



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL  
Da Evidência Científica à construção de um Protótipo de Intervenção em  
Cuidados de Saúde Primários**

**MARIA DA GRAÇA GONÇALVES BENTO SEBASTIÃO**

Coimbra, 2020





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL  
Da Evidência Científica à construção de um Protótipo de Intervenção em  
Cuidados de Saúde Primários**

Maria da Graça Gonçalves Bento Sebastião

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro

Co – Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Forte Camarneiro

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para

Obtenção de grau de Mestre em

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, 2020



*“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos é o primeiro passo para a conquista da sabedoria.”*

**Sócrates**



## **AGRADECIMENTOS**

No meu coração uma gratidão profunda, por tantas pessoas que se cruzaram comigo neste percurso e que viveram comigo este sonho, num estímulo e apoio contínuos:

- Às minhas queridas orientadoras: Professora Doutora Ana Paula Monteiro e Professora Doutora Ana Paula Camarneiro, pela sabedoria e partilha de conhecimentos, pela orientação e exigência e sobretudo pela amizade e estímulo contínuo;

- Ao ACES Médio Tejo e UCC de Abrantes, nas pessoas das Sras. Enfermeiras Maria José Mota e Helena Raquel Olhicas, pelo apoio e disponibilidade na concretização das condições necessárias para a realização do estudo;

- Às grávidas, mães e papás que participaram neste estudo, pela partilha de vivências tão pessoais e por vezes tão difíceis!

- Aos Profissionais de Saúde, pela partilha das suas experiências no exercício profissional;

- À Enfermeira Paula Gil, Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, que logo na primeira hora apoiou este projeto, partilhando as suas experiências e saberes, e tornando este caminho da interdisciplinaridade imensamente gratificante;

- A tantos amigos e colegas que me acompanharam e ajudaram durante todo o projeto;

Por fim, e porque estão em primeiro lugar na minha vida, à minha querida família, ao meu marido e aos meus filhos, pela compreensão nos momentos de ausência, pelo carinho e estímulo nos momentos de desânimo, pela companhia em todas as horas! Imensamente grata!

A todos um bem-haja!





## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**ARSLVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**ESMP** – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**EESMP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**NCS** – National Screening Committee – United Kingdom

**OMS** – Organização Mundial de saúde

**PNSM** – Plano Nacional de Saúde Mental

**SM** – Saúde Mental

**SMMP** – Saúde Mental Materna Perinatal

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**VIH** – Vírus Imunodeficiência Humana

**WHO** – World Health Organization

**WPA** – World Psychiatric Association

**et al.** – e outros

**nº** – número

**p.** – página



## RESUMO

**Enquadramento Teórico/ Problemática:** Os processos que envolvem a transição para a maternidade, presentes em todo o período perinatal, são bastante complexos, abrangendo um conjunto de dimensões experienciadas pela mulher, do ponto de vista biológico, psicológico e social, com significados muito relevantes para a saúde mental materna, com impactos na saúde da mulher e da criança e no sistema familiar e social.

O presente estudo surge da necessidade de aprofundar a compreensão destes aspetos, no sentido de desenvolver uma resposta de saúde direcionada para a promoção da saúde mental materna em CSP, para uma prática baseada na evidência e no âmbito da ESMP.

**Objetivos:** Descrever as vivências emocionais maternas no período perinatal de grávidas e mães em pós-parto até aos 12 meses, bem como, as percecionadas pelos seus companheiros e profissionais de saúde em contexto de CSP; Compreender os fatores de risco e protetores para a saúde mental materna perinatal, percecionados pelas grávidas, mães em pós-parto até aos 12 meses, seus companheiros e profissionais de saúde em contexto de CSP; Construir protótipo de intervenção para a promoção da saúde mental materna, em contexto de CSP e no âmbito da ESMP.

**Metodologia:** Estudo com uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Compreendeu uma colheita de dados através de três *focus groups*: Grávidas e companheiros; Mães e companheiros com bebés até 12 meses e Profissionais de Saúde, num total de 29 participantes da área de abrangência da UCC de Abrantes, num processo de amostragem por conveniência. Os dados foram transcritos e analisados por meio de análise temática indutiva, com recurso ao NVivo 12. Cumpridos pressupostos éticos.

**Resultados:** Da análise de dados, emergiram quatro dimensões e suas categorias: 1) Vivências emocionais maternas, com 9 categorias, com destaque para a ansiedade, medos, aumento da sensibilidade e fragilidade e desilusão e tristeza relacionada com o parto; 2) Fatores de risco percecionados para a saúde mental materna, com 31 categorias, com destaque para crenças erróneas, características desfavoráveis da personalidade materna, privação do sono, falta ou fraco suporte do companheiro, vivência negativa da imagem corporal e as práticas dos profissionais de

saúde percebidas como dificultadoras; 3) Fatores protetores percebidos para a saúde mental materna, com 12 categorias, com destaque para o apoio e a presença do pai/companheiro em todo o processo, uma boa rede de suporte familiar, as competências maternas, a frequência de cursos de preparação para o parto e as práticas dos profissionais de saúde percebidas como facilitadoras e 4) Sugestões Curso Promoção da Saúde Mental Materna, com 26 categorias, cujas áreas temáticas em destaque: a transição para a maternidade e os seus significados, alterações emocionais no período perinatal, estratégias e autocuidados em SM materna, gestão de expectativas e treino de competências na transição para a parentalidade.

**Conclusões:** Neste estudo é evidenciada a relevância da SMMP e do papel da ESMP nesta área, sublinhando a necessidade de construção de práticas assentes na evidência científica. O modelo do Protótipo proposto surge da síntese de resultados do nosso estudo e de evidências encontradas na literatura de programas de SM Materna. As áreas temáticas que emergiram visam a aquisição de competências na transição para a maternidade, a promoção da literacia em saúde mental materna, a promoção dos fatores protetores e a minimização/controlar dos fatores de risco para a saúde mental materna. Destaque para a recomendação do curso ocorrer em contexto comunitário e em equipa multidisciplinar e da necessidade de formação e treino dos profissionais de saúde nesta área.

**Palavras-Chave:** Emoções; Mulheres; Gravidez; Parto; Período pós-parto; Fatores de risco; Fatores protetores; Assistência Perinatal; Saúde Mental; Promoção da Saúde; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

**Theoretical Framework:** The processes involving the transition to motherhood, present throughout the perinatal period, are quite complex, covering a set of dimensions experienced by women, from a biological, psychological and social point of view, with very relevant meanings for maternal mental health, with impacts on the health of women and children and on the family and social system.

The present study arises from the need to deepen the understanding of these aspects, in order to develop a health response aimed at promoting maternal mental health in Primary Health Care (PHC), for an evidence-based practice within the scope of Mental Health and Psychiatric Nursing (MHPN).

**Aims:** 1) Describe the maternal emotional experiences in the perinatal period of pregnant women and mothers in the postpartum period up to 12 months, as well as those perceived by their partners and health professionals in the context of PHC; 2) Understand the risk and protective factors for maternal perinatal mental health, perceived by pregnant women, postpartum mothers up to 12 months, their partners and health professionals in the context of PHC; 3) Build a prototype of intervention for the promotion of maternal mental health, in the context of PHC and in the scope of the MHPN.

**Methodology:** An exploratory and descriptive study with a qualitative approach. It included data collection through three focus groups: 1) Pregnant women and partners; 2) Mothers and partners with babies up to 12 months old and a 3) Health Professionals, making a total of 29 participants, from the coverage area of the UCC Abrantes, using a sampling process for convenience. The data was transcribed and analyzed by means of inductive thematic analysis, using NVivo 12. Ethical assumptions were met.

**Results:** From the data analysis, four dimensions and their categories emerged: 1) Emotional maternal experiences, with 9 categories, with emphasis on anxiety, fears, increased sensitivity/ fragility and disillusion/ sadness related to childbirth; 2) Risk factors perceived for maternal mental health, with 31 categories, with emphasis on erroneous beliefs, unfavorable characteristics of the maternal personality, sleep deprivation, lack of or weak support from the partner, negative experience of body image and the practices of health professionals. perceived as hindering; 3) Protective factors perceived for maternal mental health, with 12 categories, with emphasis on the support and presence of the father / partner in the whole process, a good family support network, maternal skills, frequency preparation courses for childbirth and the practices of health

professionals perceived as facilitators and 4) Suggestions for a maternal mental health promotion course, with 26 categories, whose thematic areas highlighted: the transition to motherhood and its meanings, emotional changes in the perinatal period, maternal mental health strategies and self-care, expectation management and skills training in the transition to parenting.

**Conclusions:** This study shows the relevance of perinatal maternal mental health and the role of MHPN in this area, underlining the need to build practices based on scientific evidence. The proposed Prototype model arises from the synthesis of the results of our study and the evidence found in the literature of maternal mental health programs. The thematic areas that emerged are aimed at acquiring skills in the transition to motherhood, promoting maternal mental health literacy, promoting protective factors and minimizing / controlling risk factors for maternal mental health. It highlights the recommendation for the course to take place in a community context with a multidisciplinary team and the need for education and training of health professionals in this area.

**Keywords:** Emotions; Women; Pregnancy; Childbirth; Postpartum period; Risk factors; Protective factors; Perinatal Care; Mental health; Health promotion; Nursing; Primary Health Care.

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	- Tarefas desenvolvimentais específicas na transição para a maternidade (de acordo com Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994)	<b>27</b>
<b>Figura 2</b>	- Síntese das manifestações psicofisiológicas que podem ocorrer durante a Gravidez, Parto e Puerpério (Camarneiro, 2007)	<b>32</b>
<b>Figura 3</b>	- Modelo de transições: uma teoria do médio alcance, adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, (2000).	<b>35</b>
<b>Figura 4</b>	- Modelo Diátese/Vulnerabilidade – Stress na Ansiedade Perinatal (De acordo com Wenzel, 2011, adaptado de Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014)	<b>44</b>
<b>Figura 5</b>	- Vivências Emocionais Maternas das Grávidas, durante a gravidez	<b>59</b>
<b>Figura 6</b>	- Vivências Emocionais Maternas das Mães, no período perinatal	<b>59</b>
<b>Figura 7</b>	- Vivências Emocionais Maternas percebidas pelos Companheiros no período perinatal	<b>60</b>
<b>Figura 8</b>	- Vivências Emocionais Maternas percebidas pelos Profissionais de Saúde no período perinatal	<b>60</b>
<b>Figura 9</b>	- Fatores de Risco percebidos pelas Grávidas para a SMMP	<b>69</b>
<b>Figura 10</b>	- Fatores de Risco percebidos pelas Mães para a SMMP	<b>69</b>
<b>Figura 11</b>	- Fatores de Risco percebidos pelos Companheiros para a SMMP	<b>70</b>
<b>Figura 12</b>	- Fatores de Risco percebidos pelos Profissionais de saúde para a SMMP	<b>70</b>
<b>Figura 13</b>	- Fatores protetores percebidos pelas Grávidas para a SMMP	<b>93</b>
<b>Figura 14</b>	- Fatores protetores percebidos pelas Mães para a SMMP	<b>93</b>
<b>Figura 15</b>	- Fatores protetores percebidos pelos companheiros para a SMMP	<b>94</b>
<b>Figura 16</b>	- Fatores protetores percebidos pelos Profissionais de saúde para a SMMP	<b>94</b>
<b>Figura 17</b>	- Sugestões das Grávidas para o Curso de promoção da SMMP	<b>105</b>
<b>Figura 18</b>	- Sugestões das Mães para o Curso de promoção da SMMP	<b>106</b>
<b>Figura 19</b>	- Sugestões dos Companheiros para o Curso de promoção da SMMP	<b>106</b>
<b>Figura 20</b>	- Sugestões dos Profissionais de saúde para o Curso de promoção da SMMP	<b>107</b>





## INDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 –</b>	Caraterização dos participantes	<b>58</b>
<b>Tabela 2 –</b>	Síntese categorias e subcategorias na Dimensão Vivências Emocionais Maternas no Período Perinatal e frequência absoluta das Unidades de Registo	<b>66</b>
<b>Tabela 3 –</b>	Síntese categorias e subcategorias na Dimensão Fatores de risco percecionados para a SMMP e frequência absoluta das Unidades de Registo	<b>88</b>
<b>Tabela 4 –</b>	Síntese categorias e subcategorias na Dimensão Fatores de proteção percecionados para a SMMP e frequência absoluta das Unidades de Registo	<b>103</b>
<b>Tabela 5 –</b>	Síntese categorias e subcategorias na Dimensão Sugestões curso de promoção da SMMP e frequência absoluta das Unidades de Registo	<b>115</b>
<b>Tabela 6 -</b>	Síntese dos contributos temáticos para a construção do Protótipo de Promoção da Saúde Mental Materna Perinatal	<b>120</b>
<b>Tabela 7 –</b>	Modelo temático Protótipo de Promoção da Saúde Mental Materna Perinatal	<b>124</b>



## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>25</b>
<b>1. TORNAR-SE MÃE: SIGNIFICADOS PARA A SAÚDE MENTAL MATERNA</b>	<b>25</b>
1.1. TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE: UMA VIVÊNCIA MULTIDIMENSIONAL	26
1.1.1. As Tarefas Desenvolvimentais Específicas	26
1.1.2. As Vivências Psicofisiológicas: Gravidez, Parto e Puerpério	29
1.2. TRANSIÇÕES: UM FOCO DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM – CONTRIBUTOS DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE AFAF MELEIS	33
<b>2. PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS MATEERNAS PERINATAIS</b>	<b>37</b>
2.1. PRINCIPAIS QUADROS PSICOPATOLÓGICOS	38
2.2. FATORES DE RISCO A CONSIDERAR	42
2.3. MODELOS EXPLICATIVOS	43
<b>3. PROMOVER A SAÚDE MENTAL MATERNA</b>	<b>47</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>49</b>
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>49</b>
4.1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	49
4.2. OBJETIVOS E FINALIDADES	51
4.3. ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO	51
4.4. PARTICIPANTES	52
4.5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	53
4.6. CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS	53
4.7. PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS	54
<b>5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	<b>57</b>
5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	58

