, negligência das suas necessidades ou cuidados inconsistentes (Fearon et al., 2010).

É possível **identificar três estilos de vinculação insegura**, nomeadamente: **1) vinculação insegura evitante** (15% das crianças) - a criança evita o contacto e parece não procurar consolo, mesmo perante situações de stresse; **2) vinculação insegura resistente** (ou ambivalente; 10% das crianças) - ainda que procure proximidade, a criança revela-se difícil de consolar, tendo comportamentos contraditórios, e; **3) vinculação desorganizada** (23%) - a criança apresenta comportamentos confusos e desorientados (e.g., aproxima-se com medo; não interage ou adota

expressões vazias), geralmente associados a experiências precoces adversas de abuso, negligência ou trauma (Madigan et al., 2023).

Considerando os diferentes estilos, a investigação demonstra, consistentemente, que **a vinculação segura está positivamente relacionada com melhores indicadores de Saúde e desenvolvimento**, nomeadamente melhores desempenhos cognitivo e de linguagem, competências socioemocionais mais robustas, menos problemas de externalização (i.e., comportamentos de agressividade e antissociais) e menos problemas de Saúde Psicológica na vida adulta (Deneault et al., 2023; Goh et al., 2016; Zhang et al., 2022).

O parto traumático pode ser um fator de risco para a vinculação. Por exemplo, quando o parto é traumático, a mãe pode rejeitar inicialmente o/a recém-nascido/a e, com o tempo, pode desenvolver atitudes e comportamentos de sobreproteção ou de evitamento do/a bebé. Por exemplo, a mãe pode ignorar o choro do/a bebé, inibir comportamentos exploratórios, bem como restringir a aproximação de outras pessoas, incluindo do/a parceiro/a. Estas interações podem refletir-se no desenvolvimento de um **estilo de vinculação inseguro** (Patterson et al., 2018).

A vinculação às figuras parentais/de cuidado acontece independentemente das configurações familiares. O desenvolvimento infantil e do estilo de vinculação não parece depender da estrutura familiar, mas sim da Saúde Psicológica dos/as cuidadores/as e da qualidade da relação bebé-cuidador/a. O/A cuidador/a pode ser a mãe/pai, mas também podem ser dois homens ou duas mulheres. A investigação é clara neste ponto: a vinculação das crianças é tão saudável em casais heterossexuais como em famílias homoparentais (Imrie & Golombok, 2020).

Alguns dos comportamentos que reúnem maiores evidências no estabelecimento da vinculação entre progenitores/as e recém-nascidos são o *contacto pele a pele* e a *amamentação*. Estes reforçam a conexão emocional entre a/o bebé, mãe e pai, beneficiando o desenvolvimento socioemocional e cognitivo da criança (WHO, 2017; Norholt, 2020). Estas práticas são recomendadas internacionalmente pelas mais variadas organizações, destacando-se a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017) e a Academia Americana de Pediatria (2012).

Numa nota prévia à explicação dos benefícios da amamentação e do contacto pele a pele, importa sublinhar que **não existe um só caminho para uma vinculação segura**. Nas situações em que as práticas recomendadas não são possíveis ou desejadas – seja por escolha pessoal da mãe, dificuldades médicas do/a bebé ou da mãe, ou outros motivos – existem outras formas de nutrir relações de vinculação saudáveis.

Por exemplo, o cuidado atento e responsivo às necessidades da/o bebé, independentemente de ser por meio de amamentação ou outras interações, como a **alimentação com biberão feita de forma carinhosa e presente**, servem, de igual modo, para estabelecer um vínculo seguro. Noutro exemplo, mesmo em situações de nascimento prematuro com necessidade imediata de cuidados intensivos, continua a ser possível fazer **contacto pele a pele quando o estado de Saúde do/a bebé estabiliza**, dias ou semanas após o nascimento.

Contacto pele a pele

O contacto pele a pele, imediatamente após o parto, caso o bebé e a mãe não necessitem de cuidados específicos de urgência, é uma **prática recomendada para promover um desenvolvimento saudável e uma vinculação segura**. Após o nascimento, colocar o bebé em contacto com a pele da mãe, encostado ao peito ou abdómen, durante, pelo menos, uma hora, ajuda a estabilizar os parâmetros vitais e facilita a regulação fisiológica do recém-nascido/a (Leach, 2010; WHO, 2017).

O contacto físico fomenta a relação entre a mãe e o/a recém-nascido. A mãe tende a experienciar o aumento de hormonas maternas, enquanto interage com o/a bebé e sente o seu cheiro. O/A bebé, em proximidade física com a mãe, começa a sentir-se mais calmo, pelo contacto com os sons, cheiros e toque familiares, entrando num estado de relaxamento importante para a recuperação pós-parto. Fruto desta proximidade, o/a bebé procura alimentar-se e a mãe pode estar mais disposta a amamentar (Norholt, 2020; WHO, 2017).

Algumas evidências do contacto pele a pele (também denominado de 'método canguru') indicam que **aumenta a probabilidade de a mãe conseguir amamentar no pós-parto, de ter períodos mais longos de amamentação** e, assim, fazer aleitamento materno exclusivo desde a alta hospitalar até seis meses depois do nascimento. Por seu lado, o bebé em contacto pele a pele beneficia de **maior proteção contra infeções, crescimento otimizado e melhores índices fisiológicos** (Moore et al., 2016; WHO, 2017).

Uma outra vantagem deste método, é a de reforçar a Saúde Psicológica dos/das recém-nascidos/as e das mães. Numa série de estudos onde se acompanharam bebés prematuros/as durante 10 anos e se comparou um grupo de recém-nascidos/as em contacto pele a pele com um outro grupo sem esse contacto com as progenitoras, o primeiro grupo demonstrou uma melhor interação mãe-bebé, maior desenvolvimento de funções executivas e de atenção, assim como, a longo prazo, competências superiores de regulação do stresse e de tolerância à frustração (Feldman et al., 2002; Feldman et al., 2014).

O contacto pele a pele é, assim, um fator protetor contra problemas de Saúde Psicológica materna no pós-parto, acelerando também a recuperação do corpo após o nascimento do/a bebé, promovendo comportamentos parentais afetivos e, ainda, reforçando uma identidade materna positiva. Em suma, esta prática contribui para o estabelecimento de relações de vinculação seguras (Bigelow et al., 2012; Cooijmans et al., 2022) e promove o desenvolvimento de bebés que nasceram prematuros (Boundy et al., 2016).

Mais recentemente, têm-se acumulado evidências que apontam para a necessidade de **envolver os pais, ou outros/as cuidadores/as, no contacto pele a pele**, uma vez que pode ajudar os pais a sentirem-se mais calmos/as na presença do/a bebé, a construírem uma identidade paterna positiva e a interagir de forma mais afetuosa e confiante com o recém-nascido/a – facilitando a o estabelecimento de uma vinculação segura (Dong et al., 2022a; Dong et al., 2022b).

Amamentação

O aleitamento materno é indiscutivelmente a melhor fonte de nutrição para recém-nascidos/as. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2023b) recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, destacando o seu papel na proteção contra diversos problemas de Saúde que afetam tanto a mãe quanto o/a bebé.

Após os seis primeiros meses de vida, é aconselhado introduzir alimentos complementares apropriados (e.g., papa de cereais sem adição de açúcar, purés de legumes, fruta esmagada), mantendo a amamentação **até aos dois anos de vida ou mais, quando assim é possível e desejado pela mãe e pelo/a bebé** (WHO, 2023b). Outra prática recomendada, e que é facilitada pelo contacto pele a pele, é o primeiro aleitamento materno ocorrer na primeira hora de vida do/a bebé (WHO, 2017).

Ainda na maternidade, as/os profissionais de Saúde são um dos principais suportes na iniciação da amamentação, partilhando técnicas e posições facilitadoras, assim como assegurando a existência de um ambiente acolhedor. No entanto, é **o progenitor ou companheiro/a a principal fonte de apoio da mãe na adoção do aleitamento materno exclusivo** durante todo o período da amamentação, trazendo contributos importantes como apoio emocional (e.g., encorajamento; demonstração de afeto) e prático (e.g., assumir mais tarefas domésticas; garantir conforto durante a amamentação) (Roberts et al., 2023).

As vantagens da amamentação transcendem a nutrição: é uma interação profundamente íntima que fortalece o vínculo entre a mãe, o pai/figura parental e o/a bebé. Durante a amamentação, o contacto físico frequente, a atenção prolongada e a sintonia com as necessidades e estados emocionais do/a bebé são aspetos que promovem uma relação de vinculação segura (Linde et al., 2020). Outros benefícios, nomeadamente, a nível do desenvolvimento cognitivo (e.g., melhor capacidade de memorizar; quocientes mais elevados de inteligência) e socioemocional (e.g., menos comportamentos de agressividade, mais otimismo) têm sido reportados por estudos que se focam em crianças com aleitamento materno exclusivo (Krol & Grossoman, 2018).

No caso de **bebés que nasceram prematuros/as**, a alimentação através de leite materno é um dos cuidados que, a longo prazo, contribui para uma melhor trajetória de desenvolvimento.

Embora as evidências sobre o impacto da amamentação na Saúde Psicológica ainda não sejam conclusivas, há indicações de **que pode atuar como um fator protetor para a Saúde Psicológica das mães e bebés** (Bugaeva et al., 2023).

4.2. Problemas de Saúde Psicológica no pós-parto

O **período pós-parto**, também conhecido como **puerpério**, abrange as **semanas e meses seguintes ao nascimento do/a bebé**. É um tempo de grandes mudanças e adaptações para a mãe, pai e/ou outros/as cuidadores/as. Pese embora seja uma fase frequentemente associada a alegria e descobertas, é, também, não raras vezes, um período de desafios significativos,

durante o qual problemas relacionados com a Saúde Psicológica podem surgir com maior intensidade.

Os problemas de Saúde Psicológica no pós-parto são comuns e podem afetar o bem-estar da mãe, do pai, e/ou de outros cuidadores/as, condicionando negativamente a dinâmica familiar e o desenvolvimento do/a bebé (Meltzer-Brody et al., 2018).

Vários são os fatores que podem agravar o risco da mulher (e do/a parceiro/a) desenvolver um problema de Saúde Psicológica pós-natal, constando entre estes, por exemplo, ter vivido com um problema de Saúde Psicológica prévio à gravidez e/ou ao parto, não ter tido apoio durante a gravidez, ter vivido um parto traumático e, entre outros, viver em situação de vulnerabilidade socioeconómica (Meltzer-Brody et al., 2018).

Durante o puerpério, destaca-se o surgimento de problemas de Saúde Psicológica que, na sua maioria, são situações de **depressão e ansiedade pós-parto**, mas que também podem ser perturbações de stresse pós-traumático, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de humor e psicose pós-parto. **As maiores consequências dos problemas de Saúde Psicológica no pós-parto recaem sobre as mães e sobre os/as bebés** (Meltzer-Brody et al., 2018)**.**

A **depressão pós-parto** é um dos problemas mais prevalentes, estimando-se que afeta 13% das mães no primeiro ano após o nascimento. Além da depressão, a **ansiedade pós-parto** é outro dos quadros com maior prevalência, influenciando cerca de 10% das mães. Estes problemas de Saúde Psicológica não devem ser confundidos com os denominados "*baby blues*", período passageiro (i.e., duração de ≤2 semanas) com sintomas de ansiedade ou depressão que se resolvem espontaneamente e sem sequelas. No caso das mães, a **ideação suicida** provocada por perturbações do humor (e.g., perturbação depressiva, perturbação bipolar), pode resultar no suicídio materno, uma das principais causas de mortalidade materna após o parto. É ainda importante notar que os problemas de Saúde Psicológica no puerpério estão relacionados com problemas desenvolvimentais e problemas de vinculação no primeiro ano de vida (Meltzer-Brody et al., 2018).

Estas dificuldades também afetam o pai (ou parceiro/a ou cuidador/a principal). Por exemplo, **calcula-se que cerca de 8,4% dos pais possa desenvolver depressão no pós-parto e entre 2,4%-18% possa ter ansiedade pós-parto** (Fisher et al., 2021). Sabe-se ainda que, quando há um nascimento prematuro, existe maior probabilidade de os/as progenitores, mães e pais, experienciarem dificuldades de Saúde Psicológica (Goutaudier et al., 2011).

À semelhança das recomendações para o período pré-natal, também no período pós-natal devem ser realizados **rastreios à Saúde Psicológica**. As evidências acerca destes rastreios psicológicos demonstram que são eficazes em sinalizar situações de risco para a Saúde e vulnerabilidade psicossocial, prevenir comportamentos suicidários, encaminhar para apoios especializados e ativar redes de suporte familiar. As mães que, durante o rastreio, forem identificadas com sinais de problemas de Saúde Psicológica devem beneficiar de uma avaliação psicológica e respetiva intervenção adequada, seja esta psiquiátrica e/ou psicológica (Meltzer-Brody et al., 2018; NICE, 2020).

Ainda a propósito do rastreio psicológico, a **inclusão dos pais ou cuidadores/as nestas avaliações é fundamental para assegurar o bem-estar materno-infantil, tal como o bem-estar paterno**. Assim como as dificuldades de Saúde Psicológica das mães se relacionam com o desenvolvimento infantil, também as dificuldades experienciadas pelos pais se relacionam com a maior ou menor qualidade das interações e com a (in)disponibilidade em partilhar os cuidados do/a bebé com a mãe (Fisher et al., 2021; Stewart & Vigod, 2019).

5. O Primeiro Ano de Vida – *365 dias de confiança e iniciativa*

No primeiro ano de vida, **o bebé precisa de se sentir seguro e de experienciar o ambiente à sua volta como confiável**. Para tal, precisa que as suas necessidades sejam satisfeitas de forma previsível e atempada por cuidadores/as responsivos/as – se está com fome, alimentam-no; se está assustado, acalmam-no; se está desconfortável, procuram responder ao estímulo de desconforto (McMullen, 2013).

O bebé é um agente ativo, que procura comunicar e explorar o mundo. Mesmo que ainda não tenha um sentido de si delimitado, desde que nasce, o bebé encontra-se pronto para interagir ativamente com o ambiente à sua volta. Esta interação é mediada pelo seu temperamento (incluindo o seu nível de atividade, humor, intensidade e sensibilidade a estímulos) e pelas competências parentais dos pais e mães – os/as quais tentam compreender (muitas vezes, por tentativa e erro) o que o choro e outras reações emocionais significam em termos de necessidades (Planalp & Goldsmith, 2020).

O estabelecimento de um **sentido de confiança** (por oposição a um sentido de desconfiança) é fundamental nesta fase do desenvolvimento. É este sentido de confiança – que se associa a uma vinculação segura (Thompson, 2001) – que permitirá ao bebé sentir-se suficientemente protegido e suportado para explorar, comunicar e desenvolver a sua autonomia. Quando tal não acontece, o bebé pode tornar-se mais ansioso, retraído ou hipervigilante, o que tem potenciais consequências negativas no seu desenvolvimento emocional, cognitivo e relacional.

Neste sentido, entre os últimos meses do primeiro ano de vida e o final dos primeiros 1000 dias, é expectável que o bebé **sinta maior autonomia e procure uma maior exploração multissensorial**, utilizando tudo à sua volta para experienciar, compreender e construir significados sobre as coisas e as pessoas que o rodeiam.

De forma a **desenvolver um sentido de iniciativa e competência** em diferentes tarefas (e.g., comer sozinho; comunicar melhor o que precisa; gatinhar), é necessário que os/as cuidadores/as facilitem e encorajem tentativas de aprendizagem. Tal acontece, ainda que de forma mais ou menos explícita, **através do espelhamento** (i.e., o/a pai/mãe reflete verbalmente ou através do corpo o que o bebé parece estar a sentir ou a querer), da **atenção conjunta** (i.e., partilham o foco de atenção com o bebé, como apontar e nomear objetos que ambos estão a observar) e da **modelagem** do comportamento (i.e., realizam ou demonstram como realizar uma ação, promovendo a imitação) (e.g., Draper et al., 2024; Van Hecke et al., 2007).