5.2. VIVÊNCIAS EMOCIONAIS MATEERNAS NO PERÍODO PERINATAL	59
5.3. FATORES DE RISCO PERCECIONADOS PARA A SAÚDE MENTAL MATERNA	68
5.4. FATORES PROTETORES PERCECIONADOS PARA A SAÚDE MENTAL MATERNA	92
5.5. SUGESTÕES PARA O CURSO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL	105
<b>PARTE III – PROTÓTIPO DE INTERVENÇÃO – PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL EM CSP</b>	119
<b>6. SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS - CONTRIBUTOS TEMÁTICOS E ABORDAGENS</b>	119
6.1. MODELO TEMÁTICO E DESENHO DE IMPLEMENTAÇÃO	123
6.2. AVALIAÇÃO DO PROTÓTIPO: VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO	125
<b>CONCLUSÃO</b>	127
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	135

## **ANEXOS**

ANEXO I - Autorização Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E)

ANEXO II - Autorização da Comissão de Ética da ARSLVT; Autorização do ACES Médio Tejo; Autorização da UCC Abrantes

ANEXO III – Estudos sobre Programas de Promoção de Saúde Mental Materna Perinatal

## **APENDICES**

APENDICE I – Guiões Focus Group

APENDICE II – Informação ao Participante e Consentimento informado

## INTRODUÇÃO

De uma maneira geral a maternidade é vista como um período de bem-estar e felicidade para a mulher, pois o nascimento de um bebê é habitualmente um acontecimento celebrado culturalmente e vivenciado com muita alegria e satisfação (O'Hara, 2009). No entanto, as múltiplas transformações e consequentes adaptações que acompanham a mulher neste momento do seu ciclo de vida causam em algumas situações, sintomas maternos tão perturbadores que tornam esta fase muito longe da felicidade que aparece associada à maternidade (Macedo, Pereira & Marques, 2014).

Neste contexto, a maternidade é considerada por alguns autores como um momento de crise, por ser “*um stressor psicossocial e as suas exigências podem precipitar a ocorrência/recorrência de perturbações de saúde mental*” (Fonseca e Canavarro, 2017, p. 2), sendo as mais frequentes o stresse, a ansiedade e a depressão. Estas têm um potencial para afetar de forma adversa não apenas a saúde da mãe, mas também a do seu filho em desenvolvimento (Camarneiro & Justo, 2020; Tripathy, 2020).

A depressão e a ansiedade são consideradas as perturbações mais comuns desde a gravidez até ao primeiro ano após o parto (período perinatal) com cerca de 12% das mulheres a experienciarem a depressão e 13% a experienciarem a ansiedade (Tripathy, 2020).

Os sintomas depressivos, bem como os decorrentes das perturbações da ansiedade, podem para além das consequências para a mulher, como a ocorrência de problemas obstétricos, incluindo o parto pré-termo (O' Hara, 2009), levar a comportamentos parentais negativos, ao desenvolvimento de psicopatologia infantil e aumentar o risco de depressão entre os parceiros, sendo por isso considerado um problema de saúde pública (Haga, Drozd, Lisoy, Wentzel-Larsen & Slinning, 2018; Tripathy, 2020).

Estudos recentes sobre a carga global de doenças associada à saúde mental materna confirmam a necessidade urgente de promover políticas de saúde a este nível, de forma a desenvolver respostas de saúde especializadas ao nível preventivo e no acesso ao diagnóstico e tratamento precoces, devendo ser garantida esta dimensão de cuidados a todas as mulheres (Tripathy, 2020).

Os autores referem que desenvolver ações no sentido da promoção da saúde mental materna, bem como da prevenção da psicopatologia, podem representar estratégias muito importantes para a promoção da saúde mental e bem-estar de toda a

família e para a redução de fatores de risco no desenvolvimento infantil, uma vez que o bem-estar materno afeta diretamente a relação mãe-filho e as restantes relações familiares (Haga, Drozd, Lisoy, Wentzel-Larsen & Slinning, 2018; Macedo, Pereira & Marques, 2014).

A falta de formação e treino dos profissionais de saúde nesta área é considerada por vários autores como um fator dificultador pelo desconhecimento dos aspetos relacionados com a saúde mental materna implicados na transição para a maternidade e por práticas que afetam a confiança da mulher e a sua predisposição para pedir ajuda e superar os problemas (Byatt et al., 2012; Wylie, Holiins Martin, Marland, Martin & Rankin, 2011).

De facto, enquanto profissional com experiência em contexto hospitalar e em CSP, foi possível observar que as prioridades dos profissionais de saúde neste âmbito estão muitas vezes centradas nos aspetos bio fisiológicos da gravidez, parto e pós-parto, relegando para segundo plano o cuidar relativo aos processos de suporte a um ajustamento saudável.

O EESMP, tendo em conta as suas competências especializadas, tem um papel determinante na intervenção junto das mulheres que vivenciam os processos de transição para a maternidade, pela abordagem multidimensional e individualizada, bem como no desenvolvimento de intervenções promotoras da saúde mental materna. Neste contexto torna-se particularmente importante o aprofundamento de conhecimentos nesta área, de forma a desenvolver uma prática baseada na evidência.

São objetivos desta investigação:

- Descrever as vivências emocionais maternas no período perinatal de grávidas e mães em pós-parto até aos 12 meses, bem como, as percecionadas pelos seus companheiros e profissionais de saúde, em contexto de CSP;
- Compreender os fatores de risco e protetores para a saúde mental materna perinatal, percecionados pelas grávidas, mães em pós-parto até aos 12 meses, seus companheiros e profissionais de saúde, em contexto de CSP;
- Construir protótipo de intervenção para a promoção da saúde mental materna, em contexto de CSP e no âmbito da ESMP.

Em termos metodológicos, trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, realizado na UCC de Abrantes. Compreende uma colheita de dados através da técnica de *focus groups*, a grávidas, mães em pós-parto até aos 12 meses, companheiros e profissionais de saúde da área de abrangência da UCC de Abrantes, num processo de amostragem por conveniência. Os dados dos *focus groups* foram transcritos e posteriormente analisados através da análise temática indutiva, com recurso ao NVivo12, tendo sido cumpridos todos os pressupostos éticos da investigação.

O presente documento encontra-se estruturado em três partes. Na primeira, apresenta-se o enquadramento teórico, que integra os aspetos considerados relevantes da revisão da literatura científica, dividido em três capítulos. No primeiro são abordados temas relacionados com a transição para a maternidade e o seus significados para a saúde mental materna; no segundo, apresentam-se considerações relacionadas com as perturbações emocionais maternas no período perinatal e no terceiro, abordam-se aspetos referentes à promoção da saúde mental materna. Na segunda parte apresenta-se o estudo empírico e é constituída por dois capítulos. O primeiro refere-se à metodologia e o segundo à apresentação, análise e discussão de resultados. A terceira parte apresenta o protótipo de intervenção para a promoção da saúde mental materna perinatal em CSP. Esta é constituída por um capítulo, onde se apresenta a síntese das evidências, o modelo temático e o desenho de implementação, bem como as variáveis, instrumentos e procedimentos de aplicação para a avaliação do protótipo.

Na conclusão, realiza-se a síntese dos principais achados e conclusões decorrentes deste estudo e as suas limitações; uma reflexão sobre as implicações para a prática profissional e para as investigações futuras.





## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. TORNAR-SE MÃE: SIGNIFICADOS PARA A SAÚDE MENTAL MATERNA

Nos últimos anos, a saúde mental da mulher, particularmente na fase reprodutiva, tem despoletado um interesse crescente nas comunidades científicas, pela necessidade de aprofundar as questões relacionadas com esta fase do ciclo vital e dos seus significados para a saúde mental materna, bem como para a construção de respostas adequadas por parte dos Cuidados de Saúde no período perinatal (Macedo & Pereira, 2014).

A saúde mental perinatal, enquanto área clínica e de investigação, tem determinado uma mudança de paradigma, em que o foco de análise anterior, restritivo ao período pós-parto passou para todo o período perinatal (Macedo & Pereira, 2014), abarcando as complexas alterações biológicas, emocionais e sociais que ocorrem desde a conceção até ao primeiro ano de vida da criança (Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

Esta posição tem sido defendida por vários autores (Beck & Driscoll, 2006; Pereira et al., 2013) e confirmada pela WPA – World Psychiatric Association (2017) e pela *The International Marcé Society for Perinatal Mental Health* – Organização Internacional multidisciplinar que promove a investigação e a partilha de boas práticas, nesta área em todo o mundo.

Vários autores consideram o período perinatal um período de “crise”. A complexidade que envolve esta fase pode proporcionar uma possibilidade de evolução e desenvolvimento, contudo também constitui um risco pelas dificuldades associadas (Carvalho, Loureiro e Simões, 2006). A este propósito Colman e Colman (1994), referem que o processo de transição para a maternidade pode ser “*suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, feliz ou triste, mas é seguramente mudança*” (p.31).

Segundo Canavarro (2001), os significados da gravidez e da maternidade que cada mulher possui e que estão também relacionados com a cultura onde se insere, determinam a vivência destes processos. O stresse decorre dos ganhos e perdas associados a esses significados e tem implícita uma reorganização ao nível cognitivo, emocional e comportamental, para um funcionamento cada vez mais adaptado.

A saúde mental materna neste período reveste-se da maior importância e relaciona-se com o modo como todas estas mudanças são elaboradas, vivenciadas e

integradas pela mulher na transição para a maternidade. Aspectos como a estrutura da sua personalidade, suporte conjugal, familiar e social, significados da gravidez e projeto de maternidade, são considerados determinantes na forma como a mulher vivencia todo o processo de transição (Leal, 2005, como referido por Airosa & Silva, 2013)

### 1.1. TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE: UMA VIVÊNCIA MULTIDIMENSIONAL

A transição para a maternidade, é considerada uma das fases do ciclo vital, onde se experienciam alguns dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher (DGS, 2005; Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014), que envolve grandes mudanças e reorganizações ao nível biológico, psicológico e interpessoal e pela aprendizagem de novas competências, associadas ao cumprimento de novos papéis e tarefas (Canavarro, 2009).

É um processo que vai além da gravidez e onde ser mãe obriga a “*uma acomodação contínua entre expectativas e realidades*” (Colman & Colman, 1994, p.178). Neste processo, Mercer (2010) sugere o conceito “*Tornar-se mãe*”, significando “*a transformação e o crescimento da identidade materna*” (p. 102). Este conceito abrange com mais precisão a transformação dinâmica e a evolução da personalidade da mulher, tendo subjacente muito mais do que cumprir um papel. Integra a aprendizagem de novas competências e de confiança em si própria à medida que enfrenta novos desafios nos cuidados ao seu filho (Mercer, 2010).

Como transição multidimensional, envolve um conjunto de dimensões experienciadas, pela mulher, do ponto de vista biológico, psicológico e social. A forma como irá viver este processo está muito relacionada com as suas características intrapessoais e interpessoais. Segundo Colman e Colman (1994) é um processo ativo, com o objetivo de atingir níveis de adaptação equilibrados. Tem subjacentes mudanças permanentes, exigindo flexibilidade e capacidade de se adequar a todas as transformações e perdas associadas a esta nova experiência.

#### 1.1.1. As Tarefas Desenvolvimentais Específicas

Do ponto de vista do desenvolvimento humano, a transição para a maternidade engloba várias fases, que segundo alguns autores têm subjacente a resolução de tarefas desenvolvimentais específicas (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). Essas fases, tal como os estádios do ciclo vital, são caracterizadas por terem um ponto crítico que exige adaptação pessoal e resolução sequencial, de forma a avançar com sucesso para a fase seguinte. A não resolução adequada num determinado estádio, compromete os estádios posteriores, cujo insucesso se manifesta na forma de um

desajuste físico, cognitivo, social ou emocional (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997, como referido por Camarneiro, 2011).

Colman e Colman (1973), como referido por Camarneiro (2011), referem-nos três fases da gravidez que correspondem às alterações comportamentais e psicossomáticas desse período: (1) Fase de integração (Integração da nova realidade física que a mulher transporta dentro de si – o novo ser), (2) Fase de diferenciação (Consciencialização do feto, como pessoa separada) e (3) Fase de separação (Separação física e psicológica do bebé). Os autores referem que estas fases são muito similares aos trimestres de gravidez, tendo em conta as modificações comportamentais com significados na vida emocional da mulher, contudo não são totalmente coincidentes, podendo haver variação no tempo e sobreposição de tarefas.

As fases descritas anteriormente estão ligadas a um conjunto de seis tarefas que são: (1) Aceitar a gravidez; (2) Aceitar a realidade do feto; (3) Reavaliar e reestruturar a relação com a geração parental anterior; (4) Reavaliar e reestruturar o relacionamento com o cônjuge/companheiros; (5) Aceitar o bebé como pessoa individualizada e (6) Integrar a identidade parental (Colman & Colman, 1994). A sétima tarefa: Reavaliar e reestruturar a relação com os outros filhos, foi proposta por Canavarro e torna-se muito importante, quando já se têm outros filhos (Camarneiro, 2011). (Figura1)

GRAVIDEZ			PUERPÉRIO
<b>Tarefa 1:</b> Aceitar a gravidez	<b>Tarefa 2:</b> Aceitar a realidade do feto		
	<b>Tarefa 3:</b> Reavaliar e reestruturar a relação com os pais		
		<b>Tarefa 4:</b> Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro	
		<b>Tarefa 5:</b> Aceitar o bebé como pessoa separada	
		<b>Tarefa 6:</b> Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade	
			<b>Tarefa 7:</b> Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)
<b>1º Trimestre</b>	<b>2º Trimestre</b>	<b>3º Trimestre</b>	

Figura 1: Tarefas desenvolvimentais específicas na transição para a maternidade (de acordo com Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994) Fonte: Carvalho, Loureiro e Simões (2006).

Assim, passamos a descrever de forma muito sucinta, os aspetos que nos parecem mais relevantes na classificação de Colman e Colman (1994):

### **Tarefa 1: Aceitar a gravidez**

A primeira tarefa consiste na aceitação da realidade da gravidez, o que implica passar pela aceitação das mudanças que este novo estado impõe. As vivências emocionais mais frequentes deste período são a ambivalência entre o desejo/felicidade e o medo/preocupações, relacionados com a gravidez, a competência materna e as responsabilidades futuras. Nesse contexto são comuns as alterações emocionais, gerando por vezes confusão e angústia na grávida e nos que estão próximos.

### **Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto**

Nesta tarefa e com a percepção dos movimentos fetais e através da visualização das ecografias, a grávida integra o feto, como uma entidade separada de si, intensificando-se as fantasias relacionais com o bebé e o ensaio mental de tarefas, bem como da idealização acerca das características do seu filho. Este processo é considerado essencial para o processo de vinculação mãe-filho.

### **Tarefa 3: Reavaliar a relação com os pais**

Nesta tarefa, a mãe terá de reavaliar e recapitular a relação passada e presente com os seus pais, tanto na procura de referências educacionais, como ao nível relacional, uma vez que o bebé surge como um elemento unificador de gerações, fortalecendo laços e permitindo uma maior aproximação entre pais/avós e filhos/pais.

### **Tarefa 4: Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro**

Nesta fase, o casal prepara-se para integrar o bebé como novo membro na relação, o que levará uma reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro, exigindo flexibilização e adaptação aos novos papéis e funções. É fundamental a construção do suporte emocional entre ambos, de forma a manter o equilíbrio entre a relação conjugal e a relação parental.

### **Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada**

No final da gravidez, os desafios estão relacionados com o parto e a aceitação do bebé como pessoa separada. As representações cognitivas acerca das dores, sofrimento e morte que poderão acontecer durante o parto, contribuem para um aumento de ansiedade neste período, bem como o receio de dificuldades de adaptação ao novo papel, após o nascimento.

Este período não termina com o parto, uma vez que na fase do puerpério e até aos 12 meses de vida do bebé, a mulher será confrontada com imensas tarefas e alterações nas rotinas individuais e familiares, bem como na necessidade de um equilíbrio entre as necessidades de proteção e de promoção de autonomia do novo ser.

### **Tarefa 6: Integrar a identidade parental**

A integração da identidade materna envolve uma reavaliação e reestruturação da própria identidade da mulher, que avalia ganhos e perdas que a maternidade lhe proporcionou, aceitando essas mudanças e integrando-as na sua nova identidade.

Carvalho, Loureiro e Simões, (2006), referem que as mulheres após o parto serão “*confrontadas com uma tripla tarefa: (1) reavaliar ganhos e perdas que a maternidade introduziu na sua vida; (2) aceitar as mudanças que este novo período lhe coloca e (3) reconstruir objetivos pessoais*” (Idem, p.47).

O confronto com as alterações nas suas vidas, nomeadamente as noites sem dormir, o choro de uma criança em casa, pouco tempo disponível para si, exigem adaptações contínuas e reestruturações nas suas rotinas e nos seus relacionamentos, nomeadamente com o companheiro, podendo em algumas situações ocorrer dificuldades e sofrimento materno (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006).

### **Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com o (s) outro (s) filho (s)**

O desafio da parentalidade, na presença de outros filhos, torna-se muito exigente, uma vez que envolve uma redefinição de papéis e tarefas, aumentando a complexidade do sistema familiar (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006).

As principais preocupações das mulheres grávidas de segundos filhos, segundo Lederman (1997), como referido por Canavarro (2001), relacionam-se com a capacidade física para cuidar de duas crianças, com a capacidade para as amar com a mesma intensidade e com sentimentos de culpa relacionados com as reações do primeiro filho, ao nascimento do irmão

A adaptação à maternidade implica ultrapassar todas estas tarefas de forma equilibrada, com o desenvolvimento de competências para cuidar e educar uma criança (Carvalho, Loureiro e Simões, 2006). Todas adaptações e reajustes são muito exigentes, podendo potenciar o aparecimento de perturbações nas mulheres menos preparadas (Colman & Colman, 1994).

## **1.1.2. As Vivências Psicofisiológicas: Gravidez, Parto e Puerpério**

A gravidez, o parto e o puerpério, enquanto etapas biológicas, são consideradas pelos autores, como períodos de grande vulnerabilidade física e psicológica, pelo que se torna importante destacar as principais vivências destas etapas sob o ponto de vista psicofisiológico.

Camarneiro (2007) sintetizou as principais manifestações psicofisiológicas que podem ocorrer na gravidez, parto e puerpério (Figura 2) e que passamos a descrever de forma sucinta:

- **Gravidez**

Os três trimestres que compõem o tempo de gravidez correspondem a etapas com características próprias do ponto de vista biológico e que por isso também demarcam alguns aspectos psicológicos presentes, mesmo que não ocorram de forma rígida, aparecem muito interligados.

No **1º Trimestre**, as mudanças fisiológicas intensas, parecem determinar as experiências emocionais. Do ponto de vista físico, as principais manifestações são: hipersônia, náusea e vômitos; desejos e aversões a alimentos e ou bebidas e alterações no desejo sexual. Em termos emocionais, os autores referem grande oscilação de sentimentos, causada pela ambivalência emocional. As alterações de humor e a sensibilidade aumentada surgem na sequência de emoções várias que se podem manifestar em simultâneo ou em oposição, como a alegria, apreensão, irrealidade e algumas vezes com sentimentos de rejeição do feto. Esta ambivalência e oscilação no humor podem estar relacionados com a responsabilidade e a avaliação do impacto que a gravidez e a maternidade provocam na vida da mulher, aumentando a sua sensibilidade e irritabilidade (Camarneiro, 2007; 2011).

O **2º Trimestre**, ultrapassados alguns desconfortos físicos, a mulher acredita na sua gravidez, sendo denominado pelos autores como os meses calmos (Colman & Colman, 1994). A percepção dos movimentos fetais é o acontecimento mais importante, tornando o bebé uma realidade concreta, constituindo uma das etapas da criação da relação mãe-bebé. Os movimentos fetais passam a traduzir a seu bem-estar e nesse sentido, podem ocorrer períodos de maior ansiedade na mulher pelas alterações dos movimentos fetais. As alterações mais evidentes na forma do corpo da mulher podem despoletar emoções positivas como o orgulho pelo corpo grávido, ou emoções negativas, associadas a medo da irreversibilidade da forma corporal. Estas modificações aparecem ligadas a alterações na sexualidade, influenciada pela forma como a grávida vivencia este processo, mas também pela atitude do companheiro face a essas alterações (Camarneiro, 2007). A mulher também se torna mais introvertida e concentrada em si mesma, com necessidade de mais afeto e atenção, sobretudo do seu companheiro (Maldonado, 1991, como referido por Camarneiro, 2011). A este respeito Colman e Colman (1994) referem que diante do medo de não poder controlar as alterações da gravidez, a mulher torna-se mais dependente, com necessidade de que tomem conta de si, num movimento de regressão com transferência da dependência da sua mãe, para o seu companheiro.

No **3º Trimestre**, a mulher começa a preparar-se para o parto, pelo que os sintomas mais significativos estão associados a medos face ao parto, preocupações face à sua competência materna diante das necessidades do bebé e da sua nova condição de mãe. Neste sentido a ansiedade pode aumentar, trazendo sentimentos ambivalentes, entre o desejo de ter o filho e o de querer prolongar a gravidez, para adiar as novas responsabilidades e necessidades de adaptação que se avizinham. Os sonhos nesta fase tendem a refletir os medos que sentem face ao parto, malformações do bebé ou relacionados com a ansiedade, face à própria expectativa enquanto mães. Os sintomas psicossomáticos estão relacionados com o aumento do útero e a rápida modificação corporal, levando por vezes a mulher a duvidar se voltará à sua forma anterior. A queixa mais comum é a insónia, relacionada com o desconforto físico desta fase (Camarneiro, 2007).

- **Parto**

Esta etapa é considerada pelos vários autores, como um momento muito crítico, uma vez que ocorrerá o encontro com a realidade, quer seja em relação ao tipo de parto idealizado, quer no confronto com o bebé real. É comum o emergir de sentimentos de angústia e tremores irracionais que estão presentes no inconsciente da mulher, mas também do coletivo a que pertence. Todas as histórias que foram relatadas ao longo dos tempos produziram um conhecimento inconsciente, que no caso das primíparas, nem sempre é fácil vencer, pelo que a angústia e o medo se instalam. O contato com o meio hospitalar e com toda a tecnologia que envolve o parto, também são geradores de muita ansiedade. Nesse sentido a presença do companheiro ou pessoa significativa tornam-se muito importantes nesta etapa. Todas as mudanças fisiológicas que ocorrem de forma rápida durante o parto são muito intensas, ao contrário da gravidez, que foram acontecendo gradualmente. Nesta fase a mulher terá de se adaptar à condição de não grávida de forma muito rápida, por vezes também vivenciada com alterações psicológicas decorrentes do corte da relação interna vivida entre a mãe e o feto (Camarneiro, 2007).

Fatores como a presença de pessoa significativa durante o trabalho de parto, o tipo de parto e a dor experienciada, são determinantes na vivência desta etapa, influenciando o ajustamento materno, bem como a relação precoce mãe-bebé (Camarneiro, 2011).

- **Puerpério**

No puerpério, ocorrem novos desafios, considerados também críticos do ponto de vista do ciclo de vida da mulher. Ao nível bio fisiológico, o útero retoma o seu volume normal, ocorre o estabelecimento da lactação e a retoma progressiva dos parâmetros hormonais e físicos e uma readaptação psicológica ao nível da imagem corporal e dos papéis relacionais e familiares (Camarneiro, 2007).

Durante estes processos, a mulher é continuamente desafiada na sua capacidade de organização interna e externa, pelo que se verifica uma fase de grande vulnerabilidade psíquica, constituindo um verdadeiro teste à sua saúde mental (Mascolli, 1990, como referido por Camarneiro, 2011).

Durante os seis meses seguintes, a forma como a mulher se vai estabelecer como mãe definem a sua nova identidade e vai determinar a relação com o seu filho, com a família e a sociedade (Camarneiro, 2007).

<b>GRAVIDEZ</b>	<b>1.º Trimestre</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações emocionais determinadas por modificações fisiológicas</li> <li>- Ajuste psicológico da mulher face à sua condição de futura mãe</li> <li>- Sentimento de ambivalência afetiva, caracterizada muitas vezes por oscilações de humor e sensibilidade aumentada</li> <li>- Manifestações físicas relevantes como sejam as náuseas e vômitos</li> <li>- Distúrbios a nível do apetite</li> <li>- Alterações do desejo sexual</li> </ul>
	<b>2.º Trimestre</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceção dos movimentos fetais, que se pode tornar distorcida se os níveis de ansiedade se elevam</li> <li>- Objectualização da criança como diferente, mas não ainda separada do corpo e do psiquismo materno</li> <li>- Preocupação da mulher com as suas modificações corporais</li> <li>- Medo da irreversibilidade da forma do corpo</li> <li>- Alterações da sexualidade</li> <li>- Introversão e passividade da mulher</li> <li>- Transferência da dependência da mãe para a dependência do companheiro</li> <li>- Mudança no conteúdo dos sonhos, que passam a relacionar-se com outros ou com estranhos</li> </ul>
	<b>3.º Trimestre</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da ansiedade decorrente da aproximação do parto</li> <li>- Sentimentos de ambivalência</li> <li>- Medos, expressos por fantasia e sonhos</li> <li>- Diminuição da sexualidade</li> <li>- Rápida modificação da imagem corporal</li> <li>- Desconforto físico</li> <li>- Medo do parto.</li> </ul>
<b>PARTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temores irracionais do parto mediados pelo inconsciente coletivo</li> <li>- Sentimentos de angústia intensos (nomeadamente de separação)</li> <li>- Mudanças fisiológicas rápidas e intensas</li> <li>- Confronto com o bebé real</li> </ul>
<b>PUERPÉRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Readaptação biofisiológica</li> <li>- Readaptação psicológica (ao nível do corpo e dos papéis relacionais e familiares)</li> <li>- Período determinante na relação com o bebé</li> <li>- Mudanças familiares e sociais</li> </ul>

**Figura 2 - Síntese das manifestações psicofisiológicas que podem ocorrer durante a Gravidez, Parto e Puerpério**

Fonte: Camarneiro (2007)



## 1.2. TRANSIÇÕES: UM FOCO DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM – CONTRIBUTOS DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE AFAF MELEIS

Do ponto de vista da disciplina da Enfermagem, as transições que ocorrem ao longo do ciclo vital, sempre foram um foco de atenção muito importante para a prática de enfermagem e para investigação que suporta a mesma.

Para Meleis (2010), o conceito de Transição é central para a disciplina de enfermagem, cujo foco de atenção se relaciona com o estudo da resposta humana face à confrontação com as transições de vida e cuja vivência é influenciada pelas condições pessoais e ambientais; experiências e expectativas; significados atribuídos à experiência; conhecimentos e habilidades adquiridas e o impacto da mudança no seu bem-estar.

O enfermeiro possui competências específicas para intervir junto das pessoas, que vivem processos de transição. A partir da teoria e tendo em conta a forma como cada pessoa vivencia a transição, desenvolve a sua prática, com o objetivo de promover transições saudáveis, que culminam na construção da saúde e bem-estar de cada indivíduo (Meleis, 2010).