Este processo de desenvolvimento do/a bebé (e que se estende ao longo da vida), que lhe permite conhecer e interagir de formas mais complexas com o ambiente, ocorre através de **mecanismos de assimilação e acomodação** – ou seja, pela capacidade de incorporar novas experiências nos esquemas mentais existentes ou de os ajustar para compreender melhor aquilo que é novo (McMullen, 2013).

5.1. Marcos desenvolvimentais dos 0 aos 12 meses

Cada bebé desenvolve-se a um ritmo único, aprendendo a comunicar, a mover-se, a brincar e a explorar o ambiente ao seu redor de diversas formas, cada vez mais complexas.

Apesar de existir **variação entre bebés**, podemos identificar **marcos que representam o padrão de desenvolvimento esperado em determinadas idades**. Estes marcos, observáveis tanto por profissionais como pelos progenitores/as, indicam competências que a maioria das crianças (75%) adquire em determinada idade (Zubler et al., 2022).

Antes de descrever os diferentes marcos desenvolvimentais, é possível categorizá-los em **quatro domínios** alargados (CDC, 2024a):

- ***Socioemocional.*** Relaciona-se com a interação social e o estabelecimento de vínculos afetivos, incluindo-se competências de expressão e regulação emocional, por exemplo, imitar as expressões do/a cuidador/a, sorrir em resposta a estímulos, demonstrar preferência por figuras familiares ou expressar desconforto perante estranhos.

- ***Linguagem/Comunicação.*** Envolve a expressão das suas necessidades, a partilha de estados internos e a compreensão do que lhe é dito, seja, por exemplo, através de balbucios, vocalizações, gestos, da reação ao ouvir o próprio nome, da fala ou, simplesmente, da execução de instruções dirigidas a si.

- ***Cognitivo.*** Refere-se à capacidade de aprendizagem, resolução problemas e compreensão do mundo à sua volta, envolvendo competências de atenção, memória, exploração ativa, perceção de relações de causa-efeito (e.g., carregar num botão faz soar um som) e, por exemplo, a noção de permanência dos objetos (e.g., algo continua a existir mesmo quando não está visível).

- ***Físico/Movimento.*** Respeita à capacidade de usar o corpo para realizar diversas ações e movimentos, associando-se a competências de motricidade grossa e fina, por exemplo, controlar a cabeça, sentar-se, gatinhar, andar, segurar objetos, usar as mãos com precisão.

Alguns marcos são transversais a múltiplos domínios. Por exemplo, brincar ao faz de conta, como fingir dar de comer a um boneco, é, na mesma medida, uma competência **socioemocional** (pela imaginação social envolvida) e **cognitiva** (pelo uso de símbolos e sequências). Ainda, seguir instruções como "dá o brinquedo à mãe", envolve **linguagem** (compreensão verbal) e **cognição** (processamento de regras e intenção). Estes exemplos ilustram como o desenvolvimento é um processo integrado, com várias dimensões a evoluírem de forma interligada (CDC, 2024a).

Para monitorizar o desenvolvimento, o primeiro ano de vida pode ser dividido em **quatro períodos:** 0-3 meses; 4-6 meses; 7-9 meses; 10-12 meses.

0-3 meses

Nos primeiros três meses de vida, os bebés começam a explorar o mundo de forma gradual. Entre os 0-3 meses o bebé pode começar a (CDC, 2024b):

Socioemocional

- Sorrir, quer em resposta aos sorrisos dos/as cuidadores/as, quer a provocar ativamente o sorriso nestes/as.
- Acalmar-se quando lhe pegam ao colo ou falam com ele/a.
- Olhar para o rosto dos/as cuidadores/as.
- Parecer satisfeito ao ver uma pessoa conhecida aproximar-se.

Linguagem/Comunicação

- Fazer sons diferentes além do choro.
- Reagir a sons altos.

Cognitivo

- Observar o movimento das pessoas.
- Olhar para um brinquedo durante vários segundos.
- Seguir objetos com o olhar.

Físico/Movimento

- Levantar a cabeça e peito quando deitado de barriga para baixo.
- Abrir e fechar as mãos e levar as mãos à boca.
- Agarrar objetos com as mãos.
- Mover ambos os braços e pernas.

4-6 meses

Nesta fase do desenvolvimento, os/as bebés estão a aprender a manipular o mundo à sua volta com recurso particular às suas mãos. Entre os 4-6 meses é provável que consigam (CDC, 2024c; CDC, 2024d):

Socioemocional

- Sorrir para chamar a atenção.
- Rir-se quando alguém tenta fazê-los/as rir ou em resposta a outras interações.
- Olhar para as pessoas, mexer-se ou fazer sons para chamar/manter a atenção.
- Ficar ansioso/a quando os/as cuidadores/as desaparecem do seu campo de visão (ansiedade de separação).

- Reagir quando o/a cuidador/a vai embora (pedindo colo ou chorando).

Linguagem/Comunicação

- Balbuciar sons como *"oooh"* e *"aaah"*.
- Emitir sons como resposta a interações sociais.
- Interagir com outras pessoas fazendo sons e respondendo à voz.
- Meter a língua para fora e soprar.
- Fazer barulhos agudos.

Cognitivo

- Se estiverem com fome, abrir a boca quando vê o peito ou o biberão.
- Observar as próprias mãos com interesse.
- Colocar objetos na boca para explorá-los.
- Fechar a boca para mostrar que não quer mais comida.

Físico/Movimento

- Suster a cabeça sem apoio quando os/as cuidadores/as os/as pegam ao colo.
- Agarrar objetos e manejá-los com as suas mãos (e.g., brinquedos).
- Empurrar-se para cima, apoiando-se nos cotovelos/antebraços quando está de barriga para baixo.
-
- Sentar com apoio.
- Rebolar da barriga para as costas.
- Apoiar-se nas mãos para se sentar.

7-9 meses

Durante esta fase, as crianças começam a desenvolver uma maior autonomia, exploram e interagem de forma mais ativa e intensa com os/as cuidadores/as. Nesta fase, espera-se que o/a bebé seja capaz de (CDC, 2024e; Shaw, 2024):

Socioemocional

- Bater palmas e fazer brincadeiras como esconde-esconde.
- Mostrar timidez ou receio ao pé de pessoas estranhas (ansiedade face a estranhos).
- Mostrar diferentes emoções (e.g., felicidade, medo, nojo) através das suas expressões faciais.
- Olhar quando chamam o seu nome.

Linguagem/Comunicação

- Produzir sons e sílabas repetidas (e.g., ba-ba, da-da), imitando o tom e o ritmo da fala dos adultos/as.
- Usar o balbucio, expressões faciais e gestos (como erguer os braços) para comunicar intenções e procurar interação..

Cognitivo

- Responder a palavras que são familiares (por exemplo, o próprio nome), reconhecendo e associando sons a pessoas ou objetos conhecidos.
- Procurar objetos quando estes desaparecem da sua vista (e.g., uma colher ou um brinquedo).
- Bater dois objetos um contra o outro, na expectativa de uma consequência.

Físico/Movimento

- Impulsionar-se com o rabo ou rastejar com a barriga no chão (arrastar-se de barriga no chão usando os braços e as pernas). Por fim, começam a gatinhar da forma tradicional. Alguns bebés não passam pela fase de gatinhar, saltando do impulso com o rabo para o andar.
- Ficar em posição sentado/a sem ajuda.
- Mudar objetos de uma mão para a outra.
- Levantar-se para a posição em pé.
- Usar os dedos para empurrar a comida na sua direção.

10-12 meses

No final do primeiro ano, os bebés exibem maior independência e competências motoras mais avançadas. Nesta fase, estão a aprender, entre outros exemplos, a (CDC, 2024f; Shaw, 2024):

Socioemocional

- Chamar a atenção apontando para os objetos que desejam.
- Brincar ao "faz de conta" imitando os/as progenitores/as ou usando corretamente objetos, por exemplo, fingir que fala ao telemóvel.

Linguagem/Comunicação

- Balbuciar "mamã" e/ou "papá" ou outra palavras que identificam um/a cuidador/a conhecido/a, além de também poderem referir objetivos ou animais.
- Faz "adeus" com as mãos.
- Compreender o "Não" (parando quando o/a cuidador/a o diz).

Cognitivo

- Colocar objetos em contentores (e.g., um bloco num copo).
- Procurar objetos para os esconder (e.g., um brinquedo debaixo de um cobertor).

Físico/Movimento

- Fazer força para levantar-se.
- Movimentar-se ou andar apoiados/as enquanto se seguram em móveis.
- Dar os primeiros passos.
- Beber de um copo.

- Apanhar coisas com recurso ao dedo indicador e dedo polegar (movimento de pinça), por exemplo, comendo sozinho pequenos pedaços de comida.

É natural que **diferentes bebés atinjam os marcos desenvolvimentais em ritmos ligeiramente diferentes**. Ainda que certos marcos possam não ser alcançados no intervalo previsto, tal não significa necessariamente um problema do desenvolvimento. No entanto, justifica-se uma observação mais cuidadosa quando existe um **atraso acentuado** (i.e., quando o bebé não apresenta marcos esperados para a sua idade, especialmente em vários domínios e/ou com alguns trimestres de desvio). Nessas situações é necessária a avaliação de um/a Médico/a pediatra e o eventual encaminhamento para profissionais especializados na infância, incluindo, Psicólogos/as ou Terapeutas da fala.

No caso de bebés prematuros, é recomendado avaliar o seu desenvolvimento com base na idade corrigida — ou seja, a idade calculada a partir da data prevista para o parto e não da data efetiva de nascimento. Para calcular a idade corrigida, subtrai-se o número de semanas em que o bebé nasceu antes das 40 semanas de gestação à sua idade cronológica. Por exemplo, se um bebé nasceu com 32 semanas (ou seja, 8 semanas antes do expetável), e hoje tem 6 meses (24 semanas) de vida, a sua idade corrigida será de 4 meses (16 semanas).

Esta correção deve ser **considerada pelo menos até aos 24 meses de idade**, uma vez que é comum que bebés prematuros atinjam alguns marcos de desenvolvimento mais tarde do que os bebés nascidos no termo expectável. A idade corrigida permite uma monitorização mais adequada, facilitando a identificação precoce de dificuldades associadas a problemas do (neuro)desenvolvimento (National Guideline Alliance, 2017).

Neste sentido, é essencial monitorizar o progresso com base nesse ajustamento temporal. O acompanhamento próximo e intervenções precoces, quando indicadas, são fatores-chave para garantir uma trajetória de desenvolvimento saudável, prevenindo dificuldades futuras ou reduzindo o impacto das existentes.

5.2. Práticas promotoras do desenvolvimento do/a bebé

Os bebés necessitam dos/as cuidadores/as para se desenvolverem nas diferentes dimensões explicitadas. De forma a promover o seu desenvolvimento potencial, é fundamental que os/as cuidadores/as, normalmente as mães e os pais (mas também outros/as cuidadores/as próximos/as), tenham comportamentos e práticas suficientemente adequadas.

Em seguida, apresentam-se alguns exemplos de **práticas parentais recomendadas internacionalmente** (CDC, 2024g; UNICEF, 2018) e que, quando realizadas de forma frequente e consistente, **promovem o desenvolvimento saudável do/a bebé no primeiro ano de vida**.

Vinculação segura e desenvolvimento socioemocional

- **Responder de forma contingente às necessidades do/a bebé.** Sejam estas necessidades de fome, conforto ou interação, é importante os/as cuidadores/as responderem

atempadamente e de forma cuidada e carinhosa. Obter esta resposta por parte dos/as cuidadores/as quando chora permitirá ao/à bebé sentir que há segurança e previsibilidade no seu ambiente, algo fundamental para o sentido de confiança.

- **Interagir com a/o bebé, respondendo-lhe de forma positiva e reflexiva**. Os/as cuidadores/as podem mostrar entusiasmo, sorrir e falar quando o/a bebé faz sons. Quando o/a bebé sorri, o/a cuidador/a pode sorrir de volta; quando o/a bebé faz um som, o/a cuidador/a pode imitar esse som. Estas são as bases da interação social.

- **Responder à frustração do/a bebé, para que também ele/a se autorregule.** Quando o/a bebé chora, os/as cuidadores/as ajudam à regulação falando calmamente, dando colo ou cantando. Também ajudam o/a bebé a encontrar formas de se acalmar, permitindo que chuche no dedo ou numa chucha, ou brincando com um brinquedo ou objeto que, com o tempo, seja um instrumento de regulação.

Desenvolvimento cognitivo e da linguagem

- **Brincar como forma de estimular o desenvolvimento integral**. Atividades simples como brincar no chão, bater as palmas e jogar ao esconde-esconde são benéficas. Utilizarbrinquedos de diferentes texturas, cores e sons estimula o desenvolvimento dos sentidos. Ainda, algumas brincadeiras (e.g., usar um brinquedo com botões que produzem diferentes sons; esconder um brinquedo debaixo de um pano para o bebé procurar) permitem construir esquemas cognitivos relacionados com a noção de causalidade e de permanência do objeto.

- **Ajudar o bebé a comunicar mesmo antes de conseguir usar palavras**. Por exemplo, os/as cuidadores/as podem ajudá-lo a fazer "adeus" com as mãos, a abanar a cabeça para dizer "Não" ou a apontar para objetos que necessita (e.g., água), modelando esses comportamentos.

- **Falar com o/a bebé e esperar a sua resposta vocal**. Mesmo que seja apenas um balbucio, esta interação ajuda o/a bebé a entender a dinâmica bidirecional da comunicação. Os/as cuidadores/as podem ainda imitar os sons (i.e., fonemas) que o bebé emite, assim como podem recorrer a sons simplificados para comunicar sobre o mundo (e.g., mamã) ou, por exemplo, utilizar onomatopeias para representar animais. Criar um ambiente rico em linguagem, onde se fala frequentemente com o/a bebé sobre o que está a acontecer à sua volta, favorece o desenvolvimento da comunicação e da linguagem desde os primeiros meses.

- **Ler e/ou cantar para o/a bebé.** Mesmo que ainda não compreenda as palavras, é uma prática recomendada para estimular o desenvolvimento da linguagem e concentração. Os/As cuidadores/as podem ler e falar-lhe sobre o que vêm nos livros/revistas. Quando o/a bebé balbucia algo associado ao que se está a ler, os/as cuidadores/as podem interagir com ele/a.

- **Apontar para coisas novas e nomeá-las.** Esta prática ajuda a criança a desenvolver a linguagem. Quando o/a bebé olhar para algo, os/as cuidadores/as podem apontar e falar sobre aquilo que ele/a está a ver (e.g., carros, árvores, animais).

Desenvolvimento motor e sensorial

- **Ajudar o/a bebé a utilizar o seu corpo**. Ajudar o/a bebé a usar as suas mãos para explorar objetos, desenvolvendo, desta forma, a coordenação motora fina e a perceção sensorial. É também possível modelar os movimentos a fazer. Os/as cuidadores/as podem encorajar que a criança experimente andar segurando-se à sua mão ou a móveis que sejam seguros.

- **Respeitar a aprendizagem progressiva.** Nos primeiros seis meses, o bebé começa a desenvolver a coordenação necessária para rebolar, sentar e eventualmente gatinhar. Os/as cuidadores/as podem proporcionar tempo de barriga para baixo (*tummy time*) para fortalecer os músculos do pescoço e dos ombros, considerando sempre o conforto do/a bebé. Este fortalecimento prepara o bebé para habilidades motoras mais avançadas, como rebolar ou sentar-se.

- **Utilizar o brincar para promover o movimento.** Os/as cuidadores/as podem promover o movimento do/a bebé através da brincadeira, por exemplo, espalhando os brinquedos pelo chão e incentivando a criança a gatinhar ou rebolar até apanhá-los.