Por transições, compreende-se a passagem de um estado completamente estável para outro igualmente estável, estando subjacentes, pontos de mudança, os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações, que conduzem a novas auto conceções (Meleis, 2010).

A transição é considerada saudável quando a pessoa demonstra domínio no desempenho do novo papel e quando incorpora na sua vida novas competências, melhorando a adaptação à realidade (Meleis, 2010).

Após vários anos de estudo e reflexão, Afaf Meleis e seus colaboradores apresentaram uma teoria de médio alcance explicativa dos processos de transição, que permite compreender, interpretar e sistematizar este fenómeno. Esta teoria compreende a natureza das transições, as condições de transição e os padrões de resposta. As intervenções de enfermagem podem ocorrer ao longo de todo o processo (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000).

A Teoria das transições desenvolve-se em torno de quatro grandes conceitos: **natureza da transição, condições para a transição, os padrões de resposta e as intervenções de enfermagem** (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000). (Figura 3)

Na **natureza da transição**, estas podem ser classificadas quanto ao tipo: 1) desenvolvimental – associadas a mudanças no ciclo vital saúde/doença, 2) situacional -relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis e 3) organizacional); aos padrões (podendo ser únicas ou múltiplas, sendo que estas, podem

ser simultâneas, sobrepostas e estarem ou não relacionadas) e propriedades (havendo necessidade de compreender se há envolvimento, mudança, flutuações, consciência da transição, se há/quais são os pontos críticos, assim como o seu término) (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000).

No que concerne às **condições para a transição**, podem ser inibidoras ou facilitadoras e estão relacionadas com a componente pessoal (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico, preparação e conhecimento), comunitária (suporte familiar, informação, modelos) e com a sociedade (estereótipos, estigmas, modelos) podendo ajudar ou limitar os processos de transição e os seus resultados (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000).

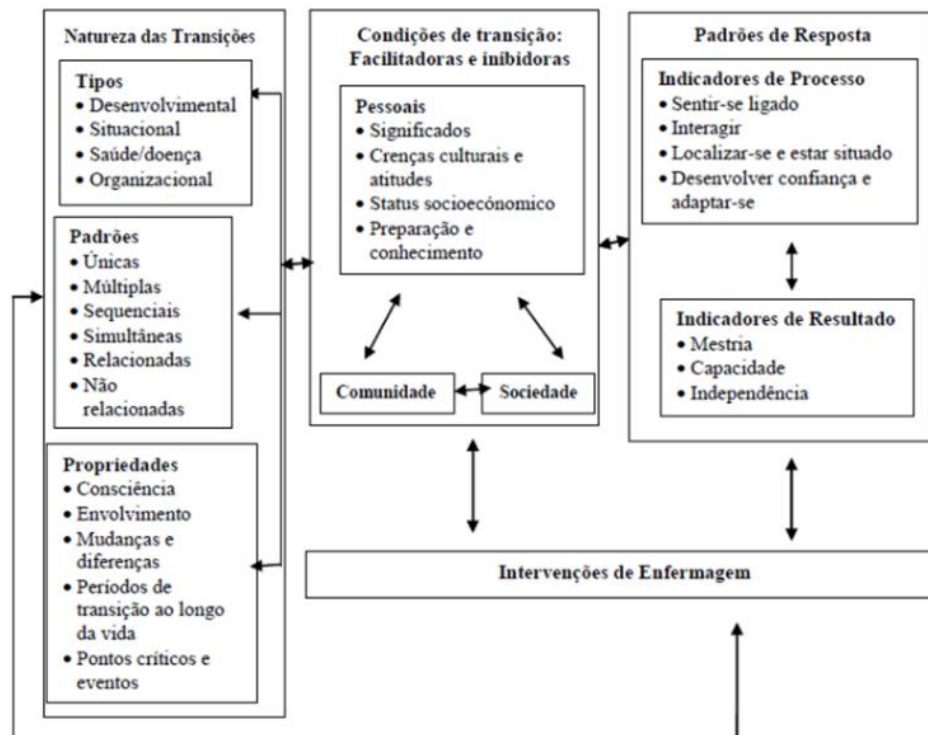
Nos **padrões de resposta**, aqui a autora identifica determinados indicadores de processo (sentir-se conectado (família, profissionais de saúde, outros), interagir, localização e estar situado e desenvolvimento de confiança e coping) e de resultado (domínio das competências e comportamentos necessários para gerir as situações e ambiente, e reformulação de identidade), permitindo avaliar o processo de transição (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000).

As **Intervenções de Enfermagem** são definidas por Meleis (2010) como todas as ações implementadas intencionalmente para cuidar dos clientes, tendo identificado três dimensões dos cuidados de enfermagem durante as transições: o cuidado na transição; a suplementação do papel; e, o acompanhamento/balanço.

O cuidado na transição engloba uma grande diversidade de intervenções destinadas a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, com a finalidade de impedir a ocorrência de problemas de saúde que poderiam ser evitáveis nas populações de risco (Meleis, Swendsen & Jones, 2010).

No que respeita à suplementação do papel na transição, tem como objetivo dar resposta à insuficiência de um papel ou potencial insuficiência, que pode ser identificado pelo próprio ou por outras pessoas significativas (Meleis, 2010). Esta suplementação pode ter um caráter preventivo ou terapêutico na clarificação do novo papel. Neste contexto, surgem como intervenções importantes, os grupos de referência, a modelagem do papel e o ensaio do mesmo (Meleis, Swendsen & Jones, 2010).

O acompanhamento/balanço após a transição tem como finalidade, a prevenção do desenvolvimento de alterações emocionais permanentes e o auxílio na normalização do estado cognitivo e emocional após a experiência (Meleis, Swendsen & Jones, 2010).



**Figura 3: Modelo de transições: uma teoria do médio alcance.**

Fonte: Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, (2000)

A transição para a maternidade, no que se refere à sua natureza enquadra-se no tipo desenvolvimental e situacional, pois ocorre durante o ciclo vital da pessoa e obriga a uma definição ou redefinição dos papéis do indivíduo e família. Está diretamente relacionada com as características pessoais, assim como os significados atribuídos ao papel parental, bem como com os eventos críticos que possam surgir no decorrer do processo de tornar-se mãe (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000).

Tornar-se mãe (ou pai) é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respectivas crianças (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000).

Não pode ser entendida somente numa perspectiva individual, pois, além da influência exercida pela própria família e meio sociocultural, no qual se insere, a capacidade de adaptação, é ainda influenciada pelos recursos pessoais e externos, experiências anteriores e significado atribuído aos acontecimentos vivenciados durante a transição (Meleis & Trangenstein, 2010).

Segundo Meleis (2010), a focalização da atenção, nas exigências que a mudança impõe, durante as transições, constitui uma fonte de stresse para a pessoa,

de tal modo que o resultado do processo pode ser positivo ou negativo em termos desenvolvimentais.

A transição para a maternidade é considerada por Meleis, um dos maiores eventos promotores de desenvolvimento na vida de uma mulher. A gravidez e a maternidade constituem processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, onde para além de períodos de desequilíbrio e adaptação, coexistem também períodos de reorganização, crescimento e enriquecimento pessoais (Meleis, 2010).

Na transição para a maternidade e paternidade, há que ter em conta, em todo o processo, as interações complexas entre a pessoa e/ou família e o ambiente. Ao poderem ocorrer transições em simultâneo no mesmo indivíduo e/ou família, os enfermeiros não podem focar a sua atenção, especificamente, apenas numa transição, mas em todas as que forem significativas para a pessoa (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger-Messias & Schumacher, 2000).

## **2. PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS MATERNAS PERINATAIS**

Como referido anteriormente, as transformações biológicas, psicológicas e interpessoais que ocorrem na transição para a maternidade, podem precipitar o início ou a recorrência de perturbações psicopatológicas no período perinatal, sendo as mais frequentes, as perturbações da ansiedade e do humor (Tripathy,2020).

Em termos de classificação diagnóstica, tanto a Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (WHO, 2018), como o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) da Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2013), não distinguem claramente as perturbações de ansiedade e de humor que ocorrem no período perinatal, das que ocorrem noutros momentos.

A DSM -V, publicada em 2013 e com base nas evidências clínicas e científicas disponíveis, incluíram o especificador “perinatal” para a patologia psiquiátrica referente a este período, considerando que os transtornos do humor e os transtornos esquizofreniformes podem ocorrer até 4 semanas após o parto (APA, 2013).

Esta classificação é considerada por alguns autores: limitada em termos temporais, pois não abarca todo o período perinatal, não reconhecendo o impacto das alterações fisiológicas, hormonais e sociais presentes no desenvolvimento das perturbações neste período; redutora, pois não considera as perturbações de ajustamento, as perturbações de relação mãe-filho e as perturbações de ansiedade relacionada com o stresse e impossibilita a sua utilização na classificação dos quadros de ansiedade perinatal (Macedo, Pereira & Marques, 2014; Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

A Psiquiatria Perinatal, especialidade em recente desenvolvimento, tem-se dedicado ao estudo, deteção e tratamento das perturbações mentais que ocorrem na gravidez e no pós-parto até aos 12 meses de vida da criança (período perinatal). Enquanto disciplina científica tem reunido evidências clínicas e de investigação acerca de determinantes recíprocos entre a saúde mental da mulher e o desenvolvimento do bebé, bem como de aspetos relacionados com classificação, diagnóstico, métodos e estratégias de rastreio, prevenção, intervenção precoce e tratamento (Macedo & Pereira, 2014).

A investigação tem confirmado o impacto negativo das perturbações mentais maternas no período perinatal, não só para a mulher, mas também para o seu bebé e restante núcleo familiar (Camarneiro & Justo, 2020; Tripathy, 2020). Os estudos

associaram estes quadros a complicações obstétricas; papel parental comprometido, maior risco de conflito parental e desagregação de relacionamentos; vinculação insegura, relação precoce e interação mãe-bebê comprometidas e alterações no desenvolvimento neuro-cognitivo e comportamental da criança (Camarneiro & Justo, 2020; Fairbrother, Young, Janssen, Antony & Tucker, 2015; Tripathy, 2020).

Desde os anos 80, que os vários estudos confirmam que a sintomatologia ansiosa é a condição que se encontra com maior frequência na gravidez e a depressão, como um dos distúrbios perinatais mais graves (Camarneiro & Justo, 2020).

## 2.1. PRINCIPAIS QUADROS PSICOPATOLÓGICOS

**A ansiedade no período perinatal** é considerada um fenómeno comum, podendo ser uma resposta normal e adaptativa, mas em algumas situações muito incapacitante e prejudicial para a mãe e para o bebé. Caracteriza-se por ser clinicamente significativa, persistente, geradora de angústia, perturbando diferentes áreas do funcionamento materno e requerendo uma intervenção especializada (Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% das mulheres apresentam perturbação mental associada ao stresse e ansiedade durante a gravidez e 13% no período pós-natal (WHO, 2015).

Dennis, Falah-Hassani e Shiri (2017), numa revisão de meta-análise constituída por 102 estudos de 34 países com gestantes, encontraram 18,2% de auto-relatos de sintomas de ansiedade no primeiro trimestre, 19,1% no segundo trimestre, e 24,6% no terceiro trimestre. A prevalência da ansiedade nestes estudos foi de 9,9% e da ansiedade generalizada 5,7%.

As principais manifestações identificadas de ansiedade no período perinatal são: a agitação e inquietação (sinal de ativação vegetativa); choro fácil (sinal de depressão e/ou preocupação e ansiedade); preocupação excessiva, idas frequentes ao serviço de urgência; procura recorrente de ansiolíticos e comportamentos de evitamento (falta a consultas; contato visual pobre, postura submissa, vergonha) (Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

A ansiedade durante a gravidez foi associada a complicações na gravidez e no parto: como o aborto espontâneo, a pré-eclâmpsia e o parto prematuro e a complicações do RN: como baixo peso ao nascer. Os filhos de mães muito ansiosas apresentam o dobro do risco de desenvolver perturbações do défice de atenção e de hiperatividade. A ansiedade pré-natal foi também identificada como um forte preditor de depressão pós-

parto, mesmo após o controle dos níveis de depressão pré-natal (Fairbrother, Young, Janssen, Antony & Tucker, 2015).

Para além das consequências negativas referidas anteriormente, a ansiedade perinatal, também tem sido associada a uma perceção de ineficácia parental, redução na adequação de estratégias de *coping*, alteração na responsividade do bebé e vinculação insegura e desorganizada (Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

Em termos clínicos, os quadros mais relevantes, do ponto de vista da epidemiologia neste período são a: perturbação de pânico, a perturbação por stress pós-traumático, a perturbação obsessivo-compulsiva, a ansiedade generalizada e a ansiedade social. (Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014)

**Nas alterações do humor**, a principal entidade é a **depressão perinatal**, com uma prevalência global de 11,9%. Os países desenvolvidos apresentam incidências de 9,2% para a depressão pré-natal e 9,5% para a depressão pós-natal e os de nível de recursos baixos, a incidência sobe para 19,2% e 18,7%, respetivamente, para depressão pré e pós-natal (Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford & Harris, 2017).

Os sintomas depressivos na gravidez e de acordo com um estudo de Andersson et al., (2003) no segundo trimestre foram a fadiga, a perda de energia e a perda de interesse. No período pós-parto, foram identificados como principais sintomas: a ansiedade, a privação do sono, os pensamentos obsessivos e egodistónicos (relacionados com o fazer mal ao bebé), culpa, incompetência ou insegurança em relação às suas capacidades parentais e preocupações excessivas e irracionais acerca do bem-estar e desenvolvimento do bebé. Algumas mulheres referiram também incapacidade para se aproximarem e interessarem pelo filho e diminuição do desejo sexual (Marques, et al., 2014).

Os autores referem que existe um subdiagnóstico da depressão perinatal, por desvalorização da mesma pela sobreposição de sintomatologia nesta fase. Muitos dos sintomas neurovegetativos (perturbações do sono e apetite, alterações de peso, falta de energia) são atribuídas pelas mulheres como mudanças normativas deste período (Macedo, Pereira & Marques, 2014; Rouhi, Stirling, Ayton & Crisp, 2019). Também a crença errónea de que a gravidez protege as mulheres de depressão, devido às alterações hormonais, contribuem para uma desvalorização dos sintomas apresentados (Macedo, Pereira & Marques, 2014).

Outro aspeto sublinhado por vários autores diz respeito ao forte estigma social associado à doença, o que determina um grande atraso nos pedidos de ajuda por parte destas mulheres. Este fato está relacionado com o mito de que na gravidez e no pós-parto qualquer mulher tem de se sentir feliz. As mulheres que não sentem esta felicidade, podem desenvolver sentimentos de vergonha, culpa, fracasso ou medo de serem estigmatizadas ou que lhes sejam retirados os filhos por receio de serem

consideradas “más mães” (Macedo, Pereira & Marques, 2014; Nagle & Farrelly, 2018; Stanevaa, Bogossianb, Morawskaa & Wittkowskic, 2017).

A mulher grávida, que tem um filho e se torna mãe, vive uma série de eventos que podem influenciar o conteúdo das cognições depressivas e o modo como os diversos sintomas se manifestam, tornando os quadros depressivos muito complexos e muito diferentes de mulher para mulher, pelo que o humor deprimido pode não ser o principal ou o sintoma mais importante a causar sofrimento na mulher (Marques, et al., 2014).

Os autores alertam que por vezes é muito difícil distinguir entre os sintomas depressivos e os sintomas físicos normais da gravidez e os decorrentes do cuidar de um bebé e por isso é importante ter presente que por vezes ocorrem alterações somáticas e cognitivo – afetivas, sobretudo no pós-parto que não significam que a mulher se encontra deprimida, apenas pode estar a vivenciar um processo de ajustamento normal (Marques, et al., 2014). Neste contexto torna-se essencial a avaliação do estado de humor das mulheres e do seu bem-estar emocional, através de instrumentos que permitam o rastreio precoce destas alterações (Fonseca & Canavarro, 2017).

Em vários estudos, foi salientada a importância do rastreio da depressão na gravidez, pelo reconhecimento de um *continuum* que existe entre a depressão na gravidez e a depressão no pós-parto. Foi identificado que em muitas situações a depressão começa no terceiro trimestre de gravidez e que em cerca de 40% dos casos das mulheres que apresentam sintomatologia depressiva na gravidez, também a apresentam no pós-parto (Macedo, Pereira & Marques, 2014).

A nível das consequências da depressão perinatal na mãe, os estudos identificaram níveis mais elevados de ansiedade; menor autoestima materna e menos confiança no desempenho do papel parental; mais problemas de saúde física, mais comportamentos auto lesivos e menor autocuidado, nomeadamente: menor adesão a tratamentos médicos, automedicação e nutrição desadequada (Fonseca & Canavarro, 2017).

Alguns estudos referem o impacto da depressão perinatal ao longo da vida da mulher, com risco de recorrência de episódios nos cinco anos seguintes, sobretudo se ocorrer uma nova gravidez. Esta situação tenderá a agravar-se nos casos em que o intervalo entre o início do quadro e o estabelecimento do diagnóstico e do tratamento for muito longo (Marques, et al., 2014).

Ao nível da criança, os efeitos da depressão materna são reconhecidos pelos vários estudos realizados a este nível, nomeadamente no que concerne às disrupções sistemáticas no comportamento parental. Estas passam pela ausência ou indisponibilidade emocional das mães para com as crianças (apatia) ou pela presença



de mães intrusivas e autoritárias nas práticas educacionais, condicionando o seu desenvolvimento a vários níveis (físico, cognitivo e emocional). Os processos de vinculação sofrem um comprometimento importante, pelas alterações na capacidade da criança em desenvolver e integrar representações positivas dos cuidadores e do *self*, motivadas pela disrupção no papel da mãe enquanto porto seguro (Krob, Godoy, Leite & Mori, 2017).

De uma forma geral, os estudos demonstraram que as crianças que são filhas de mães deprimidas estão expostas de forma crónica a interações menos positivas e reguladas, o que parece ter um efeito na capacidade de autorregulação da criança e no estabelecimento de padrões de interação positiva. Por outro lado, também identificaram o comprometimento na prestação dos cuidados, nomeadamente na amamentação, nas rotinas de sono e na prestação de cuidados de saúde à criança, determinando o estado de saúde global da criança (Fonseca & Canavarro, 2017).

Finalmente, têm sido realizados alguns estudos que apontam também para uma forte correlação entre a depressão materna e paterna. Esses estudos têm evidenciado níveis elevados de depressão e stresse dos companheiros de mulheres deprimidas, agravando toda a problemática e com consequências ainda mais acentuadas para toda a família na vivência dos processos de transição para a parentalidade (Anding, Röhrle, Grieshop, Schücking, & Christiansen, 2016; Fonseca & Canavarro, 2017).

O **blues pós-parto ou melancolia pós-parto** é uma alteração do humor muito comum (estimativas de incidência de 40 a 80% das mulheres), transitória e benigna, que habitualmente ocorre nos primeiros três a cinco dias após-parto e tem uma duração limitada. É considerada uma reação normal no pós-parto, não alterando a capacidade funcional da mulher, nem requer tratamento específico. Os sintomas mais frequentes são: humor disfórico, choro fácil, irritabilidade e labilidade emocional, ansiedade e perturbação do sono. Contudo, alguns autores referem que quanto mais severos forem os sintomas neste período temporal, maior a probabilidade de a mulher vir a desenvolver uma depressão pós-parto (Fonseca & Canavarro, 2017).

A **psicose pós-parto ou psicose puerperal** é uma condição psicótica aguda, podendo ocorrer nas duas primeiras semanas após o nascimento do bebé, requerendo sempre tratamento psiquiátrico e hospitalização urgentes. Caracteriza-se pela presença de comportamentos bizarros, desorganização do pensamento, falta de insight, delírios de referência, perseguição, de ciúme ou grandiosidade, perturbação sensorial e autonegligência. O risco de suicídio nestas mulheres é muito elevado e, atendendo ao quadro psicótico em curso, considera-se que os filhos das mulheres afetadas por esta condição clínica se encontram em particular risco, quer por negligência/incapacidade de prestação de cuidados, quer pela influência das alucinações/delírios (Fonseca & Canavarro, 2017).

### 2.3. FATORES DE RISCO A CONSIDERAR

Os estudos realizados ao nível dos fatores de risco presentes nas perturbações da ansiedade perinatal estabeleceram relações com algumas variáveis sociodemográficas, psicológicas e biológicas, aumentando a vulnerabilidade para a ocorrência destas perturbações. Segundo Nogueira, Marques, Roque e Pereira (2014):

-Variáveis socio demográficas: a idade mais jovem, a ausência do parceiro ou conjugalidade disfuncional, o baixo rendimento e baixa escolaridade, os fatores de stresse ambiental e os problemas de saúde do RN, com níveis mais elevados de ansiedade nas mulheres com estas características.

-Variáveis psicológicas: incluem a história prévia de depressão e ansiedade, a ausência de relações de qualidade e/ou interações sociais negativas e intrusão nos papéis maternos; história de perturbações psiquiátricas, pessoal ou familiar, incluindo do parceiro, também são relacionadas com níveis mais elevados de ansiedade no período perinatal.

-Variáveis biológicas, os estudos têm analisado o impacto das alterações fisiológicas (Aumento da frequência cardíaca e respiratória, devido à pressão do útero sobre o diafragma) que causam desconforto físico e serem interpretados em alguns casos, como sinais de alerta e perigo) e hormonais, pelas alterações drásticas nos doseamentos, cujas consequências ao nível do sistema nervoso central, propiciam as condições ao desenvolvimento de sintomatologia ansiosa

Uma linha mais recente de investigação tem-se focado nas vias e respostas inflamatórias do organismo e a relação destas com os níveis de cortisol, as alterações ao nível do eixo hipotálamo-hipofisário-suprarrenal e o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa. Maes *et al.* (2002) colocaram a hipótese que os níveis mais elevados de cortisol durante a gravidez poderiam despoletar uma sobre ativação do eixo, e estarem na origem da exacerbação de sintomatologia associada às perturbações de ansiedade (Maes *et al.*, 2002, como referido por Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).

Os estudos dos fatores de risco associados à depressão perinatal são, segundo Fonseca e Canavarro, (2017) muito importantes, pois permitem por um lado conhecer os vários mecanismos que levam ao desenvolvimento da mesma e por outro identificar as melhores abordagens tanto ao nível preventivo como no tratamento. Estes autores identificam diferentes categorias de fatores de risco: fatores sociodemográficos; fatores obstétricos; fatores clínicos; acontecimentos de vida stressantes; fatores psicológicos; apoio social, relação conjugal e fatores relacionados com a criança.

Os fatores de risco psicossociais da depressão perinatal encontrados em alguns estudos e com uma magnitude moderada-forte são: a depressão e ansiedade durante

a gravidez, a história prévia de depressão, a história familiar de depressão, o neuroticismo e a baixa auto-estima, o stresse associado ao papel parental e a outros acontecimentos de vida, a relação conjugal pobre ou comprometida e o escasso apoio social e o temperamento do bebé (Fonseca & Canavarro, 2017; Marques et al., 2014).

Em relação aos fatores de risco na gravidez, foram encontradas associações com a depressão nesse período e os fatores sociais: conflitos/pouca intimidade conjugal, violência doméstica, reação negativa face à gravidez por parte dos parceiros, falta de apoio social (parceiro, amigos, família), para além dos antecedentes clínicos (psicopatologia presente ou recorrente); psicológicos (neuroticismo, estilos cognitivos negativos e baixa auto-estima); obstétricos: (antecedentes: abortos, nados mortos e/ou complicações atuais) e fatores de stresse prévios vivenciados na infância ou recentemente pela grávida (morte familiar precoce, abuso sexual) (Marques et al., 2014).

Comparando os fatores presentes na depressão na gravidez e na depressão no pós-parto, encontraram-se associações muito significativas ao nível dos fatores sociodemográficos e obstétricos (considerados fracos na depressão pós-parto), nomeadamente o baixo nível socioeconómico e rendimento, o desemprego, a escolaridade reduzida, a paridade, ser mãe solteira, ser mãe adolescente ou muito jovem e gravidez não planeada/ não desejada (Marques et al., 2014).

Os estudos realizados em Portugal por estes autores, corroboram os resultados atrás mencionados, com a situação laboral na gravidez (desemprego, a trabalhar ou de baixa), o afeto negativo vivenciado, a insónia e o temperamento do bebé, a evidenciarem uma correlação importante como fatores de risco na depressão perinatal (Marques et al., 2014).

## 2.4. MODELOS EXPLICATIVOS

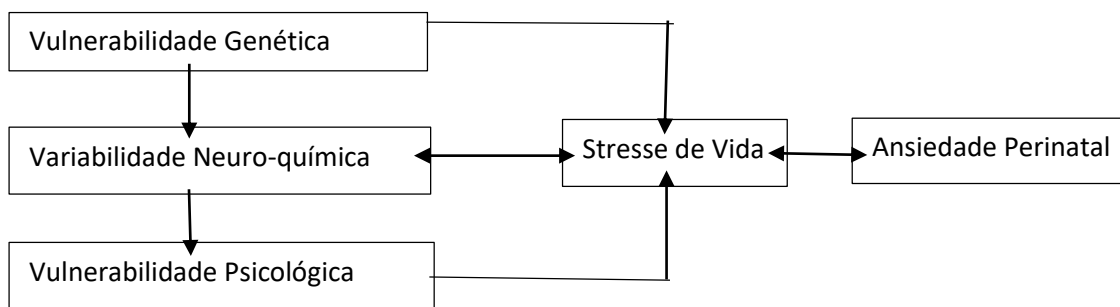
A este nível têm sido desenvolvidos alguns modelos compreensivos da etiologia das perturbações da ansiedade, bem como da depressão, em contexto perinatal, no sentido de se desenvolverem estratégias de prevenção e de tratamento.

Wenzel (2011) apresentou um modelo que tem servido de base na investigação dos mecanismos envolvidos na etiologia das perturbações de ansiedade perinatais.

Este modelo tem por base as formulações do modelo diátese-stresse, onde autora incorporou os fatores socio demográficos, biológicos e psicológicos, sendo considerados fatores fundamentais, os fatores biológicos e o stresse de vida (variáveis socio demográficas de risco). Os fatores biológicos são divididos em duas categorias: a vulnerabilidade genética (evidenciada pela história pessoal ou familiar de ansiedade e

depressão) e a variabilidade neuro química (sensibilidade às alterações hormonais) que está muito presente na gravidez e no pós-parto e um terceiro domínio: a vulnerabilidade psicológica que inclui os estilos cognitivos e a capacidade da mulher ou não, de implementar estratégias de *coping* eficazes em períodos de stresse, modelando as repostas e condicionando a transição para a maternidade (Figura.4)

Segundo esta autora, todas as vulnerabilidades estão relacionadas, influenciando-se mutuamente (Wenzel, 2011, como referido por Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014).



**Figura 4 – Modelo Diátese/Vulnerabilidade – Stresse na Ansiedade Perinatal**

(De acordo com Wenzel, 2011, Adaptado de Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014)

Fonte: Nogueira, Marques, Roque & Pereira, 2014

Nos estudos sobre os modelos compreensivos específicos da depressão perinatal, os fatores psicossociais demonstraram ter um papel importante na compreensão da mesma e na identificação de estratégias preventivas de intervenção, contudo os autores referem necessidade de mais investigação a este nível (O'Hara & McCabe, 2013).