- **Garantir a segurança dos espaços**. Para que exista uma exploração segura, os/as cuidadores procuram que o ambiente esteja livre de perigos, permitindo ao/à bebé movimentar-se, experimentar o corpo com segurança e explorar o espaço.

Alimentação

- **Amamentar enquanto for possível e desejado**. A amamentação é considerada uma das fontes mais importantes de nutrição e conforto emocional para o/a bebé. Se for possível à mãe, a amamentação pode estender-se além dos dois anos de idade, mesmo quando outros alimentos foram introduzidos – sendo especialmente importante para o desenvolvimento de bebés prematuros.

- **Introduzir gradualmente novos alimentos.** A partir dos seis meses, é recomendado introduzir alimentos sólidos. Este processo que deve ser gradual, observando-se as reações do/a bebé a diferentes texturas e sabores. A criança pode não gostar à primeira, mas poderá experimentar mais do que uma vez. Os/as cuidadores/as podem ainda modelar o comportamento, por exemplo, podem comer primeiro e expressar satisfação para que o bebé veja e repita.

- **Incentivar à autonomia.** Deixar o/a bebé experimentar comer por ele/a próprio/a, mesmo que possa sujar-se ou sentir algumas dificuldades iniciais. Dar abertura para esta exploração ajuda a desenvolver competências sensoriais e motoras, começando pelo movimento de pinça – o/a cuidador/a pode imitar o movimento e/ou auxiliar diretamente o bebé a fazê-lo.

Rotinas diárias

- **Criar e manter rotinas.** É importante os/as cuidadores/as manterem uma rotina consistente para alimentação, sono e brincadeiras. Esta organização do tempo ajuda a proporcionar um ambiente previsível e seguro para o bebé, ajudando-o a perceber o que pode esperar do dia-a-dia. O estabelecimento de rotinas pode também ser útil na maior regulação dos ritmosdo/a bebé.

- **Restringir a exposição a ecrãs**. Recomenda-se uma exposição a ecrãs bastante limitada exceto quando o objetivo é promover a vinculação com, por exemplo, um/a cuidador que está longe, através de videochamada. A este propósito a OPP, elaborou o documento Vamos Falar sobre Ecrãs e Tecnologias Digitais.

- **Considerar o efeito negativo do uso do smartphone.** É benéfico para os/As cuidadores/as limitarem o seu próprio tempo de ecrã. Esta limitação parece melhorar a sua disponibilidade e responsividade e, consequentemente, o desenvolvimento do/a bebé – por exemplo, utilizar o *smartphone* em momentos de cuidado e interação com um bebé diminui a capacidade de atenção conjunta, essencial à aprendizagem (Krapf-Bar et al., 2022).

Autocuidado do/a pai/mãe

- **Regular-se em situações emocionalmente exigentes.** Há momentos em que os/as cuidadores/as podem ficar frustrados/as com o choro do/a bebé, sendo que esta labilidade aumenta quando as necessidades do/a bebé interferem com a qualidade do sono. Em caso algum se deve abanar o/a bebé, pois além de não ser um comportamento que facilite a regulação emocional, pode resultar em lesões cerebrais associadas ao Síndrome do/a Bebé Abanado (Latino et al., 2024). Quando as emoções escalam, os/as cuidadores/as podem colocar o bebé num local seguro, afastando-se por uns minutos. O suporte social – de familiares, amigos/as ou profissionais -, sempre que presente, pode ser um recurso essencial para lidar com o cansaço e stresse parental.

- **Procurar satisfazer as suas próprias necessidades.** Os/As cuidadores/as também precisam de momentos para si mesmos para conseguirem cuidar do/a bebé. Podem aproveitar momentos em que o/a bebé está a dormir para relaxar, repor horas de sono ou realizar outras atividades sociais ou ocupacionais; podem, ainda, pedir ajuda a familiares e amigos/as para cuidar do/a filho/a quando necessário, por exemplo.

Consultas pediátricas de rotina

- **Utilizar os serviços de Saúde.** De forma a monitorizar o desenvolvimento, é importante comparecer em consultas de rotina (i.e., 1ª semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses). Estes momentos servem também para receber as vacinas necessárias e para falar com o/a pediatra sobre eventuais questões quanto à parentalidade e ao

desenvolvimento da criança. Estas consultas são especialmente importantes para o bebé prematuro, uma vez que o desenvolvimento pode acontecer a um ritmo mais lento.

- **Informar sobre sinais de alerta.** As consultas de rotina permitem aos/às cuidadores/as informar a/o pediatra sobre quaisquer sinais que suscitem dúvidas ou alerta, como a criança não conseguir desenvolver competências que seriam esperadas ou não conseguir realizar algo que já tinha adquirido. Estas consultas permitem também o encaminhamento para outros profissionais, caso necessário.

6. O Segundo Ano de Vida – *365 dias de exploração e maior autonomia*

O segundo ano de vida é um período de **continuação da exploração multissensorial**. O/A bebé continua a experimentar utilizar o seu corpo, fortalecendo músculos e consolidando movimentos úteis. Este é também um período de formação de conceitos e conhecimentos sobre o mundo que o rodeia, marcado por uma rápida expansão da linguagem e uso crescente do comportamento simbólico (i.e., através do brincar) para se expressar e relacionar com as outras pessoas.

O desenvolvimento que ocorre neste segundo ano (dos 12 aos 24 meses de vida) e nas diferentes dimensões socioemocional, cognitiva, linguística e motora, demarca também um **funcionamento que, progressivamente, se considera mais típico de uma criança pequena** (*toddler*) do que de um bebé (*infant*).

Geralmente, durante este período, **os/as cuidadores/as promovem a autonomia da criança** – isto é, permitem que ela faça sozinha tudo aquilo em que procura ter iniciativa e que é capaz – enquanto mantêm um ambiente seguro, no qual ela sente que pode experimentar e arriscar porque antecipa a presença e a proteção do/a cuidador/a.

À medida que realiza mais tarefas por si mesma, a criança desenvolve um maior **sentido de autonomia**, procurando expressar e exercer a sua vontade nas tarefas do dia a dia (e.g., comer sozinha), brincadeiras e, por exemplo, em momentos de tomada de decisão (e.g., optar por uma camisola em detrimento de outra). Quando este sentido de autonomia não se estabelece, seja porque não são dadas oportunidades à criança para tentar por si ou, por exemplo, porque ela não se sente suficientemente suportada para experimentar, **a dúvida, o medo e a vergonha tendem a condicionar o comportamento exploratório** e, consequentemente, a possibilidade de se sentir mais capaz e autónoma (Orenstein & Lewis, 2022).

Nos últimos meses do segundo ano, algumas crianças já se reconhecem como uma pessoa diferenciada das outras, demarcando-se o início de um **sentido de si**. Aqui, a criança começa a demonstrar preferências e interesses mais claros e vincados, seja por determinados brinquedos ou jogos, por determinadas comidas ou animais e, inclusive, por diferentes pessoas, sejam estas da sua família, outras crianças ou adultos. Por se encontrar **mais consciente de si e dos outros**, a criança consegue compreender melhor as dinâmicas relacionais (e.g., quem são os pais/mães, irmãos, amigos; quem é mais autoritário, quem é mais permissivo) e as regras sociais em diferentes contextos (e.g., esperar pela sua vez; aguardar em silêncio) (McMullen, 2013).

Ao longo de toda a infância, o comportamento da criança desenvolve-se de forma a que ela própria consiga atender às suas necessidades e responder às necessidades e expectativas das outras pessoas (e.g., oferecer um objeto a quem está triste), assim como de seguir, ou desafiar, regras estabelecidas.

Ainda, a partir do segundo ano de vida, **o brincar estabelece-se como o meio preferencial de aprendizagem e de expressão** (Samuelsson & Carlsson, 2008). Neste sentido, e de forma a promover iniciativa e propósito no comportamento da criança, **os/as cuidadores/as podem encorajar e guiar a exploração de interesses e preferências**, muitas vezes através do brincar, de atividades ocupacionais e interações com crianças e pessoas adultas. Caso este encorajamento não aconteça ou, por exemplo, não existam oportunidades para a criança explorar interesses, ela pode sentir-se inibida, condicionando negativamente o seu envolvimento e curiosidade em tarefas.

6.1. Marcos desenvolvimentais dos 12 aos 24 meses

No segundo ano de vida, as crianças começam a afirmar a sua autonomia, consolidando movimentos, explorando o ambiente de forma mais ativa e interagindo de forma mais complexa com pessoas adultas e outras crianças.

Recorrendo aos mesmos domínios utilizados no capítulo anterior – socioemocional, cognitivo, linguagem/comunicação e físico/movimentos – seguem-se alguns exemplos ilustrativos dos marcos de desenvolvimento esperados no segundo ano de vida. Este período pode ser subdividido em quatro janelas temporais: 13-15 meses; 16-18 meses; 19-21 meses; e 22-24 meses.

13-15 meses

Entre os 13 e os 15 meses, a criança continua a explorar e a desenvolver novas habilidades rapidamente. Nesta fase, pode esperar-se que a criança (CDC, 2023a):

Socioemocional

- Imite outras crianças durante a brincadeira, como tirar brinquedos de um recipiente quando outra criança o faz.
- Mostre objetos de que gosta.
- Demonstre afeto, por exemplo, abraçar e dar beijinhos.
- Recorde rotinas sociais como dizer “Olá” e “Adeus”.

Linguagem/Comunicação

- Diga palavras além de “mamã” ou “papá”. Por exemplo, “bo” para bola ou “ga” para gato.
- Olhe para objetos quando o/a cuidador/a diz o nome do objeto familiar.
- Siga instruções dadas por gestos e palavras. Por exemplo, dar um brinquedo quando o/a cuidador/a pede o brinquedo.

- Aponte para pedir algo ou para receber ajuda.

Cognitivo

- Tente usar objetos de forma convencional, como um telefone, copo ou livro.
- Empilhe, pelo menos, dois pequenos objetos, como blocos.
- Mantenha a sua atenção focada quando, por exemplo, se lê uma estória.

Físico/Movimento

- Dê alguns passos por si mesma.
- Use as mãos para se alimentar.

16-18 meses

Neste período, pode ser possível observar a criança a (CDC, 2023b):

Socioemocional

- Afastar-se mais do/a cuidador/a, enquanto olha para trás para garantir que o/a cuidador/a está por perto.
- Apontar para mostrar algo que considera interessante.
- Estender as mãos para o/a progenitor/a as poder lavar.
- Ajudar o/a progenitor/a a vesti-la, mexendo o braço para vestir a manga de uma camisola ou levantando o pé para calçar umas meias.

Linguagem/Comunicação

- Dizer três ou mais palavras além de "mamã" ou "papá".
- Seguir instruções de um só passo, como devolver um brinquedo ao/à cuidador/a quando este/a diz “Dá-mo”.

Cognitivo

- Imitar os/as progenitores/as a fazer tarefas, como lavar a loiça.
- Brincar de forma simples, atirando bolas, brinquedos ou empurrando um carrinho de brincar, por exemplo.
- Entende relações simples de causa-efeito e procura-as sistematicamente, por exemplo, ligar e desligar televisão, preferir jogos com botões e sons.

Físico/Movimento

- Andar sem ter de se segurar a outras pessoas.
- Rabiscar um desenho.
- Segurar e beber de um copo.
- Alimentar-se com os dedos e/ou tentar usar uma colher.
- Subir e descer de um sofá ou cadeira sem ajuda.

19-21 meses

Entre os 19 e os 21 meses, as crianças desenvolvem-se bastante nas áreas motoras, cognitivas, sociais e de linguagem. Durante esta fase, pode notar-se (Leach, 2010; ABC Pediatrics, s.d.):

Socioemocional

- Tentar fazer mais coisas sozinho/a, procurando ser mais independente.
- Aprender e ajudar em atividades de vida diária mais simples (ex. cortar comida, arrumar coisas, limpezas).
- Demonstrar orgulho por completar uma tarefa.

Linguagem/Comunicação

- Falar utilizando várias palavras e de forma mais articulada.
- Começar a comunicar melhor as suas necessidades com palavras.
- Identificar e nomear 3-4 partes do próprio corpo.
- Identificar e nomear alguns elementos do mundo (e.g., frutas; flores; animais).

Cognitivo

- Conseguir empilhar mais objetos uns nos outros (e.g., torre com quatro blocos).
- Conseguir fazer pequenos puzzles.

Físico/Movimento

- Correr uma pequena distância.
- Arremessar uma bola sobre a cabeça.

22-24 meses

Entre os 22 e os 24 meses, as crianças desenvolvem emoções mais complexas, aumentam o seu vocabulário e ganham mais autonomia em tarefas diárias. Entre as competências observadas nesta fase, pode destacar-se (CDC, 2023c):

Socioemocional

- Perceber que uma outra pessoa está magoada ou triste.
- Responder com uma ação tendo em conta a emoção da outra pessoa (e.g., dar um abraço).
- Olhar para o rosto do/a cuidador/a para ver como deve reagir numa nova situação.

Linguagem/Comunicação

- Quando o/a cuidador/a pergunta algo sobre um livro (e.g., “Onde está o urso?”), é capaz de apontar corretamente.
- Formar frases simples com pelo menos duas palavras, como “Quero leite”, “O boneco é meu”, “É o pai”.

- Conseguir comunicar vontades e preferências, por exemplo, apontando para escolher entre duas opções.
- Conseguir apontar corretamente para partes do corpo, quando questionado/a sobre elas.
- Usar um maior número de gestos (e.g., fazer "Adeus", mandar um beijo, acenar "Sim" com a cabeça.

Cognitivo

- Usar uma mão enquanto segura algo na outra; por exemplo, segurar um recipiente e retirar a tampa (i.e., coordenação psicomotora).
- Brincar com múltiplos brinquedos ao mesmo tempo.
- Reconhecer quem ele/a é, por exemplo, no espelho ou fotografias, e quem são diferentes pessoas do seu mundo social.

Físico/Movimento

- Conseguir correr.
- Chutar uma bola.
- Subir alguns degraus com e sem ajuda.
- Comer com uma colher e utilizar, ainda que com menor precisão, outros talheres.

6.2. Práticas promotoras do desenvolvimento da criança

Para se continuarem a desenvolver, as crianças necessitam da presença, suporte e validação dos seus cuidadores/as. De forma a promover o desenvolvimento potencial, é fundamental que as mães e os pais (mas também outros/as cuidadores/as próximos/as, inclusive educadores/as), tenham comportamentos e práticas suficientemente adequadas.

Em seguida, apresentam-se alguns exemplos de práticas recomendadas internacionalmente (CDC, 2024h; UNICEF, 2018; Roia et al., 2014) e que, quando realizadas de forma consistente, promovem o desenvolvimento saudável da criança no segundo ano de vida.

Desenvolvimento Socioemocional

- **Modelar os comportamentos sociais desejados.** Além de uma interação carinhosa, os/as cuidadores/as podem modelar comportamentos como dizer "se faz favor", "obrigado", dar abraços, beijinhos ou outras manifestações de afeto. Neste processo, é importante chamar a atenção da criança para esses comportamentos e, inclusive, incentivar que ela própria os possa fazer.

- **Reforçar comportamentos sociais desejados.** Para que a criança mantenha e repita comportamentos desejados, como partilhar um brinquedo, esperar pela vez, pedir algo de que necessita, abraçar um amigo/a, é importante reforçar positivamente (e.g., sorrir e rir de volta; bater palmas; elogiar: "Boa!") esse comportamento.

- **Promover a interação com outras crianças e pessoas adultas.** É importante que os/as cuidadores/as facilitem a interação da criança com outras crianças e outros adultos/as. De forma a facilitar estas interações, podem apresentar a pessoa à criança (e.g., "Este é a Ye quer brincar contigo… queres brincar com ela?"; "Este é o X, é amigo da mãe, queres dar-lhe um abraço?").