O modelo de vulnerabilidade ao stresse num contexto biopsicossocial assenta na existência de uma vulnerabilidade psiconeuroendócrina (determinada geneticamente) e que pode ser ativada pelas alterações vivenciadas pela mulher na gravidez e no pós-parto. Mulheres mais vulneráveis, na presença dos fatores de stresse biológicos, psicológicos e sociais presentes neste período, têm uma probabilidade elevada de desenvolver sintomas de depressão (Valente & Macedo, 2014).

O modelo biopsicossocial de Milgrom et al. (1999) assenta nos modelos de vulnerabilidade-stresse e no modelo cognitivo-comportamental de Beck para a depressão. A instalação de quadros depressivos neste período, bem como o seu agravamento ou manutenção, estão relacionados com a presença de vulnerabilidades prévias da mulher, fatores precipitantes específicos do período perinatal, respostas cognitivo-comportamentais por parte da mulher e da sua rede de suporte e de fatores socioculturais, nomeadamente, e como referido por Fonseca e Canavarro (2017):

- Os fatores de vulnerabilidade prévia incluem os estilos cognitivos e de personalidade; as experiências familiares na infância, as perturbações psiquiátricas e acontecimentos de vida negativos;
- Nos fatores precipitantes do período perinatal, os fatores biológicos, como as alterações hormonais e os acontecimentos indutores de stresse: complicações obstétricas, problemas financeiros, exigências da prestação de cuidados ou outros;
- Os fatores relacionados com as respostas da mulher e da sua rede de suporte, nomeadamente do parceiro, familiares ou amigos, que podem agravar ou manter os quadros, designadamente quando as respostas cognitivas, afetivas e comportamentais são negativas, como os pensamentos de inadequação parental, sentimentos de culpa, raiva, ansiedade, frustração, capacidades parentais pobres, dificuldades na interação mãe bebé e conflitos conjugais;
- Nos fatores socioculturais: os mitos e crenças irrealistas sobre a maternidade, como o mito da maternidade perfeita ou da alegria da maternidade e a falta de estruturas de apoio social e familiar, também são considerados fatores de manutenção e agravamento dos quadros psicopatológicos deste período.

O modelo cognitivo-comportamental de Wenzel e Klemm, (2015), é baseado no modelo biopsicossocial de Milgrom et al. (1990) e nas premissas do modelo cognitivo-comportamental. Dá particular ênfase ao papel das crenças disfuncionais na etiologia da depressão perinatal e tem os seguintes pressupostos: *a) as pessoas apresentam vulnerabilidades biológicas e psicológicas que as predispõem para experienciar distresse emocional; b) essas vulnerabilidades são frequentemente ativadas em períodos de stresse; e c) as crenças nucleares disfuncionais emergem dos fatores de vulnerabilidade e também contribuem para o distresse emocional* (Fonseca & Canavarro, 2017, p.16),

Este modelo torna-se particularmente importante, pois permite identificar fatores modificáveis, que podem ser alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde. Destacam-se as vulnerabilidades psicológicas, onde os estilos cognitivos negativos interferem nos processos de ajustamento à transição para a maternidade; as crenças disfuncionais, que refletem julgamentos sobre si, como por exemplo: *“Sou um fracasso!”*; ou sobre os outros: *“Vão rejeitar-me!”* ou sobre o futuro: *“vai correr mal!”* ou ainda julgamentos sobre a competência materna: *“Eu não sou boa mãe!”*; ou sobre os significados da maternidade: *“Eu devia dedicar-me mais ao meu bebé!”* (Fonseca & Canavarro, 2017, p.17). Os pensamentos automáticos negativos, as respostas emocionais e comportamentais que estão associadas, também são identificadas neste modelo, como alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde (Fonseca & Canavarro, 2017).

O modelo interpessoal da depressão pós-parto assenta na Teoria Interpessoal de Sullivan (1953). Neste modelo o ser humano é sobretudo social e a sua personalidade é principalmente determinada pelas suas experiências sociais, mais do que pelas suas experiências intrapessoais. Não descurando a importância dos fatores biológicos, o apoio interpessoal surge num contexto de função protetora da saúde mental dos indivíduos. Nesse sentido a depressão é conceptualizada como uma doença que ocorre num contexto social que se encontra perturbado, ou seja, com problemas interpessoais, nomeadamente na relação com o companheiro, família e amigos. Estas são muitas vezes descritas pelas discrepâncias entre o nível de apoio desejado e o nível de apoio recebido (Fonseca & Canavarro, 2017).

### **3. PROMOVER A SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL**

De uma maneira geral todos os autores que se dedicam a investigar esta temática, são unânimes ao considerarem essencial o desenvolvimento de intervenções preventivas e promotoras da saúde mental materna, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários e sempre que possível em contexto de equipas multidisciplinares (Camarneiro & Justo, 2014; Marques et al., 2014; Nagle & Farrelly, 2018; Tripathy, 2020).

Os estudos realizados a este nível produziram algumas considerações, referindo que as intervenções dirigidas, com enfoque nos fatores de risco psicossociais possíveis de modificar, sobretudo os relacionados com a interação entre as características da pessoa e as do seu contexto social, são mais benéficas e mais eficazes (Haga, Drozd, Lisøy, Wentzel-Larsen, & Slinning, 2018; Marques et al., 2014).

Numa revisão sistemática realizada por Wylie, Holiins Martin, Marland, Martin e Rankin (2011), sobre os principais conceitos relacionados com a depressão perinatal (Diagnóstico, fatores de risco, prevenção e tratamento), no que diz respeito às ações de prevenção encontradas e sua eficácia, as conclusões apontam para um reconhecimento precoce e a referenciação para um acompanhamento especializado na área da saúde mental. Os autores dão ênfase à necessidade de estes profissionais adquirirem conhecimento e competências específicas na área da saúde mental materna, devendo estar presentes nos cuidados de saúde, na elaboração de programas de prevenção e protocolos de atuação

A este respeito os autores referem que um inadequado treino da equipa acerca destas questões, afeta a confiança da mulher e a sua predisposição para pedir ajuda e superar os problemas (Byatt et al., 2012).

McQueen, Montgomery, Lappan- Gracon, Evans e Hunter (2008), numa revisão sistemática da literatura elaboraram 10 recomendações, com nível de evidência encontrada, para a prática de Enfermagem na abordagem em saúde mental materna perinatal. A nível da prevenção e com um nível de evidência 1a (evidência obtida a partir de meta-análise ou revisão sistemática de ensaios controle randomizado), elaboraram duas recomendações: os Enfermeiros devem prestar cuidados individualizados e flexíveis com base na identificação de sintomas depressivos e na preferência materna, e iniciar estratégias preventivas o mais precocemente possível.

A realização de visita domiciliária de enfermagem em contexto de pós-parto, disponibilizando suporte à família, foi realçada por alguns estudos como essencial na

promoção do bem-estar emocional das mulheres devendo englobar como objetivos o reconhecimento precoce dos sintomas, e a referenciação para um acompanhamento especializado na área da saúde mental (Wylie, Hollins Martin, Marland, Martin, & Rankin, 2011).

No contexto de promoção da saúde mental materna perinatal, importa também sublinhar a atenção especial que deve ser dada às mulheres de minorias étnicas ou deslocadas dos seus países de origem por situações económicas ou de conflitos armados e cuja vulnerabilidade para a patologia mental é superior, pelos fatores psicossociais presentes (Watson, Harrop, Walton, Young & Soltani, 2019).

Marques et al. (2014) alertam que por vezes as mulheres que mais poderiam beneficiar de um programa preventivo por se encontrarem em maior risco psicossocial, são as que nem sempre se disponibilizam para participar em contexto de programas de grupo, pela presença de diversos fatores, como dificuldades em se deslocarem e vidas caóticas, sendo essencial o desenvolvimento de programas acessíveis e flexíveis.

Os autores também referem que qualquer intervenção preventiva ao nível da saúde mental materna perinatal, não pode apenas ter como objetivos prevenir o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, mas também capacitar as mulheres para a identificação de sintomas, incentivando-as a procurar ajuda e apoio, desmistificando crenças e sentimentos de culpa, decorrentes do auto estigma associado (Haga, Drozd, Lisøy, Wentzel-Larsen, & Slinning, 2018). Por outro lado, também devem ser acessíveis, flexíveis e ajustados culturalmente aos vários contextos de cuidados (Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018; Marques et al., 2014).

A construção de respostas ao nível dos cuidados de saúde de forma integrada, em equipa multidisciplinar e com formação específica em saúde mental perinatal, deve ser uma prioridade, de forma a desenvolver abordagens preventivas e não estigmatizantes. Os autores reforçam também a necessidade do desenvolvimento de campanhas públicas para divulgação e sensibilização, combatendo o estigma e promovendo a literacia na área da saúde mental materna (Nagle & Farrelly, 2018; Tripathy, 2020).

O EESMP aparece em alguns estudos, como um recurso importante nas equipas, sendo sublinhado, o papel diferenciador na prestação de cuidados especializados (Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014) e culturalmente sensíveis (Monteiro & Mendes, 2013), bem como no desenvolvimento de programas a este nível (Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018).



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **4. METODOLOGIA**

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada no estudo empírico. Inicia-se com uma breve descrição da problemática e justificação do estudo, a indicação dos objetivos e finalidade. Aborda-se, de seguida, o tipo de estudo, seleção dos participantes e metodologia de colheita de informação, os procedimentos éticos e o procedimento da análise dos dados.

#### **4.1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

A saúde mental materna em alguns contextos de cuidados de saúde tem sido uma componente negligenciável da saúde reprodutiva, apesar do seu impacto em termos de doença e incapacidade. Neste sentido, a OMS tem alertado para a necessidade de reconhecer a importância dos problemas de saúde mental ao nível dos programas reprodutivos, devendo ser incluída, esta dimensão na prestação de cuidados (WHO, 2009).

A World Psychiatric Association (WPA) considera as perturbações mentais, entre os problemas de saúde mais comuns da gravidez e no ano após o nascimento (período perinatal), tendo emitido uma declaração no sentido de alertar para esta problemática a nível mundial, pedindo uma atenção especial à saúde mental perinatal.

Na declaração de 8 de março de 2017, o grupo de trabalho definiu 12 recomendações para profissionais de saúde, legisladores e entidades envolvidas, no sentido de se desenvolverem estratégias de promoção da saúde mental materna, para a redução da morbimortalidade materna e infantil (WPA, 2017).

As perturbações da saúde mental materna podem afetar o desenvolvimento da gravidez, com risco de prematuridade e baixo peso ao nascer; o desenvolvimento neuro-cognitivo, emocional e comportamental da criança; as interações mãe-bebé; e estão relacionadas com a presença de mortalidade infantil e mortalidade materna; uso indevido de substância; homicídios por violência doméstica e comorbilidades de ordem física, incluindo o VIH (WPA, 2017).

O National Health Service (NHS) Inglês recomenda um atendimento rápido e eficaz no período perinatal uma vez que, um problema de saúde mental nesta fase tem

o potencial de afetar adversamente a mãe e o seu filho em desenvolvimento, bem como aumentar o risco de conflito parental e desagregação de relacionamentos (Macedo, Pereira & Marques, 2014).

Os estudos publicados confirmam que a doença mental materna perinatal é um problema de saúde prevalente em muitos países e por isso considerado um problema de saúde pública. Estima-se que entre 10 e 15 % das mulheres apresentem sintomas depressivos moderados a graves durante a gravidez e o pós-parto (Haga, Drozd, Lisoy, Wentzel-Larsen & Slinning, 2018), sendo que as perturbações de ajustamento e da ansiedade são ainda mais comuns, estimando-se que até um terço das mulheres experimentem distúrbios de ansiedade durante a gravidez e 20% durante o período pós-natal (Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018).

Num estudo realizado em Portugal, no centro do país com 395 mulheres no segundo trimestre de gravidez e no pós-parto foi relacionada a prematuridade e o desenvolvimento de patologia obstétrica no II e III trimestre, com os níveis mais elevados de ansiedade e de sensibilidade interpessoal (sentimentos de inferioridade e fragilidade pessoal), em comparação com as grávidas que levaram a gravidez a termo (Camarneiro & Justo, 2014).

Segundo Macedo e Pereira (2014) o risco de uma mulher ser admitida num serviço de psiquiatria, devido a uma perturbação mental, é muito mais elevado nos primeiros 12 meses após o parto do que em qualquer outro momento da sua vida. O suicídio aparece associado a uma das principais causas de morte entre as mulheres deprimidas no período perinatal e no caso de existir doença mental grave prévia, este risco é setenta vezes superior, pelo que se torna imperioso a construção de respostas diferenciadas nesta fase de vida da mulher.

Os profissionais de saúde, perante o diagnóstico de depressão perinatal, não o realizam em mais de 50% dos casos. Os principais motivos referidos para essa dificuldade, foram a falta de tempo para a história clínica, a falta de conhecimentos nesta área e o desconhecimento de instrumentos de rastreio (Macedo, Pereira & Marques, 2014).

Podemos considerar que a saúde mental materna, neste processo de “*tornar-se mãe*”, requer por parte dos profissionais de saúde um aprofundamento do conhecimento quer na prevenção, através da identificação dos fatores protetores e de risco, quer na identificação de estratégias eficazes na promoção da saúde mental materna perinatal, sendo fundamental a realização de um maior número de estudos sobre estas questões (Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014).

Alguns autores referem que os enfermeiros têm um papel privilegiado neste contexto de cuidados, pois estão presentes desde o planeamento da gravidez, durante a mesma e no pós-parto. Durante o primeiro ano de vida da criança, e no cumprimento

das orientações ao nível dos vários programas de saúde, a díade (mãe e filho) contactam com os Enfermeiros, nomeadamente para a vacinação e vigilância de saúde, sendo fundamental que estes profissionais sejam capazes de despistar precocemente situações de risco e orientar/referenciar para o profissional adequado, nomeadamente o EESMP (Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014).

O EESMP de acordo com as suas Competências Específicas e com o Padrão de Qualidade, pelos quais orienta a sua prática, nomeadamente no desenvolvimento de programas de intervenção que visem a psicoeducação e a otimização em saúde mental nos processos de transição e ajustamento (Regulamento nº 515/2018), tem um papel decisivo na abordagem a este nível. Nesse sentido, torna-se importante o aprofundamento do conhecimento especializado na área da saúde mental materna, para a construção de uma prática baseada na evidência.

#### 4.2. OBJETIVOS E FINALIDADES

Os objetivos definidos neste estudo pretendem compreender os aspetos que envolvem a saúde mental materna perinatal, os fatores que lhe estão associados (protetores e de risco), com a finalidade de identificar áreas onde se poderá intervir com vista à prevenção das perturbações mentais maternas no período perinatal.

Assim definimos, como objetivos para este trabalho de investigação:

- Descrever as vivências emocionais maternas no período perinatal de grávidas e mães em pós-parto até aos 12 meses, bem como, as percecionadas pelos seus companheiros e profissionais de saúde, em contexto de CSP;
- Compreender os fatores de risco e protetores para a saúde mental materna perinatal, percecionados pelas grávidas, mães em pós-parto até aos 12 meses, seus companheiros e profissionais de saúde, em contexto de CSP;
- Construir um protótipo de intervenção para a promoção da saúde mental materna, em contexto de CSP e no âmbito da ESMP.

#### 4.3. ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

O presente estudo recorreu a uma abordagem de investigação qualitativa. Em termos paradigmáticos está associado “a uma conceção holística do estudo do Ser humano” (Fortin, 2009, p.31). Cada realidade é baseada nas perceções individuais, pelo que o conhecimento de uma determinada realidade, é explorado do ponto de vista dos

participantes, bem como a análise dos vários significados a partir das suas vivências e experiências de vida reportadas à situação ou contexto alvo do estudo (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com recurso à técnica de *focus groups*, para recolha de informação, com a finalidade de procurar o sentido e a compreensão de fenómenos sociais complexos (Galego & Gomes, 2005).

#### 4.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO

No contexto da investigação qualitativa, e tendo em conta os objetivos e os resultados, optou-se por um processo de amostragem não probabilística, por conveniência para a seleção dos participantes.

Os participantes selecionados: grávidas e seus companheiros; mães com bebés até aos 12 meses de vida e seus companheiros e profissionais de saúde dos CSP (Médicos de Família, Enfermeiros, Psicóloga e Assistente Social) todos pertencentes à área de abrangência da UCC de Abrantes, receberam o convite para participar no estudo durante o mês de janeiro de 2020.

Os critérios de inclusão definidos: mulheres grávidas e seus maridos/companheiros; mulheres em pós-parto até aos 12 meses e seus maridos/companheiros e profissionais de saúde dos CSP, todos com idades superiores a 18 anos, não sofrerem de patologia do foro mental e, no caso dos profissionais, prestarem cuidados de saúde ao nível da saúde materna e infantil.

Os contactos foram realizados pela investigadora principal, que explicou sumariamente os objetivos gerais do estudo, tendo respondido favoravelmente 29 participantes, que foram organizados em 3 *focus groups*:

A – 7 Mulheres grávidas e 1 marido/companheiro, num total de 8 participantes;

B – 11 Mulheres em pós-parto até aos 12 meses e 3 maridos/companheiros, num total de 14 participantes;

C – 2 Médicos Especialistas em Medicina Geral e Familiar e 5 Enfermeiros dos CSP (2 Enfermeiros, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação), num total de 7 participantes.

#### 4.5. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta os objetivos e a natureza do estudo, procedemos à recolha da informação através da técnica de *focus group*.

O *focus group* como meio para recolha de informação, parece-nos a mais adequada, pois privilegia a observação e o registo de experiências e reações dos indivíduos participantes, que não seriam possíveis de captar por outros métodos e permite criar espaço para a dinâmica de grupo, possibilitando que os participantes se expressem numa discussão flexível, usando as suas próprias palavras e de acordo com as suas prioridades. Por outro lado, comparando com outras técnicas e/ou métodos, proporciona uma multiplicidade de visões e reações emocionais no contexto do grupo, permitindo ao investigador uma maior agilidade na recolha de dados (Galego & Gomes, 2005).

Foi construído um guião orientador para cada grupo focal, com base na pesquisa bibliográfica e validado com as orientadoras do estudo. Na elaboração dos Guiões e na condução das entrevistas foram tidas em conta as especificidades de cada grupo, no sentido de se obter o máximo de informação sobre o fenómeno em estudo (Apêndice I).

Posteriormente foi agendada a data de realização dos *focus groups*, bem como os horários. Os 3 *focus groups* realizaram-se no mês de janeiro de 2020 na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Abrantes, pertencente ao ACES Médio Tejo.

O investigador principal fez a orientação da entrevista do *focus group*, e foi auxiliado por um co – investigador, que realizou as anotações decorrentes da observação e dos aspetos não-verbais da comunicação dos participantes.

A duração de cada grupo focal variou entre 2h (Grupo profissionais) e 2h:45' (Grupo das grávidas e das mães), com um áudio total de cerca de 7h:30'.

A gravação das entrevistas foi realizada em suporte digital, após consentimento informado dos participantes, com a garantia de destruição das mesmas, após conclusão do estudo.

A transcrição integral das entrevistas foi realizada durante o mês de fevereiro de 2020, bem como as anotações de campo observadas, no processador de texto Microsoft Office Word 2016. O conteúdo das mesmas foi validado pelos dois investigadores e orientador.

#### 4.6. CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

A investigação foi conduzida de forma a respeitar os direitos da pessoa. Os procedimentos éticos fundamentaram-se nos princípios do respeito pela pessoa, da

beneficência e não-maleficência, sendo imprescindível o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; o respeito pelos grupos vulneráveis; o respeito pela vida privada e pela confidencialidade; o respeito pela justiça e equidade; o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens (Fortin, 2009).

Todos os participantes foram informados dos princípios e procedimentos, sendo assegurada a confidencialidade das respostas e o anonimato, assim como o direito de desistir do estudo a qualquer momento. Foi garantida a destruição das entrevistas após a realização do estudo. Depois de esclarecidos os participantes assinaram um consentimento informado e o comprovativo de autorização do uso dos dados no estudo. (Apêndice II)

Salvaguarda-se a confidencialidade dos dados já que, sempre que necessário, será utilizado um código associado ao nome de cada participante do *focus group*.

Foi solicitado um Pedido de Apreciação e Parecer, junto da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC), que considerou favorável, a 18 de setembro de 2019. (Anexo I)

Foi ainda apresentado o projeto de investigação e solicitado parecer e autorização para a realização do estudo, à Comissão de Ética da ARSLVT, ao Diretor Executivo do ACES Médio Tejo e ao Coordenador da UCC de Abrantes, cujas autorizações e pareceres foram favoráveis a 10 de novembro de 2019. (Anexo II)

#### 4.7. PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS

A riqueza de dados reunidos através do *focus group* pode ser imensa e por isso exige dos investigadores um procedimento metódico que assegure objetividade no tratamento desses dados de forma a garantir o tratamento exaustivo das informações facultadas pelos participantes (Galego & Gomes, 2005). Essa situação verificou-se no presente estudo, pelo que foi tido em conta as recomendações dos autores de forma a permitir uma análise rigorosa dos dados obtidos.

O processo de análise de dados decorreu entre os meses de março e julho de 2020. Foi realizada através do recurso da análise de conteúdo. Esta passou por analisar a frequência, a intensidade de certas palavras, frases e expressões, bem como de certos factos e acontecimentos. A codificação de dados e análise contextual dos mesmos foi sujeita à verificação e análise das orientadoras deste estudo.

Foi utilizado o Programa NVivo12 durante o processo de análise, sendo possível a visualização esquemática das categorias e subcategorias encontradas. Emergiram 628 unidades significativas que foram agrupadas em 78 categorias e 55 subcategorias.

O rigor metodológico deste estudo teve em conta os constructos utilizados em investigação qualitativa, onde se substituem os conceitos de fidelidade e de validade pelos de “*credibilidade, de fiabilidade, de transferibilidade e de confirmação*” (Fortin, 2009, p.304). Estes conceitos permitem a avaliação dos resultados e reportam-se respetivamente à “*exatidão na descrição do fenómeno; à exatidão no seguimento da evolução do fenómeno e das diferentes perspetivas expressas pelos participantes; à aplicação ou à transposição dos resultados para outros meios, para outras populações ou para outros contextos e à objetividade e neutralidade dos dados*” (Fortin, 2009, p.304-305)

No presente estudo foi garantida a credibilidade e fiabilidade da análise efetuada, pela triangulação dos dados obtidos, com recurso ao co – investigador presente, o que permitiu uma melhor exatidão na descrição do fenómeno vivido pelos participantes.





## 5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos após a leitura exaustiva do conteúdo das transcrições de cada *focus groups*. A demarcação preliminar das unidades de registo, que foram emergindo em função das questões norteadoras definidas, permitiu o agrupamento em quatro dimensões:

- Dimensão 1 – Vivências Emocionais maternas;
- Dimensão 2 – Fatores de risco percecionados para a saúde mental materna;
- Dimensão 3 – Fatores Protetores percecionados para a saúde mental materna;
- Dimensão 4 – Sugestões Curso Promoção da Saúde Mental Materna;

A análise de conteúdo realizada posteriormente permitiu a identificação de categorias e subcategorias, dentro de cada dimensão e referente a cada *focus groups*. Nesta fase de análise, surgiu a necessidade de agrupar os companheiros do *focus group* Grávidas e do *focus group* Mães, num quarto grupo, facilitando a análise das suas perceções sobre as dimensões estudadas.

No primeiro subcapítulo, apresentamos os dados relativos à caracterização dos participantes. Por forma a garantir o seu anonimato, foram codificados com as letras G; M e P; significando Grávidas, Mães e Profissionais, respetivamente e seguindo-se um número de ordem. Em relação aos Companheiros, foram codificados com a letra C, seguindo-se a letra respetiva da grávida ou mãe.

Nos subcapítulos seguintes, segue-se a apresentação dos dados referentes a cada dimensão. Serão apresentados os modelos esquemáticos de análise exportados do NVivo12, referentes a cada grupo (Grávidas, Mães, Companheiros e Profissionais). Para uma melhor compreensão dos esquemas e uma vez que alguns apresentam muita informação, a visualização do mesmo deve começar pelo círculo com um quadrado e depois, seguir a leitura no sentido dos ponteiros do relógio.

As categorias e subcategorias que emergiram dos grupos serão apresentadas no seu conjunto por se repetirem em algumas áreas, sendo apresentadas as unidades de registo selecionadas que emergiram dos vários discursos, de forma a ilustrar os dados obtidos.

As Unidades de registo serão apresentadas em itálico e com a utilização de alguns símbolos/códigos, cujo significado é o seguinte:

- (...) – Excerto da transcrição original, sem relevância para a análise
- ... - Pausa no discurso.

No final de cada subcapítulo, será apresentado um quadro síntese dos resultados obtidos em cada dimensão, nos quatros grupos, permitindo a discussão e a articulação dos resultados obtidos com a literatura existente.

## 5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 29 participantes (Tabela 1), com as seguintes características:

- 7 Grávidas, com idade gestacional entre as 16 e 31 semanas; 3 primíparas e 4 multíparas, com um filho.
- 11 Mães, 6 primíparas e as restantes mães, de segundos filhos. Cinco encontravam-se no pós-parto (até às 6 semanas), três mães com RN de 1 mês: e duas mães, com RN de 2 meses. As restantes, com RN de 4, 5, 8 e 10 meses. Relativamente ao parto, duas mães experienciaram partos traumáticos e as restantes com partos eutócicos.
- 4 Companheiros, 1 na fase da gravidez e os restantes na fase do pós-parto
- 7 Profissionais de Saúde: 2 Médicos (1 Especialista Medicina Geral e Familiar (MGF) e 1 Interno de MGF e 5 Enfermeiros (2 Enfermeiros, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e 1 Enfermeiro Especialista em Reabilitação). Os locais de trabalho: Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados na Comunidade, todos da área dos Cuidados de saúde Primários e com experiência na área materno-infantil, de 4 aos 25 anos.