- **Permitir que realizem tarefas de forma autónoma.** Por exemplo, quando uma criança tenta comer sozinha, os/as cuidadores/as podem permitir que ela tente, não se antecipando. O mesmo para quando a criança procura fazer algo que está ao seu alcance, como vestir uma camisola, lavar as mãos ou arrumar brinquedos. A presença dos/as cuidadores/as é importante e, perante dificuldades, podem perguntar "Queres que o pai/mãe ajude?", auxiliando a criança nas primeiras tentativas.

- **Nomear as emoções que a criança parece estar a sentir.** No segundo ano de vida, a criança já expressa emoções básicas como alegria, medo, frustração ou tristeza. Os/as cuidadores/as podem ajudá-la a compreender e a regular essas emoções nomeando-as e validando-as (e.g., "Estás triste porque o brinquedo se partiu, é isso?", "Estás zangado porque querias continuar a brincar"), ajudando-a assim a desenvolver vocabulário emocional e a estabelecer bases para a autorregulação.

- **Facilitar momentos de distância e separação dos/as cuidadores/as.** De forma a desenvolver a autonomia e confiança noutras pessoas, é possível permitir que a criança brinque com outras crianças ou fique com outros adultos, sem que o/a cuidador/a esteja necessariamente ao seu lado. Para tal, é importante informar as crianças nesse sentido: "Ficas aqui a brincar com o teu amigo, que a mãe vai-se sentar ali, está bem? Estou a ver-te dali." ou, por exemplo, "O pai vai ali às compras, ficas com a tia um bocadinho, pode ser?". Estes movimentos de separação devem ser progressivos.

- **Definir limites para a segurança.** As/os cuidadoras/es podem verbalizar regras simples, claras e implementadas de forma consistente. Por exemplo, "Não podes tocar no forno porque está quente e podes queimar-te". Para entender o significado de "Não" este pode ser reservado para situações que envolvem perigo iminente.

- **Utilizar estratégias para amenizar birras.** As birras nesta fase são naturais e podem ser frequentes, especialmente se a criança estiver cansada ou com fome. Nessas situações, os/as cuidadores/as podem tentar distraí-la com um objeto ou atividade diferente, mudar de ambiente ou dar-lhe tempo para se acalmar, enquanto mantêm uma postura calma e responsiva (e.g., "Se precisares de um abraço, estou mesmo aqui"). Ainda, podem tentar negociar (e.g., "primeiro vestimos a camisola e depois escolhes o brinquedo que queres levar, pode ser?"), permitindo que se sinta ouvida e envolvida nas decisões, promovendo a sua autorregulação.

- **Parar/conter, sem violência, os comportamentos indesejados.** Por vezes, pode ser necessário ajudar a criança a interromper comportamentos indesejados, por exemplo, bater noutra criança ou gritar quando quer algo. Nestes momentos, o cuidador/a pode

utilizar uma expressão séria e um tom de voz firme ("Isso não se faz, podes magoar o amigo"), transmitindo de forma clara os limites. Quando possível, deve explicar-se o motivo dessa correção e, sobretudo, reforçar positivamente o comportamento alternativo desejado. Em algumas situações, ignorar comportamentos leves de provocação ou birras pode também ser útil, desde que a criança esteja segura e o comportamento não represente risco..

Desenvolvimento cognitivo e da linguagem

- **Dar escolhas simples.** De forma a promover a autonomia e a exploração de preferências, o/a cuidador/a pode mostrar à criança mais do que uma hipótese de escolha, seja por exemplo, na alimentação (e.g., queres esta pera ou esta banana?) no vestuário ou, por exemplo, em tarefas do dia a dia (e.g., Queres que seja a mãe ou o pai a ajudar?).

- **Utilizar o brincar.** Brincar com a criança continua a ser a melhor forma de a ensinar a a imaginar e resolver problemas. Neste sentido, é importante planear tempo para que a criança possa brincar sozinha e acompanhada, com diferentes brinquedos e em diferentes contextos. Nesta idade, a criança já consegue realizar pequenos puzzles, podendo-se, por exemplo, realizar primeiro em conjunto e depois deixar a criança tentar sozinha.

- **Encorajar o contacto com diferentes tipos de atividades.** De forma que a criança possa explorar os seus interesses e preferências, pode ser útil apresentar-lhe diferentes atividades como desenhar, brincar com água ou terra, ouvir música, dançar, construir com blocos ou participar em pequenas tarefas domésticas com ajuda (e.g., pôr os guardanapos na mesa).

- **Falar sobre o que se vê e o que se faz.** Os/as cuidadores/as podem ir descrevendo o que estão a fazer (e.g., "Agora estou a pôr a sopa no prato"; "Vamos entrar no carro") e o que veem à volta ("Olha ali o cão a correr."; "Olha aqui uma banana"), promovendo a linguagem referencial e ajudando a criança a relacionar palavras com ações, objetos e contextos.

- **Acrescentar vocabulário por intermédio de associações**. Tentando, assim, criar associações com as palavras que a criança já sabe. Por exemplo, se a criança diz "gato", o/a cuidador/a pode dizer "o gato amarelo", pode ainda ajudar a aprender palavras a partir de categorias: "Queres fruta? A banana e a maça são frutas".

- **Privilegiar atividades de interação.** Ler, falar e cantar para a criança é a melhor forma de enriquecer a linguagem de uma criança. Os/as cuidadores/as podem ler livros adequados para a idade e que despertem o interesse da criança ou, por exemplo, podem cantar as suas músicas preferidas – e incentivar a cantar em conjunto.

Desenvolvimento motor e sensorial

- **Manter medidas de segurança em casa**. Dada a maior capacidade de movimentação autónoma, é importante colocar fora do alcance objetos perigosos, cobrir arestas afiadas e não deixar a criança sozinha perto de água ou lareiras, por exemplo.

- **Incentivar o movimento e a exploração física.** É importante que os/as cuidadores/as deem espaço e tempo para que a criança possa correr, subir escadas, empurrar objetos pesados, rastejar e saltar, de forma segura. Atividades ao ar livre e em diferentes superfícies (e.g., relva, areia, tapetes) são importantes para fortalecer músculos e melhorar o equilíbrio e a coordenação.

- **Oferecer objetos que estimulem os sentidos.** Brinquedos com diferentes texturas, sons, cores e tamanhos ajudam a desenvolver a perceção sensorial e a motricidade fina. Atividades como empilhar blocos ou abrir e fechar caixas, são exemplos de comoestimular o tato e a coordenação mão-olho.

Alimentação

- **Fomentar a autonomia.** No segundo ano de vida, a criança desenvolve capacidades motoras que lhe permitem alimentar-se com crescente autonomia. É importante que os/as cuidadores/as incentivem a criança a usar as mãos ou a colher para comer, mesmo que suje, elogiando os progressos: "Boa! Estás a conseguir comer sozinha". Esta prática promove a coordenação, a autoestima e o interesse por novos alimentos.

- **Introduzir progressivamente alimentos da refeição familiar.** A criança pode começar a comer o mesmo que os/as cuidadores/as adultos, com adaptações de textura e quantidade adequada de sal e outros condimentos. É importante oferecer uma variedade de sabores e texturas, permitindo identificar preferências da criança e evitando alimentos processados e com adição de açúcar.

- **Encorajar gradualmente a utilização de utensílios.** Os/as cuidadores/as podem introduzir e incentivar o uso de copo para a ingestão de água e leite, substituindo gradualmente o biberão. Ainda podem ajudá-la a utilizar um garfo e uma faca. A transição pode ser feita de forma gradual, oferecendo elogios sempre que a criança tenta com um novo grau de autonomia.

- **Estabelecer rotinas alimentares consistentes.** Refeições em horários previsíveis ajudam a criança a regular a fome e a saciedade. A presença dos/as cuidadores/as à mesa, com atenção e sem distrações (e.g.,, ecrãs e tecnologias digitais), contribui para uma alimentação mais consciente e um ambiente relacional positivo.

- **Acompanhar as necessidades específicas de crianças que nasceram prematuras.** Estas crianças podem ter necessidades nutricionais específicas, por exemplo, podem necessitar de leite fortificado ou de suplementação até aos 24 meses, conforme indicação clínica. Ainda, em casos de dificuldades na coordenação de sucção, deglutição e respiração, os momentos de alimentação podem ser mais pausados, com apoio e paciência dos/as cuidadores/as, valorizando os pequenos progressos.

Rotinas diárias

- **Manter horários regulares para as principais atividades do dia.** A previsibilidade das rotinas – como refeições, sestas, hora de dormir – contribui para o bem-estar emocional e físico da criança. As rotinas ajudam a criança a antecipar o que vai acontecer.

- **Criar rituais tranquilos antes de dormir.** Atividades relaxantes como um banho, ler uma história ou cantar uma música ajudam a sinalizar a transição para o sono. É recomendado evitar ecrãs ou outras atividades muito estimulantes pelo menos uma hora antes da hora de deitar.

- **Evitar a exposição a ecrãs e tecnologias digitais.** Entre os 12 e os 24 meses, o uso de ecrãs deve restringir-se a videochamadas com pessoas significativas e conteúdos apropriados que promovam a interação, por exemplo, músicas infantis para a criança e os/as cuidadores/as cantarem e dançarem em conjunto. Qualquer interação com ecrãs deve ser mediada por adultos. A este propósito é possível consultar o documento Vamos Falar sobre Ecrãs e Tecnologias Digitais.

Autocuidado do/a pai/mãe

- **Procurar manter o bem-estar ao longo do tempo.** Pais, mães e outros/as cuidadores/as precisam de tempo para descansar, cuidar da sua Saúde Psicológica, manter relações sociais e envolver-se em atividades de lazer.

- **Pedir ajuda e partilhar responsabilidades.** Durante esta fase do desenvolvimento, a criança já consegue permanecer com outras pessoas além dos/as cuidadores/as principais. Neste sentido, quando possível, é útil estabelecer uma rede de suporte que contribua para o cuidado da criança, por exemplo, seja no dividir de tarefas ou no cuidar da criança durante um período de tempo que permita aos cuidadores/as descansar e envolverem-se noutras atividades de lazer ou ocupacionais.

- **Procurar apoio emocional, caso necessário.** Cuidar e promover o desenvolvimento de uma criança que nasceu prematura pode ser uma experiência desafiante. É fundamental que os/as cuidadores/as – por exemplo, progenitores/as de bebés prematuros/as que enfrentam períodos de internamento prolongado ou preocupações com o desenvolvimento - procurem apoio para expressar as suas emoções, inclusive apoio psicológico se necessário.

Consultas pediátricas de rotina

- **Monitorizar regularmente a Saúde**. As consultas aos 12, 15, 18 e 24 meses são fundamentais para acompanhar o crescimento, o desenvolvimento psicomotor, emocional e linguístico da criança, bem como para cumprir o calendário vacinal. As consultas pediátricas também permitem aos cuidadores/as relatar conquistas, dúvidas ou preocupações, contribuindo para uma avaliação mais completa do desenvolvimento da criança.

- **Sinalizar comportamentos atípicos ou regressões.** Caso a criança deixe de fazer algo que já fazia, pareça perder interesse pela interação ou não atinja marcos esperados, é importante informar o/a pediatra e outros profissionais de Saúde adequados/as. A deteção precoce permite intervir atempadamente, se necessário.

- **Manter vigilância médica ajustada à idade corrigida.** O desenvolvimento de crianças que nasceram prematuras deve ser avaliado com base na idade corrigida (idade cronológica menos semanas de prematuridade), pelo menos até aos dois anos. Isso evita expectativas irrealistas e permite uma monitorização mais adequada do progresso da criança. O apoio precoce e especializado é ainda essencial ao desenvolvimento global da criança.

7. Ecossistema de Cuidados e Educação na infância

O desenvolvimento do/a bebé e da criança nos primeiros 1000 dias não é apenas condicionado por fatores individuais e associados aos pais/mães e cuidadores/as, mas também pelos contextos em que vivem e crescem, incluindo o **ambiente familiar, comunitário e o acesso a serviços de qualidade**. Estes contextos, muitas vezes moldados pela realidade socioeconómica da família, condicionam a disponibilidade dos/as cuidadores/as e as oportunidades de aprendizagem que podem promover ou limitar o desenvolvimento saudável ao longo da infância.

Neste ecossistema, os cuidados pediátricos, os serviços de intervenção precoce na infância e o acesso a creches de qualidade têm um papel determinante. Através destes serviços é possível monitorizar o desenvolvimento das crianças, assim como facilitar o apoio especializado e educativo às famílias, contribuindo para a deteção atempada de sinais de alarme, a promoção do bem-estar e uma maior igualdade de oportunidades desde o início da vida.

7.1. Influência dos contextos de vida no desenvolvimento

Nem todas as crianças crescem em meios igualmente favoráveis ao seu desenvolvimento. A presença de pessoas significativas envolvidas no dia a dia, assim como o acesso a cuidados e serviços de Saúde e Educação, são fundamentais. No entanto, o estabelecimento deste ambiente promotor do desenvolvimento potencial e acompanhado varia grandemente com as diferenças nos contextos de vida das famílias.

As crianças que crescem em condições favoráveis, com cuidadores/as responsivos/as e com oportunidades de aprendizagem (e.g., brincadeiras estimulantes; leitura partilhada; atividades diversificadas como desenhar, ouvir música ou visitar novos espaços), **tendem a ter um desenvolvimento cognitivo mais acentuado, melhores competências linguísticas e de raciocínio e mais estratégias de regulação socioemocional**, obtendo resultados mais positivos ao longo da vida, tanto em contextos académicos, como em outros contextos de socialização (Bradley & Corwyn, 2022; Lawson et al., 2018; Letourneau et al., 2011).

Por outro lado, **aquelas que que vivem em contextos de maior vulnerabilidade socioeconómica têm maior probabilidade de acumular fatores de stresse que podem limitar o seu desenvolvimento** e capacidade futura para lidar com situações de adversidade. Em Portugal, estimava-se, que, em 2022, cerca de 302 mil crianças viviam em situação de pobreza (Peralta et al., 2024).

Num inquérito recente que contou com a participação de mais de 1200 pais/mães de crianças com idades entre os 0 e os 5 anos (IPSOS, 2025), **1 em cada 4 refere que o custo de vida é a sua maior preocupação**. O **custo de serviços de creche e jardim de infância** e a **falta de tempo para estar com os/as filhos/as** completam o pódio das suas preocupações.

Neste sentido, é possível afirmar que a **escassez financeira das famílias** afeta o desenvolvimento das crianças a partir de duas vias principais:

1) **Impacta as competências parentais**. Pais e mães sob constante pressão financeira têm maior probabilidade de vivenciar situações crónicas de stresse e ver os seus recursos cognitivos e emocionais esgotarem-se. Esta insuficiência de recursos dificulta o estabelecimento de interações responsivas por parte dos/as cuidadores/as. Por exemplo, mães/pais stressadas/os podem ter menor disponibilidade para participar em interações positivas como brincadeiras e leituras, importantes para o desenvolvimento cognitivo e linguístico da criança (Farah et al., 2018). Além disso, a pobreza pode aumentar a irritabilidade e problemas de Saúde Psicológica dos/as cuidadores/as, conduzindo a estilos de parentalidade mais autoritários e punitivos, dificultando a regulação das emoções e os comportamentos das crianças (Troller-Renfree et al., 2021).

2) **Restringe a capacidade das famílias para criar ambientes estáveis e estimulantes**. As famílias podem enfrentar dificuldades em proporcionar uma alimentação saudável regular, assim como assegurar o acesso a brinquedos e materiais educativos, a atividades estruturadas (e.g., grupos de dança para crianças; expressão musical) e culturais fora de casa. Estes fatores contribuem para uma desvantagem educacional em crianças de famílias que vivem em situação de pobreza (Noble et al., 2021; Troller-Renfree et al., 2023).

De entre todas as famílias, **são as famílias monoparentais as que enfrentam maiores taxas de pobreza,** com um risco de viver em situação de pobreza perto dos 31% (Peralta et al., 2024). Ainda, as mães de famílias monoparentais têm uma probabilidade de viver em situação de pobreza superior à dos pais (EIGE, 2020).

A propósito deste desafio societal, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) lançou a campanha .Final à Pobreza e disponibilizou o recurso .Final à Pobreza.

Acrescendo às dimensões socioeconómicas e de género, outros fatores de desigualdade como a **orientação sexual, a etnia ou a criança viver com deficiência e/ou problemas associados ao (neuro)desenvolvimento**, contribuem para a escalada de disparidades enfrentadas por algumas famílias nos primeiros anos de vida das crianças.

As famílias com **cuidadores/as do mesmo sexo enfrentam obstáculos únicos**, tais como preconceito, comentários negativos, entre outras condições que dão origem a níveis de stresse parental mais elevados nas famílias do mesmo sexo do que nas famílias heterossexuais. Apesar destes obstáculos, os níveis de Saúde Psicológica das crianças de famílias com cuidadores/as do mesmo sexo são similares aos das famílias heterossexuais (Mazrekaj & Jin, 2023).

Paralelamente, as **experiências racistas e discriminatórias** que são vividas diariamente pelas famílias das mais variadas etnias, por exemplo, os grupos populacionais minoritários, agravam o stresse parental, o que, por seu turno, pode diminuir a qualidade das práticas parentais (Galán et al., 2022).

Também as famílias com crianças com **necessidades de apoio à aprendizagem e à inclusão** (como, por exemplo, necessidades decorrentes de deficiência, dificuldades de aprendizagem ou Perturbação do Espectro do Autismo), enfrentam dificuldades acrescidas. Estas famílias e suas crianças necessitam de apoio precoce terapêutico e educativo, assim como apoio financeiro, os quais são frequentemente inacessíveis. Este cenário intensifica o stresse parental, restringe o bem-estar dos/as cuidadores/as e pode comprometer a dinâmica familiar (Hunt et al., 2021).

Ainda, muitas das crianças em situação de vulnerabilidade vivem em **comunidades empobrecidas** (Clark et al., 2020; Moore et al., 2017). Entre os fatores comunitários que condicionam negativamente o seu desenvolvimento incluem-se uma elevada densidade populacional, serviços de Saúde e de Educação de baixa qualidade, habitação sem condições condignas (e.g., humidade, sobrelotação, falta de aquecimento ou ventilação), frequência elevada de acidentes, acentuada criminalidade e poucos espaços verdes. Nestas comunidades, é também frequente existirem elevados níveis de poluição atmosférica e de temperatura, sendo todas estas condições prejudiciais ao desenvolvimento das crianças (Clarke et al., 2020; Clayton et al., 2021; Filipova et al., 2020).

Estas e outras variáveis urbanas e climáticas com influência na Saúde Psicológica e no desenvolvimento infantil podem ser consultadas nos recursos da OPP sobre a importância dos espaços verdes e sobre o combate às alterações climáticas.

Neste sentido, e tendo em conta as evidências mencionadas, as experiências de adversidade vividas na infância estão associadas a um conjunto de **resultados negativos futuros, incluindo desempenhos escolares inferiores, consumo de substâncias e adoção de estilos de vida pouco saudáveis**. Estas experiências e condições de vida têm ainda consequências que se estendem à vida adulta como viver em situação de desemprego e/ou sem-abrigo, por exemplo (Black et al., 2017; Shonkoff & Garner, 2012).

Quando as crianças experienciam situações contínuas de adversidade sem beneficiar de intervenções precoces (ao nível familiar, comunitário ou institucional) para quebrar os **efeitos negativos do stresse socioeconómico, da discriminação e/ou da negligência**, podem, mais tarde, sentir maiores dificuldades em estabelecer relações de vinculação e contextos saudáveis para os/as seus/suas próprios/as filhos/as. Assim, é possível dizer que a exposição de crianças a situações de adversidade frequentes pode condicioná-las a um **ciclo intergeracional de adversidade** e desigualdades (Black et al., 2017; Shonkoff & Garner, 2012).

As evidências são claras: a Saúde Psicológica dos/as filhos/as não é apenas determinada pelos desafios enfrentados pelos/as cuidadores/as, mas também pelo apoio recebido para lidar com essas adversidades (Mazrekaj & Jin, 2023). Isto ressalta a importância de apoiar de forma personalizada famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica (e.g., apoios sociais; oportunidades de desenvolvimento de competências parentais) para combater os efeitos intergeracionais de injustiças sociais.

Simultaneamente, é necessário que as **políticas públicas garantam respostas a problemas estruturais** (e.g., acesso gratuito e universal à educação de qualidade e aos Cuidados de Saúde Primários; programas de combate à pobreza energética e alimentar; incentivos à construção de habitação acessível), garantindo que todas as crianças, independentemente da família e local em que nascem, beneficiam de experiências que promovam o seu bem-estar e desenvolvimento integral (Galán et al., 2022).

7.2. Educação e Cuidados na Infância

No ecossistema de cuidados nos primeiros dois anos de vida, encontra-se a Educação e os Cuidados na Infância. Após o nascimento do/a bebé e, para algumas pessoas, após as licenças de parentalidade terminarem, **é expectável que as famílias se deparem com a necessidade de encontrar soluções que garantam os cuidados diários da criança**, permitindo-lhes conciliar responsabilidades laborais, pessoais e familiares.

Este tipo de educação e cuidados pode variar significativamente, sendo que **as opções frequentes incluem creches, amas ou cuidados familiares**. Cada uma das opções apresenta características próprias, sendo que a escolha das famílias envolve vários fatores, incluindo a disponibilidade de familiares que se dediquem aos cuidados e educação da criança por longos períodos (e.g., avós, outros familiares ou progenitores/as que se podem dedicar exclusivamente), a possibilidade financeira de contratar uma ama, o acesso efetivo a vagas em creches ao abrigo do programa Creche Feliz (que, embora gratuitas, continuam a ser limitadas em muitas regiões), a possibilidade financeira de recorrer a creches privadas, a confiança nas instituições disponíveis, a flexibilidade dos horários oferecidos, a proximidade geográfica e a compatibilidade com os horários laborais dos/as cuidadores/as, entre outros.

Nenhuma das opções mencionadas – creche, ama ou cuidados familiares – se destaca com resultados claramente superiores. **Estes diferentes tipos de educação e cuidado têm o potencial de ser positivos para o desenvolvimento infantil, sendo também verdade o oposto** (Vandell & Gulseven, 2023).

I**ndependentemente do tipo de educação e cuidado, a qualidade é o fator determinante**. Um contexto de elevada qualidade é caracterizado por um *bom* rácio de crianças por cuidador/a, um ambiente físico seguro e estimulante e onde há interações promotoras do desenvolvimento socioemocional e cognitivo, sendo **a capacidade do/a(s) cuidador/a(s) para criar relações de vinculação seguras o fator mais preponderante** (Vandell & Gulseven, 2023). Ainda que na Europa ainda se verifique um rácio médio de 1 cuidador/a por cada 10 crianças em contextos de creche (UNICEF, 2023) um *bom* rácio nestes contextos, segundo recomendações recentes de

boas práticas, é um **rácio nunca superior a 1 cuidador/a por cada 4 crianças** e, preferencialmente, num grupo de, no máximo, oito bebés/crianças (Zero to Three, 2025). Considere-se, no entanto, que os rácios podem variar em função da idade das crianças.

Numa análise comparativa, as **creches de alta qualidade** oferecem uma estrutura e práticas educacionais que beneficiam a socialização (e.g., organização de atividades ou jogos em pequenos grupos onde as crianças colaboram), as competências socioemocionais (e.g., apoio na nomeação de emoções e na resolução de conflitos entre pares, através do reforço e modelagem de comportamentos pró-sociais), a estimulação da aprendizagem e do desenvolvimento cognitivo e da linguagem (e.g., planeamento diário e rotinas consistentes; leitura em voz alta com perguntas que incentivam a compreensão e a memória; jogos que estimulam a linguagem e a atenção) (Vandell & Gulseven, 2023).

Por outro lado, as **creches com uma baixa qualidade** estão associadas a níveis mais elevados de stresse nos/as profissionais, problemas de comportamento das crianças (e.g., agressividade) e impactos negativos no seu desempenho cognitivo. Além disso, e considerando uma variável alternativa, uma criança que passa horas excessivas (i.e., mais de 30 horas semanais) numa creche que não apresente bons indicadores de qualidade enfrenta um risco superior de manifestar comportamentos de externalização do que as restantes (Vandell & Gulseven, 2023).

Ainda sobre as creches, inúmeros estudos têm demonstrado que **o acesso a creches de elevada qualidade é uma das políticas melhor relação custo-benefício**, porque o investimento nas fases precoces do desenvolvimento potencia o impacto de investimentos futuros, promovendo diversas competências duradouras ao longo do ciclo de vida (UNESCO, 2023).

No que respeita aos **cuidados e educação prestados por amas**, **estes permitem uma atenção individualizada e uma personalização das experiências de aprendizagem**, sobretudo porque podem atender às preferências e interesses da criança. Por exemplo, uma ama pode ajustar o ritmo do dia consoante as rotinas da criança, pode realizar atividades baseadas nos seus interesses, sair com ela a parques ou outros lugares ou, ainda, pode manter interações verbais frequentes durante as atividades quotidianas, promovendo o desenvolvimento da linguagem e a autonomia.

Em Portugal, para além das amas em contexto individual, existem também as **creches familiares**, um serviço social que consiste em proporcionar os serviços de uma ama no âmbito de uma instituição destinada ao cuidado de crianças até aos três anos de idade (ou até ao ingresso no estabelecimento de educação pré-escolar), durante o período de trabalho ou impedimento dos pais ou de quem exerce as responsabilidades parentais.

A propósito destas/es profissionais, a falta de experiência da ama no cuidado de bebés/crianças, a ausência de literacia e competências adequadas (e.g., desconhecimento das etapas do desenvolvimento; gestão inadequada de comportamentos desafiantes) e o menor número de oportunidades de interação entre pares da mesma idade, podem fazer com que este contexto não seja tão facilitador do desenvolvimento cognitivo e socioemocional (Ansari & Winsler, 2013).

Ainda, as crianças que ficam a **cuidado de familiares** também têm a possibilidade de crescer num contexto positivo, desde que o/a cuidador/a (não necessariamente o pai ou a mãe) seja responsivo/a, sensível, e estimule a criança adequadamente. Alguns estudos demonstram que os cuidados pelas avós e avôs, por exemplo, podem resultar em ganhos na linguagem, bem-estar e desenvolvimento cognitivo, sobretudo em famílias mais favorecidas do ponto de vista socioeconómico. No entanto, em contextos de maior vulnerabilidade socioeconómica, os cuidados de familiares podem associar-se a menos oportunidades de socialização, ainda que as diferenças observadas tendam a ser ligeiras e de curta duração (Bryson et al., 2012; Melhuish et al., 2015).

Frequentemente, os **contextos de educação e cuidados são contextos privilegiados para observar o desenvolvimento dos bebés e crianças**, uma vez que os/as cuidadores/as passam muito tempo com estes/as e, ainda, especialmente em creches, há a possibilidade de comparar o desenvolvimento entre crianças – algo importante à sinalização de dificuldades.

7.3. Serviços de Intervenção Precoce na Infância

Num ecossistema completo de cuidados na infância, **os serviços de Intervenção Precoce na Infância (IPI) desempenham um papel essencial no apoio ao desenvolvimento infantil**. Estes serviços constituem uma **resposta articulada entre Saúde, Educação e Segurança Social**, focada não apenas na criança, mas também no contexto familiar e comunitário em que cresce.

O principal objetivo da IPI é detetar sinais de dificuldades de desenvolvimento e de risco futuro, responder às necessidades de cada bebé/criança e apoiar as famílias na criação de ambientes seguros, responsivos, estimulantes e adaptados.

Embora se espere variabilidade no ritmo de aquisição de competências entre diferentes bebés e crianças, alguns e algumas, por motivos variados (e.g., situações de pouca estimulação ou negligência; prematuridade; deficiência; perturbações do desenvolvimento), apresentam dificuldades no desenvolvimento de competências associadas a um ou a vários domínios tais como cognitivo, de comunicação, socioemocional e motor.

As preocupações parentais são um dos indicadores de que algo pode não estar bem. Os/As progenitores/as e outros/as cuidadores/as (e.g., avós; educadores de infância; amas) são quem melhor conhece o bebé ou a criança, sendo os primeiros a notar desvios e atrasos em relação aos marcos esperados. A valorização dessas preocupações é essencial, pois podem indicar a necessidade de atenção profissional. É crucial que os/as profissionais de Saúde e os/as profissionais de Educação, entre outros, escutem atentamente as observações das cuidadoras e cuidadores, oferecendo suporte e orientação adequados (CDC, 2024a; CDC, 2024b).

Quando os pais e as mães sinalizam preocupações, os/as profissionais de Saúde podem proceder a uma validação das preocupações e, numa primeira avaliação, procurar potenciais sinais de dificuldade e de risco no desenvolvimento. Este processo pode levar ao encaminhamento para equipas de IPI, que realizam uma avaliação mais detalhada do funcionamento e desenvolvimento da criança. Se a avaliação indicar risco ou dificuldades do

(neuro)desenvolvimento, a criança deve receber os serviços adequados às suas necessidades (Chung et al., 2010).

A IPI é um serviço dirigido a crianças entre os 0 e os 6 anos, focando-se em maximizar o potencial e a funcionalidade de crianças com deficiência ou problemas do (neuro)desenvolvimento ou que acumulem fatores de risco, além de melhorar a sua qualidade de vida e aumentar a possibilidade de participação social. Ainda, **recorre a uma abordagem centrada na família**, contando com uma equipa transdisciplinar no apoio à família e que pode incluir Psicólogos/as, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros/as profissionais. Estas equipas desempenham as suas funções na interligação entre os serviços de Saúde, educativos e comunitários (Smythe et al., 2021).

As evidências indicam que a IPI, transdisciplinar e centrada na família **é a forma mais eficaz de melhorar o desenvolvimento infantil em situações sinalizadas**, garantir a inclusão e sucesso futuro, e fomentar a participação na vida em comunidade (Guralnick et al., 2017).

Neste sentido, o acesso a estes serviços de IPI é fundamental para assegurar que todas as crianças tenham oportunidades de desenvolvimento nos seus primeiros 1000 dias de vida.

8. O Papel das Psicólogas e Psicólogos nos Primeiros 1000 Dias

A Ciência Psicológica oferece conhecimentos e boas práticas **para enfrentar desafios e para potenciar as oportunidades de desenvolvimento durante os primeiros 1000 dias de vida**, período que se estende desde a gravidez (e, consequentemente, desde a Saúde e comportamentos dos/as progenitores/as) até aproximadamente aos dois anos de idade da criança.

Seja nos contextos de Saúde, educativos, comunitários, organizacionais ou por intermédio da construção de políticas públicas, as Psicólogas e os Psicólogos podem contribuir para a promoção do desenvolvimento saudável do/a bebé e para o bem-estar da família.

Contextos de Saúde

Serviços de Saúde centrados na família

Os/As Psicólogos/as têm recursos para **ajudar os/as profissionais de Saúde no desenvolvimento das suas competências técnicas**. Por exemplo, podem contribuir para o **desenvolvimento de competências culturais** (i.e., comunicar de acordo com as necessidades sociais, culturais e linguísticas específicas) **e de comunicação com as crianças e familiares**, de forma que esta comunicação seja adequada e promotora da autoeficácia e da autonomia.

A abordagem dos/as Psicólogos/as pode ainda ter um **impacto preventivo em relação às desigualdades estruturais** presentes nos contextos de Saúde, tais como o desequilíbrio de poder entre profissionais de Saúde e utentes, as perceções estereotipadas em relação às mulheres e a

exclusão e discriminação de mulheres, famílias pertencentes a minorias ou em situação de pobreza (NICE, 2022).

Um sistema de Saúde centrado na família não inclui apenas a grávida, mas também o/a companheiro/a da grávida e a sua rede de apoio, o mais cedo possível durante a gravidez e até ao pós-parto. Os/As Psicólogos/as podem **esclarecer e informar sobre o período perinatal** e identificar formas práticas para os/as companheiros/as e restante rede de apoio se envolverem no cuidado às grávidas e a estabelecer um relacionamento com o/a bebé (NICE, 2022).

Estes contributos dos/as Psicólogos/as podem, inclusivamente, **melhorar a experiência e satisfação com os cuidados de Saúde obstétricos e de planeamento familiar**.

Avaliação Psicossocial

Considerando a prevalência dos problemas de Saúde Psicológica das grávidas, a **implementação de rastreios psicológicos de rotina e universais** para as gestantes, por intermédio de avaliações psicossociais, permitiria a identificação de sinais precoces de risco, recaída ou agravamento de problemas de Saúde Psicológica, e, ao mesmo tempo, aferir possíveis situações de vulnerabilidade psicossocial.

Esta avaliação pode decorrer do período pré-natal ao pós-natal, para assegurar que, à medida que as suas necessidades se vão transformando, as grávidas e seus companheiros/as recebem o apoio psicológico, social e/ou médico necessário. **Mediante os níveis de risco psicossocial sinalizados, os/as Psicólogos/as podem construir diferentes planos de intervenção** com diferentes níveis de intensidade, respondendo, por exemplo, a situações de ansiedade gestacional, à ausência de redes de apoio, a situações de violência doméstica, ao consumo de substâncias psicoativas ou, entre outras, à vivência de experiências traumáticas (NICE, 2022; Reilly et al., 2022).

Sessões de preparação para a gravidez

A intervenção dos/as Psicólogos/as na preparação para a gravidez está ancorada numa **exploração de questões psicossociais relacionadas com a gravidez, a parentalidade, a conjugalidade,** entre outros fatores que podem ter influência na construção de um ambiente saudável para a futura família. Nestas sessões, existe também a possibilidade de promover a adoção de comportamentos saudáveis importantes para a Saúde Materna, como uma alimentação saudável, atividade física, cessação tabágica e interrupção do consumo de álcool e de cafeína (Stephenson et al., 2018).

Sessões de preparação para o parto

Em conjunto com outros/as profissionais de Saúde, nomeadamente Médicos/as e Enfermeiros/as, os/as Psicólogos/as podem contribuir para a preparação do momento do parto, por vezes vivida com várias preocupações e medos, que geram ansiedade. Neste sentido, a preparação para o parto envolve **ajudar a reconhecer e a ajustar expectativas, facilitar a**

identificação de recursos (e.g., pessoas da rede de apoio; apoios sociais de parentalidade) **e o desenvolvimento de competências** (e.g., estratégias de regulação da ansiedade), assim como discutir o envolvimento do/a companheiro/a no parto.

A **preparação de um plano de parto**, que considere tanto as preferências da mulher grávida, como a diversidade de possibilidades no parto, e que é discutido de forma continuada, é fundamental para a gestão do parto e pós-parto. O envolvimento das grávidas na definição deste plano permite que experienciem maior sensação de controlo e de autoeficácia, aumentando a sua satisfação com os/as profissionais de Saúde e, em suma, traduz-se em experiências de parto mais positivas (Bell et al., 2022).

Intervenções psicológicas em situações de parto traumático

As/Os profissionais da Psicologia podem ajudar as grávidas e os/as seus/suas companheiros/as a lidar com as experiências traumáticas de parto. Estas intervenções psicológicas, de modo generalista, envolvem processar as memórias e emoções associadas à experiência traumática, restruturando significados atribuídos para que a experiência possa ser integrada na narrativa de vida da mulher e da família.

Existem evidências de que as intervenções psicológicas, sobretudo com abordagens focadas no trauma, são eficazes (NICE, 2022; Shorey et al., 2023). Os/as Psicólogos/as podem ajudar a diminuir as barreiras na procura de ajuda por mulheres e parceiro/a (e.g., nas aulas de preparação para o parto, na articulação com médico/a de família), nomeadamente, através da **educação psicológica deliberada sobre parto traumático**, facilitando o reconhecimento de sintomas, bem como a procura de ajuda atempada (Slade et al., 2021).

Intervenções psicológicas centradas na relação cuidador/a-bebé

Por diferentes razões (e.g., gravidez indesejada; depressão pós-parto; parto traumático; nascimento prematuro) podem surgir dificuldades no estabelecimento da relação entre o/a bebé e o pai e/ou a mãe. Nestes casos, existem intervenções que podem ser implementadas em contextos de Saúde ou domiciliares.

As intervenções mais eficazes são aquelas que **envolvem tanto os/as cuidadores/as como o/a bebé**, ajudando os/as cuidadores/as a reconhecer as dificuldades sentidas na interação, a reestruturar crenças relativamente ao bebé e à parentalidade, assim como a interpretar e responder de forma sensível aos sinais e comportamentos do/a bebé. Ainda, permitem uma melhor compreensão sobre o desenvolvimento infantil e desenvolver competências de regulação emocional, de comunicação e cooperação parental, assim como a construção de uma rede de apoio que envolva outras pessoas (e.g., avós; amigos) nos cuidados do/a bebé.

Em síntese, estas intervenções contribuem para o **estabelecimento de relações de vinculação seguras** e a melhoria de competências parentais promotoras do desenvolvimento infantil (Wright & Edginton, 2016).

Intervenção psicoterapêutica

Esta intervenção especializada pode ser usada de forma transversal e complementar a outras intervenções no período que corresponde à totalidade dos primeiros 1000 dias.

A psicoterapia é considerada o **recurso de primeira-linha** para ajudar as gestantes a lidar com problemas de Saúde Psicológica durante a gravidez, uma vez que, durante este período, podem ter a indicação médica de reduzir ou deixar de tomar determinada medicação psiquiátrica. Ainda, a psicoterapia parece indicada para dificuldades psicológicas experienciadas no pós-parto como, por exemplo, associadas a **depressão pós-parto** (Stuart, 2012; Wang et al., 2023).

O pai ou o/a companheiro/a também pode experienciar sintomas de depressão ou ansiedade pós-parto, beneficiando igualmente de apoio psicológico (NICE, 2022).

Grupos de apoio facilitados por Psicólogos/as

Os grupos de apoio podem servir diversas funções. Os grupos podem ter como objetivo a criação de partilhas entre **grávidas** que estão a passar por processos semelhantes, fortalecendo a sensação de autoeficácia e autocompaixão. Podem ser grupos de apoio para **pais/cuidadores** que procuram e beneficiam de apoio na sua transição para a parentalidade. Podem ainda, por exemplo, ser grupos direcionados a **cuidadores/as de bebé que nasceram prematuros**.

Neste formato de intervenção, o/a Psicólogo/o facilita não só a **partilha de experiências**, mas, também, a **educação psicológica deliberada** sobre diferentes tópicos (e.g., desenvolvimento infantil; dificuldades de Saúde Psicológica; preocupações e medos associados à parentalidade), assim como a **promoção de competências parentais** em diferentes momentos da gravidez e do desenvolvimento do/a bebé/criança (Evans et al., 2020; Ocampo et al., 2021).

Intervenção Precoce na Infância

A avaliação de diferentes competências cognitivas e socioemocionais do/a bebé/criança, assim como de problemas do (neuro)desenvolvimento, envolve a **utilização de instrumentos e métodos nos quais os/as Psicólogos/as são especialistas**. Os/as Psicólogos/as podem implementar intervenções com objetivos que vão desde o desenvolvimento de competências cognitivas e de socialização até a competências de resolução não-violenta de problemas (Smythe et al., 2021).

Os/As Psicólogos/as em IPI podem também servir a função de **elo de ligação entre os/as diferentes profissionais e os familiares** presentes nos contextos de vida da criança (e.g., familiar, educativo, comunitário). O modelo seguido em IPI pressupõe o empoderamento e a participação ativa das famílias nos processos de tomada de decisão, reconhecendo-as como parceiras nos cuidados prestados. Por exemplo, podem colaborar com educadores/as de creche, delineando **planos de intervenção** apropriados às necessidades específicas do/a bebé/criança, em congruência com as intervenções centradas na família (Smythe et al., 2021).
Sobre as funções dos/as Psicólogos/as nesta área específica de intervenção, a OPP elaborou, em 2018, o documento O Papel e a Importância dos Psicólogos na Intervenção Precoce.

Contextos Comunitários

Programas de Promoção de Competências Parentais

Em contextos comunitários (e.g., Unidades de Cuidados na Comunidade; Juntas de freguesia, organizações de apoio a famílias monoparentais ou pessoas em situação de vulnerabilidade económica), os/as Psicólogos podem contribuir para implementar **programas que promovem as competências parentais** (e.g., estratégias de comunicação positiva; regulação emocional do/a bebé/criança; gestão de comportamentos desafiantes; estabelecimento de rotinas; atividades estimulantes do desenvolvimento infantil) **e a construção de redes de apoio**.

Estes programas reúnem **extensas evidências de custo-efetividade**, resultando, a longo prazo, em melhores índices de Saúde e de sucesso escolar, inclusive durante a adolescência. Estes programas facilitam o desenvolvimento saudável e mitigam o impacto da pobreza, exclusão social e desigualdade (Van Ryzin et al., 2016).

Na Austrália, programas dirigidos a crianças em idade pré-escolar para a prevenção da ansiedade geram aproximadamente geram ganhos substanciais em Saúde a um custo altamente aceitável (Mihalopoulos et al., 2015). Na Suécia, os programas de competências parentais geram retornos positivos de aproximadamente 6-16€ por cada 1€ investido (Nystrand et al., 2020). Nos EUA, um programa de prevenção de maus-tratos infantis junto de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica, com visitas domiciliárias, garantiam um retorno de aproximadamente 7€ por cada 1€ investido (Peterson et al., 2018).

Promover a Literacia em Desenvolvimento Infantil, Parentalidade e Saúde Psicológica

As **campanhas públicas de sensibilização e informação** sobre os primeiros 1000 dias de vida tornam-se mais eficientes quando sustentadas nas evidências da Ciência Psicológica, quer visem cuidadores/as, educadores/as de infância, decisores/as ou profissionais de Saúde.

Os/as profissionais de Psicologia podem comunicar sobre as potencialidades do desenvolvimento infantil, os fatores protetores para gravidezes saudáveis, a importância dos contextos de vida para o desenvolvimento e a eficácia das intervenções promotoras do desenvolvimento e bem-estar dos bebés/crianças e das suas famílias.

O aumento da literacia nestas áreas pode conduzir a conhecimento mais profundo sobre como apoiar o desenvolvimento saudável das crianças, reduzir os riscos associados a práticas inadequadas e **robustecer a capacidade para os/as cuidadores/as criarem ambientes seguros, afetivos e estimulantes**. Além disso, uma maior literacia sobre os primeiros 1000 dias pode promover a procura de ajuda de mães e pais, desmistificando o estigma em torno dos problemas de Saúde Psicológica na gravidez e nos primeiros anos de parentalidade, incentivando-os/as a usar serviços de Saúde Mental.

Contextos Educativos

Promoção de competências socioemocionais

A promoção das competências socioemocionais desde a primeira infância tem um impacto significativo no desenvolvimento e bem-estar das crianças. A intervenção de Psicólogas/os em creches e jardins de infância pode ser importante para criar ambientes promotores do desenvolvimento destas competências, essenciais para o futuro sucesso social, escolar e laboral.

Os programas de promoção destas competências devem ser implementados em colaboração com os agentes educativos, para que estes/as possam ir auxiliando, ao longo do tempo, as crianças a desenvolver estratégias de **autocontrolo**, a ter **comportamentos pró-sociais**, a **comunicar as suas necessidades e perspetivas** e, entre outras competências, **a resolverconflitos** (Del Bono et al., 2024).

Adicionalmente, os/as Psicólogos/as podem desempenhar um papel de **consultoria colaborativa** junto das equipas educativas, apoiando a reflexão sobre práticas pedagógicas, o planeamento de estratégias e a promoção da qualidade global dos contextos.

Formação de educadores/as e outros profissionais

Uma vez que o fator mais determinante da qualidade dos contextos de educação de infância é a qualidade dos/as suas/seus profissionais, os/as Psicólogos/as podem contribuir para a **formação de educadores/as de infância, amas, professores/as**, entre outros/as intervenientes no percurso educativo das crianças. Adicionalmente, podem ser desenvolvidos e/ou implementados programas de promoção da literacia em Saúde Psicológica acessíveis a toda a comunidade de educação de infância (Gabinete da Secretária de Estado para a Promoção da Saúde, 2024).

Contextos Organizacionais

Programas de reintegração gradual

Os/As Psicólogos/as podem **facilitar a transição de pais, mães e/ou cuidadores/as que regressam ao trabalho após a licença parental**. Um programa de reintegração gradual permite regressar de forma faseada, envolve a chefia do/a cuidador/a, incluindo, quando possível, horários flexíveis e trabalho à distância.

No período de regresso ao trabalho, mães e pais devem receber informação atualizada sobre eventuais mudanças ocorridas na organização durante a sua ausênciae retomar faseadamente as suas responsabilidades. Outro modo de promover a flexibilidade no local de trabalho passa por permitir aos pais e às mães ajustar o seu horário para lidar com imprevistos, como a criança ficar doente ou, por exemplo, levá-la a consultas (Lucia-Casademunt et al., 2018).

Contributo para políticas e medidas pró-parentalidade

Os/As Psicólogos/as podem contribuir para que os espaços laborais se adequem às necessidades de grávidas, mães, pais ou cuidadores/as durante os primeiros anos de vida do/a bebé/criança.

Exemplos de medidas concretas incluem a criação de zonas de amamentação ou de extração de leite, a disponibilidade de salas tranquilas para chamadas urgentes relacionadas com os filhos/as, ou, ainda, a implementação de políticas de equilíbrio vida pessoal/vida profissional, incluindo tolerância a atrasos associados ao cuidado infantil, atribuição de benefícios (e.g., licença paga no dia de aniversário do/a filho/a).

Adicionalmente, os Psicólogos/as podem **advogar por políticas laborais protetoras das grávidas que laboram por turnos**. O trabalho noturno e/ou por turnos rotativos e desregulados pode afetar o sono e a Saúde Psicológica, com impactos adversos no desenvolvimento fetal e maior probabilidade de parto prematuro. Deve ser garantida a possibilidade de reconfiguração dos horários de trabalho durante a gravidez, assegurando o direito à transferência para tarefas diurnas ou horários regulares, sem perda de remuneração nem penalizações contratuais.

Documento Elaborado com a Colaboração de:

Carolina Garraio (CP 26548)

Cecília Aguiar (CP 3537)

Referências Bibliográficas

Abrams, Z. (2022). The urgent necessity for paid parental leave. *Monitor on Psychology*, *53*(3), 1-10.

ABC Pediatrics (s.d.). Your child second year. Retirado de https://www.abcpediatrictherapy.com/your-childs-second-year/.

Alio, A., Salihu, H., Kornosky, J., Richman, A. & Marty, P. (2010). Feto-infant health and survival: Does paternal involvement matter?. *Maternal and Child Health Journal*, *14*, 931-937.

American Academy of Pediatrics (2012). Policy statement – Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, *129*(3), 827–841.

Ansari, A. & Winsler, A. (2013). Stability and sequence of center-based and family childcare: Links with low-income children's school readiness. *Children and Youth Services Review*, *35*, 358-396.

Baden, A. & Wiley, M. (2007). Counseling Adopted Persons in Adulthood: Integrating Practice and Research. *The Counseling Psychologist*, *35*, 868-902.

Bakermans-Kranenburg, M. & van IJzendoorn, M. (2023a). *Becoming a new father – The transition to fatherhood*. Retirado de: https://childandfamilyblog.com/becoming-a-new-father/.

Bakermans-Kranenburg, M. & van IJzendoorn, M. (2023b). Sensitive responsiveness in expectant and new fathers. *Current Opinion in Psychology*, *50*(101580), 1-6.

Bakermans-Kranenburg, M., Lotz, A., Alyousefi-van Djik & van IJzendoorn, M. (2019). Birth of a Father: Fathering in the First 1,000 Days. *Child Development Perspectives*, *13*(4), 247–253.

Barros, A. & Ewerling, F. (2016). Early childhood development: a new challenge for the SDG era. *Lancet*, *4*, 1-2.

Bauer, A., Knapp, M. & Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord*., *192*, 83-90.

Bauer, A., Knapp, M., Matijasevich, A., Osório, A. & Silvestre de Paula, C. (2022). The lifetime costs of perinatal depression and anxiety in Brazil. *J Affect Disord*., *319*, 361-369.

Bauer, A., Gregoire, A., Tinelli, M. & Knapp, M. (2024). Costs and benefits of scaling psychosocial interventions during the perinatal period in England: A simulation modelling study. *International Journal of Nursing Studies*, *154*, 1-9.

Bedaso, A., Adams, J., Peng, W. & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod. Health*, *18*(162), 1-23.

Bell, C., Muggleton, S. & Davis, D. (2022). Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*, *111*, 1-11.

Beumer, W. Y., Reilingh, A. Y., Dalmijn, E., Roseboom, T. J., & van Ditzhuijzen, J. (2025). Motivations for abortion or continuation of an unwanted pregnancy: A scoping review of the global literature. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *57*(1), 45-62.

Beumer, W. Y., Roseboom, T. J., Koot, M. H., Vrijkotte, T., & van Ditzhuijzen, J. (2023). Carrying an unintended pregnancy to term and long-term maternal psychological distress: Findings from the Dutch prospective Amsterdam Born Children and their Development study. *Women's Health, 19*, 17455057231213737.

Black, M., Walker, S., Fernald, L., … & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*, *398*, 77-90.

Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., … & Chan, G. J. (2016). Kangaroo Mother Care and neonatal outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics, 137*(1), e20152238.

Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 371–399.

Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 23*(4), 201–222.

Bryson, C., Brewer, M., Sibieta, L. & Butt, S. (2012). *The role of informal childcare: A synthesis and critical review of the evidence - Full report*. Nuffield Foundation.

Bugaeva, P., Arkusha, I., Bikaev, R., … & Munblitt, D. (2023). Association of breastfeeding with mental disorders in mother and child: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, *21*(393), 1-19.

Buisman, R., Alyousefi-van Djik, K., de Waal, N., … & Bakermans-Kranenburg, M. (2022). Fathers' sensitive parenting enhanced by prenatal videofeedback: a randomized controlled trial using ultrasound imaging. *Paediatric Research*, *93*, 1024-1030.

Carlander, A., Hultstrand, J., Reuterwall, I., … & Kullinger, M. (2023). Unplanned pregnancy and the association with maternal health and pregnancy outcomes: A Swedish cohort study. *PLoS One*, *18*(5), 1-12.

Carlhäll, S., Nelson, M., Svenvik, M., Axelsson, D., & Blomberg, M. (2022). Maternal childbirth experience and time in labor: A population-based cohort study. *Scientific Reports*, *12*(1), 1-11.

Carollo, A., Montefalcone, P., Bornstein, M. H., & Esposito, G. (2023). A scientometric review of infant cry and caregiver responsiveness: Literature trends and research gaps over 60 years of developmental study. *Children (Basel), 10*(6), 1042.

Centers for Disease Control (2023a). *Important Milestones: Your Baby By Fifteen Months*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-15mo.html#print.

Centers for Disease Control (2023b). *Important Milestones: Your Baby By Eighteen Months*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-18mo.html.

Centers for Disease Control (2023c). *Important Milestones: Your Baby By Two Years*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-2yr.html.

Centers for Disease Control (CDC) (2024a). *Module 2: Understanding Children's Developmental Milestones*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/watchmetraining/module2.html.

Centers for Disease Control (CDC) (2024b). *Important Milestones: Your Baby By Two Months*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-2mo.html.

Centers for Disease Control (CDC) (2024c). *Important Milestones: Your Baby By Four Months*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-4mo.html.

Centers for Disease Control (CDC) (2024d). *Important Milestones: Your Baby By Six Months*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-6mo.html.

Centers for Disease Control (CDC) (2024e). *Important Milestones: Your Baby By Nine Months*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-9mo.html.

Centers for Disease Control (CDC) (2024f). *Important Milestones: Your Child By One Year*. Retirado de https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-1yr.html.

Centers for Disease Control (CDC) (2024g). Positive Parenting Tips: Infants (0–1 years). Retirado de: https://www.cdc.gov/child-development/positive-parenting-tips/infants.html.

Centers for Disease Control (CDC) (2024h). Positive Parenting Tips: Toddlers (1–2 years old). Retirado de: https://www.cdc.gov/child-development/positive-parenting-tips/toddlers-1-2-years.html.

Center on the Developing Child (2017). *Applying the Science of Child Development in Child Welfare Systems*. EUA: Harvard University.

Chang, J., Pien, G., Duntley, S. & Macones, G. (2010). Sleep Deprivation during Pregnancy and Maternal and Fetal Outcomes: Is There a Relationship?. *Sleep Med. Rev*., *14*(2), 107-114.

Chung, C-Y., Liu, W-Y., Chang, C-J., … & Wong, A. (2010). The relationship between parental concerns and final diagnosis in children with developmental delay. *Journal of Child Neurology*, *26*(4), 413-419.

Clark, H., Coll-Seck, A., Banerjee, A., … & Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. *Lancet*, *395*, 605-658.

Clayton, S., Manning, C. M., Speiser, M., & Hill, A. N. (2021). *Mental Health and Our Changing Climate: Impacts, Inequities, Responses*. Washington, D.C.: American Psychological Association, and ecoAmerica.

Cooper, D. B. & Yang L. (2023) *Pregnancy And Exercise*. *StatPearls Publishing*. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430821/.

Crealey, G. E., Hickey, G., & McGilloway, S. (2024). A cost-effectiveness analysis of a universal, preventative-focused, parent and infant programme. *BMC Health Services Research, 24*, 176.

Dadi, A., Miller, E., Bisetgn, T. & Mwani, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*, *20*(173), 1-16.

Daniele, M. (2021). Male partner participation in maternity care and social support for childbearing women: a discussion paper. *Phil. Trans. R. Society Soc. B.*, *376*, 1-9.

Darling, J. C., Bamidis, P. D., Burberry, J., & Rudolf, M. C. J. (2020). The first thousand days: Early, integrated and evidence-based approaches to improving child health: Coming to a population near you? *Archives of Disease in Childhood, 105*(9), 837–841.

Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, *22*(6), 817-824.

Del Bono, E., Etheridge, B. & Garcia, P. (2024). *The Economic Value of Childhood Socio-Emotional Skills*. Reino Unido: Institute for Social & Economic Research.

Delicate, A., Ayers, S., Easter, A. & McMullen, S. (2017). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *36*(1), 102-115

Deneault, A-A., Duschinsky, R., van IJzendoorn, M., … & Madigan, S. (2023). Does child-mother attachment predict and mediate language and cognitive outcomes? A series of meta-analyses. *Developmental Review*, *70*, 1-30.

Diniz, E., Brandão, T., Monteiro, L., & Veríssimo, M. (2021). Father involvement during early childhood: A systematic review of the literature. *Journal of Family Theory & Review*, *13*(1), 77–99.

Dong, Q., Steen, M. & Wepa, D. (2022a). Fathers providing kangaroo care in neonatal intensive care units: a scoping review. *Evidence Based Midwifery*, *20*(2), 20-36.

Dong, Q., Steen, M., Wepa, D. & Eden, A. (2022b). Exploratory study of fathers providing Kangaroo Care in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Nursing*, *00*, 1-12.

Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, O. & Gulmezoglu, A. (2015). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*, 123, 529-539.

Draper, C., Yousafzai, A., McCoy, D., … & Okely, A. (2024). The next 1000 days: building on early investments for the health and development of young children. *Lancet*, *404*(10467), 2094-2116.

European Institute for Gender Equality (2020). *Poverty, gender and lone parents in the EU*. EIGE.

Evans, K., Spiby, H. & Morrell, C.J. (2020). Developing a complex intervention to support pregnant women with mild to moderate anxiety: application of the Medical Research Council framework. *BMC Pregnancy Childbirth*, *20*(777), 1-12.

Farah, M. (2018). Socioeconomic status and the brain: prospects for neuroscience-informed policy. *Nature Reviews Neuroscience*, *19*, 428-438.

Fearon, R., Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M., Lapsley, A-M. & Roisman, G. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, *81*(2), 435-456.

Feldman, R., Eidelman, A., Sirota, L. & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: Parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, *110*(16), 1-13.

Feldman, R., Rosenthal, Z. & Eidelman, A. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control: Across the first 10 years of life. *Biol Psychiatry*, *75*, 56-64.

Fenaroli, V., Molgora, S., Dodaro, S., … & Ragusa, A. (2019). The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(419), 1-7.

Ferrari, N. & Joisten, C. (2021). Impact of physical activity on course and outcome of pregnancy from pre- to postnatal. *European Journal of Clinical Nutrition*, *75*, 1698–1709.

Filipova, T., Kopsieker, L., Gerritsen, E., Bodin, E., Brzezinsky, B. & RubioRamirez, O. (2020). *Mental health and the environment: How European policies can better reflect environmental degradation's impact on people's mental health and well-being*. European Environmental Policy (IEEP) & the Barcelona Institute for Global Health (IS-Global).

Fischer, R. C., Stanford, J., Jameson, P. & DeWitt, J. M. (1999). Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. *Journal of Family Practice, 48*(2), 117–122.

Fisher, S., Cobo, J., Figueiredo, B., … & Singley, D. (2021). Expanding the international conversation with fathers' mental health: toward an era of inclusion in perinatal research and practice. *Archives of Women's Mental Health*, *24*, 841-848.

Forssén, A. S. (2012). Lifelong significance of disempowering experiences in prenatal and maternity care: Interviews with elderly Swedish women. Qualitative Health Research, 22(11), 1535-1546.

Foster, D. G., Raifman, S. E., Gipson, J. D., Rocca, C. H., & Biggs, M. A. (2019). Effects of carrying an unwanted pregnancy to term on women's existing children. *The Journal of Pediatrics, 205*, 183–189.

Gabinete da Secretária de Estado para a Promoção da Saúde (2024). *Psicologia na prestação de Cuidados de Saúde: Intervenção Precoce na Infância*. Lisboa: Secretaria de Estado.

Galán, C., Meza, J., Ridenour, T. & Shaw, D. (2022). Racial discrimination experienced by black parents: Enduring mental health consequences for adolescent youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *61*(10), 1251-1261.

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., … & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(191), 1-10.

Gennetian, L., Halpern-Meekin, S., Meyer, L., … & Yohikawa, H. (2023). Cash to US Families at Scale: Behavioral Insights on Implementation from the Baby's First Years Study. D. In Soman, J. Zhao, & S. Datta (Eds.), *Using Cash Transfers to Build an Inclusive Society: A Behaviorally Informed Approach*. University of Toronto Press.

Ghahremani, T., Bailey, K., Whittington, J., … & Magann, E. (2023). Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 977-982.

Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: A review of the literature. *Studies in Family Planning, 39*(1), 18–38.

Goh, A., Fearon, P., van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M. & Roisman, G. (2016). Attachment in the early life course: meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives*, *11*(1), 70-76.

Goutaudier, N., Lopez, A., Séjourné, N., Denis, A., & Chabrol, H. (2011). Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*(4), 364–373.

Gulzar, A. & Safdar, F. (2023). Experiences of Mothers Who Relinquished Their Child for Adoption in Pakistan: A Qualitative Study. *Cult Med Psychiatry*, *43*, 350-371.

Guralnik, M. (2016). Early Intervention for Children with Intellectual Disabilities: An Update. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *30*, 211-229.

Harskamp-van Ginkel, M., Ierodiakonou, D., Margetaki, K., … & Chatzi, L. (2020). Gestational sleep deprivation is associated with higher offspring body mass index and blood pressure. *Sleep Journal*, *43*(12), 1-9.

Hart, E. R., Gennetian, L. A., Sperber, J., … & Noble, K. G. (2024). The effect of unconditional cash transfers on maternal assessments of children's early language and socioemotional development: Experimental evidence from U.S. families residing in poverty. *Developmental Psychology, 60*(12), 2290–2305.

Healthy Children (2023). *Ages & Stages*. Retirado de https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/Pages/default.aspx.

Hepper, P. (2015). Behavior During the Prenatal Period: Adaptive for Development and Survival. *Child Development Perspectives*, *9*(1), 38-43.

Hunt, X., Laurenzi, C., Skeen, S., … & Tomlinson, M. (2021). Family disability, poverty and parenting stress: Analysis of a cross-sectional study in Kenya. *10*(744), 1-8.

Hutchison, J., Mahdy, H., Jenkins, S. M., (2025). Normal labor: Physiology, evaluation, and management. *StatPearls Publishing*. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/.

Imrie, S. & Golombok, S. (2020). Impact of new family forms on parenting and child development. *Annual Review of Developmental Psychology*, *2*, 295-316.

Indrio, F., Pietrobelli, A., Dargenio, V. N., … & Pettoello-Mantovani, M. (2023). The key 1000 life-changing days. *Global Pediatrics, 4*, 100049.

International Planned Parenthood Federation (2022). *Gynaecological and Obstetric Violence*. IPPF.

IPSOS (2025). Understanding public attitudes towards early childhood: Challenges facing parents and the support they need. https://centreforearlychildhood.org/wp-content/uploads/2025/05/The-Royal-Foundation-Centre-for-Early-Childhood_Public_Perceptions_Survey_second_release_April_2025.pdf

Kavanaugh, M. L., Kost, K., Frohwirth, L., Maddow-Zimet, I., & Gor, V. (2017). Parents' experience of unintended childbearing: A qualitative study of factors that mitigate or exacerbate effects. *Social Science & Medicine, 174*, 133–141.

Kempler, L., Sharpe, L., Marshall, N. & Bartlett, D. (2020). A brief sleep focused psychoeducation program for sleep-related outcomes in new mothers: a randomized controlled trial. *Sleep Journal*, *43*(11), 1-12.

Kolb, B. (2009). Brain and behavioural plasticity in the developing brain: Neuroscience and public policy. *Paediatr Child Health*, *14*(10), 651-652.

Kotelchuck, M. (2021). The impact of father's health on reproductive and infant health and development. In M., Grau-Grau, M. Las Heras Maestro, & H. Riley Bowles (Eds.), *Engaged Fatherhood for Men, Families and Gender Equality: Contributions to Management Science* (pp. 31-61). Springer.

Krapf-Bar, D., Davidovitch, M., Rozenblatt-Perkal, Y., & Gueron-Sela, N. (2022). Maternal mobile phone use during mother–child interactions interferes with the process of establishing joint attention. *Developmental Psychology, 58*(9), 1639–1651.

Krol, K. & Grossman, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 61(8), 877-985.

Larsson, A., Warna-Furu, C. & Nasman, Y. (2016). The meaning of caring in prenatal care from Swedish women's perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(4), 702-709.

Lawson, G. M., Hook, C. J., & Farah, M. J. (2018). A meta-analysis of the relationship between socioeconomic status and executive function performance among children. *Developmental Science, 21*(2), e12529.

Latino, A. L., Miglioranzi, P., Coppo, E., & Giannotta, F. (2024). Knowing, recognizing, and preventing shaken baby syndrome: The role of primary care pediatrician. *Global Pediatrics, 9*, 100206.

Leach, P. (2010). *Your baby & child: From birth to age five*. Reino Unido: Dorling Kindersley Limited London.

Lee, G. & Kisilevsky, B. (2013). Fetuses respond to father's voice but prefer mother's voice after birth. *Developmental Psychobiology*, *56*, 1-11.

Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Karlsdottir, S. I., … & Thomson, G. (2023). Developing a woman-centered, inclusive definition of positive childbirth experiences: A discussion paper. *Birth, 50*(2), 362–383.

Letourneau, N. L., Duffett-Leger, L., Levac, L., Watson, B., & Young-Morris, C. (2011). Socioeconomic status and child development: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *21*(3), 211-224.

Linde, K., Lehnig, F., Nagl, F. & Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*, *81*, 1-37.

Lucia-Casademunt, A., García-Cabrera, A., Padilla-Angulo, L. & Molina, D. (2018). Returning to work after childbirth in Europe: Well-being, work-life, and the interplay of supervisor support. *Frontiers in Psychology*, 1-10.

Madigan, S., Fearon, P., van IJzendoorn, M., … & Verhage, M. (2023). The first 20,000 strange situation procedures: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 149*(1-2), 99-132.

Marx, V. & Nagy, E. (2015). Fetal behavioural responses to maternal voice and touch. *PLoS ONE*, *10*(6), 1-15.

Mazrekaj, D. & Jin, Y. (2023). Mental health of children with gender and sexual minority parents: a review and future directions. *Humanities & Social Sciences Communications*, 1-6.

McMullen, M. (2013). Understanding development of infants and toddlers. In C. Copple, S. Bredekamp, D. Koralek, & K. Charner (Eds.), *Developmentally appropriate practice: Focus on infants and toddlers* (pp. 23–50). National Association for the Education of Young Children (NAEYC).

Meander, L., Lindqvist, M., Mogren, I. … & Domellof, M. (2021). Physical activity and sedentary time during pregnancy and associations with maternal and fetal health outcomes: an epidemiological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(166), 1-11.

Medline (2023). *Fetal development*. Retirado de https://medlineplus.gov/ency/article/002398.htm#:~:text=Week%2010.

Melhuish, E., Ereky-Stevens, K., Petrogiannis, K., … & Leseman, P. (2015). *A review of research on the effects of Early Childhood Education and Care (ECEC) upon child development*. Reino Unido: University of Oxford.

Meltzer-Brody, S., Howard, L., Bergink, V., … & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Review Disease Primers*, *4*(18022).

Mihalopoulos, C., Vos, T., Rapee, R., … & Carter, R. (2015). The population cost-effectiveness of a parenting intervention designed to prevent anxiety disorders in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(9), 1026-1033.

Migliorini, L., Cardinali, P. & Rania, N. (2019). How Could Self-Determination Theory Be Useful for Facing Health Innovation Challenges?. *Frontiers in Psychology*, *10*(1870), 1-10.

Moreau, C., Bonnet, C., Beuzelin, M. & Blondel, B. (2022). Pregnancy planning and acceptance and maternal psychological distress during pregnancy: results from the National Perinatal Survey, France, 2016. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(162), 1-12.

Moore, E., Bergman, N., Anderson, G. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, 1-125.

Moore, T., Arefadib, N., Deery, A. & West, S. (2017). *The first thousand days: An evidence paper*. Parkville, Victoria: for Community Child Health, Murdoch Children's Research Institute.

Morniroli, D., Tiraferri, V., Maiocco, G., … & Giannì, M. L. (2023). Beyond survival: The lasting effects of premature birth. *Frontiers in Pediatrics, 11*, 1213243.

Muktabhant, B., Lawrie, T., Lumbiganon, P. & Laopaiboon, M. (2015). Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*, 1-207.

Nações Unidas (1990). *Convenção para os Direitos da Criança*. Retirado de https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf.

National Guideline Alliance (UK). (2017). *Developmental follow-up of children and young people born preterm* (NICE Guideline No. 72). National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Retirado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533204/.

National Institute for Health and Care Excellence (2020). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Reino Unido: NICE.

National Institute for Health and Care Excellence (2021). *Antenatal care*. Retirado de https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941.

National Institute for Care Excellence (2022). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance – Updated 2022*. Reino Unido: NICE.

National Institute for Care Excellence (2025). Maternal and child nutrition: nutrition and weight management in pregnancy, and nutrition in children up to 5 years. Reino Unido: NICE.

Nelson, S. K., Kushlev, K., & Lyubomirsky, S. (2014). The pains and pleasures of parenting: When, why, and how is parenthood associated with more or less well-being? *Psychological Bulletin, 140*(3), 846–895.

Noble, K., Magnuson, K., Gennetian, L., … & Halpern-Meekin, S. (2021). Baby's First Years: Design of a Randomized Controlled Trial of Poverty Reduction in the U.S. *Pediatrics*, *148*(4), 1-17.

Norholt, H. (2020). Revisiting the roots of attachment: A review of biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behavior and Development*, *60*, 1-19.

Nystrand, C., Hultkrantz, L., Vimefall, E. & Feldman, I. (2020). Economic Return on Investment of Parent Training Programmes for the Prevention of Child Externalising Behaviour Problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *47*, 300–315.

Ocampo, M., Tinero, J. & Rojas-Ashe, E. (2021). Psychosocial interventions and support programs for fathers of NICU infants – A comprehensive review. *Early Human Development*, 1-6.

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., … & Nieuwenhuijze, M. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, *8*, 1-11.

Onsomu, L. K., & Ng'eno, H. (2025). The importance of investing in the first 1000 days of life: Evidence and policy options. *Economies*, *13*(4), 105.

Organization of Teratology Information Specialists (OTIS) (2023). *Mother to Baby Factsheet – Critical Periods of Development*. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582659/.

Orenstein, G. A., & Lewis, L. (2022). *Erikson's stages of psychosocial development*. StatPearls Publishing. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/.

Palacios, J., Adroher, S., Brodzinsky, D. M., Grotevant, H. D., Johnson, D. E., Juffer, F., Martínez-Mora, L., Muhamedrahimov, R. J., Selwyn, J., Simmonds, J., & Tarren-Sweeney, M. (2019). Adoption in the service of child protection: An international interdisciplinary perspective. *Psychology, Public Policy, and Law*, *25*(2), 57–72.

Parker, M. G., de Cuba, S. E., Rateau, L. J., … & Garg, A. (2022). Household unmet basic needs in the first 1000 days and preterm birth status. *Journal of Perinatology, 42*(3), 389–396.

Peralta, S., Carvalho, B. & Fonseca, M. (2024). *Portugal, Balanço Social 2023: Relatório Anual*. Lisboa: NOVA School of Business & Economics.

Peterson, C., Florence, C., Thomas, R. & Klevens, J. (2018). Cost-Benefit Analysis of two child abuse and neglect primary prevention programs for US States. *Pre Sci.*, *19*(6), 705-715.

Planalp, E. M., & Goldsmith, H. H. (2020). Observed profiles of infant temperament: Stability, heritability, and associations with parenting. *Child Development, 91*(3), 563–580.

Pregnancy, birth & baby (2023). *Bonding with your baby during pregnancy*. Retirado de https://www.pregnancybirthbaby.org.au/bonding-with-your-baby-during-pregnancy.

Price, S. & Caughey, A. (2020). The impact of prenatal care on pregnancy outcomes in women with depression. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-8.

Reilly, N., Hadzi-Pavlovic, D., Loxton, D., … & Austin, M. (2022). Supporting routine psychosocial assessment in the perinatal period: The concurrent and predictive validity of the Antenatal Risk Questionnaire-Revised. *Woman and Birth*, *35*, 118-124.

Requejo, J., Merialdi, M., Althabe, F., … ., & Menon, R. (2013). Born too soon: Care during pregnancy and childbirth to reduce preterm deliveries and improve health outcomes of the preterm baby. *Reproductive Health, 10*(1), S4.

Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Abrams, A., … & Gillman, M. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*, *60*, 221-227.

Roberts, D., Jackson, L., Davie, P., … & Silverio, S. (2023). Exploring the reasons why mothers do not breastfeed, to inform and enable better support. *Frontiers in Global Women's Health*, 1-7.

Roia, A., Paviotti, E., Ferluga, V., … & Tamburlini, G. (2014). Promoting effective child development practices in the first year of life: Does timing make a difference? *BMC Pediatrics, 14*, 222.

Royal College of Midwives (2019). *Parental emotional wellbeing and infant development*. Reino Unido: RCM.

Samuelsson, I. P., & Carlsson, M. A. (2008). The Playing Learning Child: Towards a pedagogy of early childhood. *Scandinavian Journal of Educational Research*, *52*(6), 623–641.

Say, L., Gemmill, A., Tunçalp, O., … & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*, *2*, 323-333.

Schetter, C. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annu. Rev. Psychol*., *62*, 531-558.

Shareef, N., Scholten, N., Nieuwenhuijze, M., … & van Dillen, J. (2023). The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. *Women and Birth*, *36*, 327-333.

Shaw, G. (2024). *Baby's First Year: How Infants Develop*. Retirado de: https://www.webmd.com/parenting/baby/features/stages-of-development.

Shonkoff, J. & Garner, A. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *American Academy of Pediatrics*, *129*, 232-246.

Shonkoff, J., Levitt, P., Boyce, W., … & Rolnick, A. (2010). *Early experiences can alter gene expression and affect long-term development: Working Paper nº 10*. EUA: National Scientific Council on the Developing Child.

Sayler, K., Hartman, S., & Belsky, J. (2021). Antecedents of pregnancy intention and prenatal father engagement: A dyadic and typological approach. *Journal of Family Issues, 43*(8), 1993–2015.

Simic, M., Lučovnik, M., Leskošek, V., … & Velikonja, V. (2020). Abuse of pregnant women in the healthcare system. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(5), 790-793.

Shorey, S., Downe, S., Chua, J. Y., … & Lalor, J. G. (2023). Effectiveness of psychological interventions to improve the mental well-being of parents who have experienced traumatic childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(3), 1238-1253.

Smythe, T., Zuurmond, M., Tann, C., Gladstone, M. & Kuper, H. (2021). Early intervention for children with developmental disabilities in low and middle-income countries – the case for action. *International Health*, *13*(3), 222-231.

Sprenger, M., van Mourik, K., Joosse, E. D., … & Crone, M. R. (2025). Identifying effective components in preventive parenting behaviour change interventions: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies, 34*(4), 867–882

Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., … & Mishra, G. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*, *391*(10132), 1-23.

Stewart, D. & Vigod, S. (2019). Postpartum depression: Pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. *Annual Review of Medicine*, *70*, 183-196.

Stuart, S. (2012). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(2), 134–140.

Summer, J. & Callender, E. (2024). *How to sleep better while pregnant*. Retirado de https://www.sleepfoundation.org/pregnancy/tips-for-better-sleep.

Takegata, M., Matsunaga, A., Ohashi, Y., … & Kitamura, T. (2021). Prenatal and intrapartum factors associated with infant temperament: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 609020.

Tang, A., Crawford, H., Morales, S., … & Fox, N. A. (2020). Infant behavioral inhibition predicts personality and social outcomes three decades later. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 117*(18), 9800–9807.

Tesfaye, G., Madoro, D., & Tsegay, L. (2023). Maternal psychological distress and associated factors among pregnant women attending antenatal care at public hospitals, Ethiopia. *PLoS ONE*, *18*(1), e0280470.

Thompson, R. (2001). Development in the first years of life. *The Future of Children, 11*(1), 20–33.

Timraz, M., Abu-Hamad, B. & Ibaid, A. (2022). Does preconception care make a difference to pregnancy outcomes? A quasi-experimental, mixed-methods study. *Lancet*, 44.

Troller-Renfree, S., Costanzo, M., Duncan, G., … & Noble, K. (2021). The impact of a poverty reduction intervention on infant brain activity. *PNAS*, *189*(5), 1-8.

Troller-Renfree, S., Sperber, J., Hart, E., … & Noble, K. (2023). Associations between maternal stress and infant resting brain activity among families residing in poverty in the U.S. *Biological Psychology*, *184*.

UNESCO (2023). *Why early childhood care and education matters*. Retirado de https://www.unesco.org/en/articles/why-early-childhood-care-and-education-matters.

UNICEF (2018). *Parenting tips for the first two years of life: Advice for every parent.* UNICEF. Retirado de: *https://www.unicef.org/parenting/child-development/baby-tips#1-2-years*

UNICEF (2022). *What to eat when pregnant: Tips for nourishing your growing baby*. UNICEF. Retirado de: https://www.unicef.org/parenting/what-to-eat-when-pregnant.

UNICEF (2023). *Foundations for the Future: Strengthening Early Childhood Education and Care Systems for Ages 0-3 in Europe and Central Asia*. UNICEF. Retirado de: https://www.unicef.org/eca/media/36911/file/Strengthening%20Early%20Childhood%20Education%20and%20Care%20Systems%20for%20Ages%200-3%20in%20Europe%20and%20Central%20Asia.pdf

United Nations General Assembly (2019). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence*. Geneva: United Nations.

Vandell, D. & Gulseven, Z. (2023). The Study of Early Child Care and Youth Development (SECCYD): Studying development from infancy to adulthood. *Annual Review of Developmental Psychology*, *5*, 331-554.

Van Hecke, A., Mundy, P., Acra, F., … & Pomares, Y. (2007). Infant Joint Attention, Temperament, and Social Competence in Preschool Children. *Child Dev., 78*(1), 53-69.

Van Ryzin, M., Fishbein, D. & Biglan, A. (2016). The promise of prevention science for addressing intergenerational poverty. *Psychol Public Policy Law*, *24*(1), 128-143.

Wang, X., Qiu, Q., Shen, Z., Yang, S., & Shen, X. (2023). A systematic review of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Journal of Affective Disorders, 339*, 823–831.

Webb, A., Heller, H., Benson, C. & Lahav, A. (2015). Mother's voice and heartbeat sounds elicit auditory plasticity in the human brain before full gestation. *PNAS*, *112*(10), 3152-3157.

World Health Organization (2016). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. Genebra: World Health Organization.

World Health Organization (2017). *Protecting, promoting and supporting: Breastfeeding in facilities – providing maternity and newborn services*. Genebra: World Health Organization.

World Health Organization (2019). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience - Transforming care of women and babies for improved health and well-being*. Genebra: World Health Organization.

World Health Organization (2020). World Health Organization (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2023a). *Preterm birth*. Retirado de: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth.

World Health Organization (2023b). *Exclusive breastfeeding for optimal growth, development and health of infants*. Retirado de https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding.

Wright, B. & Edginton, E. (2016). Evidence-based parenting interventions to promote secure attachment: Findings from a systematic review and meta-analysis. *Global Pediatric Health*, *3*, 1-14.

Yargawa, J. & Leonardi-Bee, J. (2015). Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, *69*, 604-612.

Yong, M. Q. Y., Yeo, Y., & Shorey, S. (2023). Factors affecting unintended pregnancy resolution from the perspectives of pregnant women and people: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, *127*, 103866.

Yu, M., Sampson, M., Liu, Y. & Rubin, A. (2021). A longitudinal study of the stress-buffering effect of social support on postpartum depression: a structural equation modeling approach. *Anxiety Stress Coping*, *34*(6), 751-765.

Zero to Three (2025). *Ratios and Group Sizes in Child Care Matter for Babies*. Disponível em: https://www.zerotothree.org/wp-content/uploads/2025/02/ratios_brief-1.pdf.

Zhang, X., Li, J., Xie, F., … & Hudson, N. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *123*(5), 1089-1137.

Zubler, J., Wiggins, L., Macias, M., … & Lipkin, P. (2022). Evidence-informed milestones for developmental surveillance tools. *Pediatrics*, *149*(3), 1-29.

ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

www.ordemdospsicologos.pt
www.recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio
www.eusinto.me