**Tabela 1 – Caraterização dos participantes**

Participantes	Idades	Sexo	Habilitações Literárias	Situação Ocupacional	Outras observações
<b>Grávidas (G)</b>	24-38	Feminino (7)	Secundário (4) Licenciatura (2) Mestrado (1)	Desempregado (3) Por conta de outrem (4)	IG (16 a 31 semanas) Primíparas (3) Multíparas (4)
<b>Mães (M)</b>	27-41	Feminino (11)	Secundário (4) Licenciatura (6) Mestrado (1)	Desempregado (2) Por conta de outrem (9)	Primíparas (6) Multíparas (5) Idade RN (1 a 10 meses) Parto Eutócio (9) Parto Traumático (2)
<b>Companheiros (as) (CG e CM)</b>	28-35	Masculino (4)	Secundário (3) Licenciatura (1)	Por conta de outrem (4)	_____

<b>Profissionais de Saúde (P)</b>	30-55	Feminino (6) Masculino (1)	Licenciatura (5) Mestrado (2)	<b>Área Profissional / Especialização</b> MGF (2) Enfermeiro (2) EESMO (1) EESC (1) EER (1)	Experiência Profissional – Área Saúde materno- Infantil (4 -25 anos); Locais trabalho nos CSP: USF (5) UCC (2)
-----------------------------------	-------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

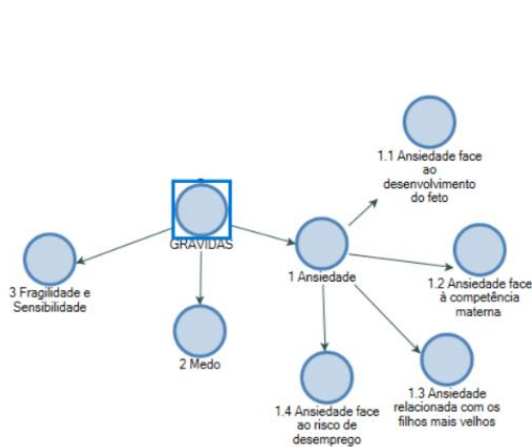
**Legenda:** IG – Idade gestacional; MGF – Medicina Geral e Familiar; EEMO – Enfermeiro Especialista Saúde Materna e Obstétrica; EESC – Enfermeiro Especialista Saúde Comunitária; EER – Enfermeiro Especialista Reabilitação; USF – Unidade de Saúde Familiar; UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

## 5.2. VIVÊNCIAS EMOCIONAIS MATERNAS NO PERÍODO PERINATAL

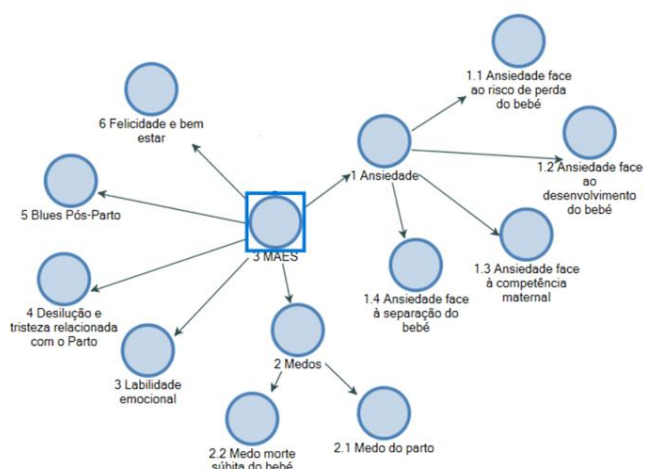
Em relação às vivências emocionais maternas, as questões orientadoras nos *focus groups*, pretenderam conhecer as vivências emocionais maternas durante a gravidez, parto e no período pós-parto até ao primeiro ano de vida, do ponto de vista pessoal (grávidas e mães), as percebidas pelos companheiros e pelos profissionais de saúde, tendo em conta a sua experiência nesta área.

Da análise de dados por *focus groups*, emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

- Grávidas, 3 categorias: Ansiedade, Medo e Aumento da fragilidade/sensibilidade e 4 subcategorias dentro da ansiedade: ansiedade face ao desenvolvimento do feto, face à competência materna, face à relação com os filhos mais velhos e face ao risco de desemprego. (Figura 5).
- Mães, 6 categorias: Ansiedade; Medos; Labilidade emocional; Desilusão e tristeza relacionada com o Parto; “Blues” pós-parto e Felicidade e bem-estar e 6 subcategorias, 4 dentro da ansiedade: face ao risco de perda do bebé; face ao desenvolvimento do bebé/ RN; face à competência materna e face à separação do bebé e 2 subcategorias dentro do medo: medo do parto e medo de morte súbita do bebé (Figura 6).



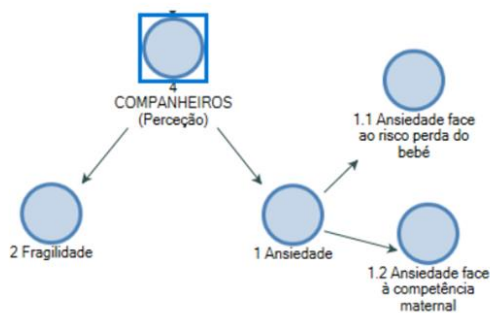
**Figura 5 – Vivências Emocionais Maternas das Grávidas, durante a gravidez**



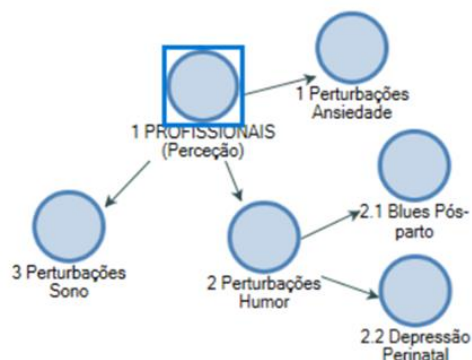
**Figura 6 – Vivências Emocionais Maternas das Mães, no período perinatal**

□

- Companheiros, 2 categorias: Ansiedade e Aumento da fragilidade e 2 subcategorias dentro da ansiedade: a ansiedade face ao risco de perda do bebé e ansiedade face à competência materna (Figura 7).
- Profissionais de Saúde, 3 categorias: perturbações da ansiedade, perturbações do sono e perturbações do humor, com 2 subcategorias: *Blues* pós-parto e depressão perinatal (Figura 8).



**Figura 7 – Vivências Emocionais Maternas percebidas pelos Companheiros no período perinatal**



**Figura 8 – Vivências Emocionais Maternas percebidas pelos Profissionais de Saúde, no período perinatal**

As categorias e subcategorias que emergiram das vivências experienciadas ou percebidas surgem relacionadas com as três etapas biológicas: gravidez, parto e no período após o parto, pelo que serão apresentados os dados seguindo esse percurso, com referência às unidades significativas dos respetivos grupos:

## **A. Vivências relacionadas com a gravidez**

### **1) Ansiedade**

Foi a vivência mais experienciada pelas grávidas e mães, referindo-se à sua gravidez, atual e/ou anterior (es) e também percebida pelos companheiros. Esta ansiedade aparece relacionada com o risco de perda do bebé, com o desenvolvimento do feto, com a competência materna, com a relação com outros filhos e com o risco de desemprego. Os profissionais de saúde também consideram ser a vivência que mais observam na gravidez relacionada com o risco de perder o bebé e com a possibilidade de malformações no desenvolvimento fetal.

#### **a. Ansiedade face ao risco de perda do bebé**

*(M1) – (...) tinha tido 3 abortos. Então, eu senti muita ansiedade, quando soube que estava grávida, era uma coisa que desejava muito, pronto. E, então, ao princípio, ah.. (...) aqueles 3 primeiros meses, sempre muito ansiosa e receosa pelas experiências que tinha tido anteriormente. Especialmente, por isso.*

(CM10) – (...) ela é muito, ela é muito ansiosa e eu queria contrabalançar o abatimento dela (...). (Em relação ao risco de aborto).

b. Ansiedade face ao desenvolvimento do feto

(G1) - *Será que vai correr tudo bem? Será que vai nascer, vai nascer perfeito? Uma pessoa está sempre a pensar nisso, não sei porquê.*

(G5) - *Uma ansiedade que eu passei a ter agora esta gravidez, que não tive na primeira, um bocado por causa da comunicação social, é a história da, da ecografia e do bebé sem rosto*

(M5) – (...) *claro que uma pessoa mês após mês, anda sempre na especulação, será que está tudo bem?*

(P4) - (...) *o medo se a criança tem malformações, penso que a ansiedade passa muito por aí.*

c. Ansiedade face à competência materna, relacionada com o desempenho do papel materno:

(G2) - *Ai tudo (...), a alimentação, tratar dele, tudo, tudo. Entra ali de tudo. (referindo-se à causa da ansiedade)*

(G6) – (...) *não sei se vou ser boa mãe? Não sei se vou conseguir fazer tudo? (...) Será que vou fazer as coisas bem?*

(CG2) - *O problema dela não é o medo, é a ansiedade. Está sempre muito ansiosa para saber as coisas.*

d. Ansiedade face à relação com os filhos mais velhos. Esta foi referida pelas grávidas de segundos filhos e aparece relacionada com a capacidade de cuidar e amar os dois da mesma forma:

(G4) – (...) *não conseguir sentir o mesmo pelos dois. (...) de não, não gostar tanto de um, como gosto de outro, por exemplo.*

(G4) - (...) *Assusta-me é eu ter o pequenito, ter o [F] e ele precisar, e eu não poder estar porque tenho a irmã, nessa parte é o que me assusta mais.*

(G5) – *Também (..) de não conseguir gostar tanto do segundo como gosto do primeiro.*

e. Ansiedade face ao risco de desemprego, relatada no grupo das grávidas:

(G4) – (...) *para mim, que me causa mais ansiedade, é que eu estou a contrato, o meu contrato acaba em maio.*

(G5) - *Ah no início da gravidez (...) andei mais ansiosa do que agora. Estava a trabalhar numa fábrica, e havia assim uma fama de despedir as pessoas quando elas ficavam grávidas e isso também aumentou a ansiedade, principalmente, enquanto o patrão não soube.*

2) Fragilidade/sensibilidade aumentada durante a gravidez.

Foi referida pelas grávidas e vivenciada com algum sofrimento emocional, pelas alterações nas relações familiares, nomeadamente com o parceiro e outros filhos. Um companheiro também referiu esta vivência, relacionando com os desafios do seu estado.

*(G1) - Mudei, mudei. Mudei, estou muito mais frágil. Qualquer coisa, apanho logo nervos, ah... (...) Às vezes, não queria ser assim, mas não consigo, não consigo, começo logo a chorar e, estou muito mais frágil. Muito mais sensível.*

*(G3) - Mas tudo mais, acho que a parte da sensibilidade, eu também noto diferença com a gravidez, ah por exemplo, com o meu filho também, não é? A gente dispara ali mais rapidamente, se calhar, não tenho muita calma.*

*(G6) – (...às vezes, eu ralho com ele (companheiro) e, logo a seguir, estou a ter uma crise de choro. E ele fica a olhar para mim e “não te entendo.”*

*(CG2) -Sim, ela está frágil. (...) É uma novidade para ela, e ela, pronto, tornou-se mais frágil.*

### 3) Depressão na gravidez

É percebida pelos profissionais de saúde, mas nem sempre é diagnosticada, por dificuldades na avaliação e detecção precoces:

*(P1) - E, portanto, eu acho que, do ponto de vista da avaliação na gravidez, já existem alguns sinais (...) desta perturbação (referindo-se à depressão), mas da nossa parte, às vezes, não temos tempo, disponibilidade para fazer esta avaliação durante a gravidez.*

### 4) Perturbações do sono

Estas foram observadas pelos profissionais de saúde na gravidez, são em alguns casos graves, com necessidade de intervenção terapêutica:

*(P1) - É porque eu acho que isso já acontece na gravidez. Há muitas grávidas que já referem, sobretudo, no último trimestre que têm perturbações do sono ao ponto de... duas, três noites, “não consigo dormir, só consigo estar no sofá e dormito” e isso já se verifica nalgumas grávidas, (...).*

*(P1) – (...) já há algumas senhoras que lhes é prescrito porque não conseguem mesmo, mesmo descansar, não consigo identificar uma causa, mas, de facto, o que está...os estudos referem que as alterações na gravidez, muitas delas, tem uma causa ah...psicossomática.*

## **B. Vivências relacionadas com o parto**

### 1) Medo do parto

Este medo emergiu dos discursos das grávidas e das mães, referindo-se à sua experiência durante a gravidez, relacionada com o parto, pelo medo do desconhecido, da dor ou por experiências traumáticas anteriores. Os profissionais de saúde também percebem este medo relacionado com o parto.

*(G3) - O parto assusta, também continua a assustar, porque a gente sabe que é sempre diferente, pela minha primeira experiência também não foi a mais agradável.*

*(M5) - todas temos ah... dúvidas, medos, mas eu tinha muito medo do, do, do parto. Eu tinha mesmo muito, eu tinha medo da dor, era coisa que me apavorava, era a dor.*

*(M10) - Tinha medo do parto, mas não sabia o que é que vinha depois do parto. (risos) Volta que estás perdoado. (gargalhadas)*

*(P4) - (...) mais os medos, o medo do parto (...)*

## 2) Desilusão e tristeza relacionada com o parto.

Os relatos emergiram dos discursos de três mães. Estão associados a quebras de expectativas face a uma idealização desse momento e associados a partos muito traumáticos:

*(M7) - O parto, o parto, para mim é sempre uma frustração (riso). Porquê? Toda, é porque todas as mães têm medo da dor, não querem a dor e eu sou o contrário, eu quero passar por tudo isso (risos). Eu quero parto normal, eu quero, eu quero expulsar, eu quero fazer e eu não consigo, eu tenho tudo, mas na hora da expulsão, eu não consigo. (...) Não tive forças, não tive forças, e isso foi assim muito frustrante*

*(M3) - (...) eu não me lembro da bebé ter nascido, não me lembro de ela estar em cima de mim, não,... lembro-me de acordar e já estava com o pai. Ah... quanto ao pai, o problema, acho que sim, ficou e, falamos bastante, porque a quem assiste, o sentimento de impotência, de não conseguir fazer nada é muito mau. E, isso, não nos afetou enquanto casal, mas, sim, afetou-nos psicologicamente. A mim porque aquele, aquele momento que nós desejamos há tanto tempo, que é ver o bebé, o bebé nascer, ter o bebé em cima de nós e isso tudo, eu não tive... Porque não me lembro... (muito emocionada).*

*(M6) – (...) eu só vi a [M] 4 horas depois do parto. Ah e, portanto, não consegui ter este momento que toda a gente fala, portanto, eu não consigo descrever, eu quando cheguei ao quarto, a [Maria] estava ao colo do pai (muito emocionada)*

### C. Vivências relacionadas com o período pós-parto

#### 1) Ansiedade

Surge novamente no pós-parto, relacionada com o desenvolvimento do bebé/RN, com a competência materna e com a separação do bebé. Os profissionais de saúde também percebem este estado e relacionam com a competência materna e com a responsabilidade inerente ao papel materno, nomeadamente na amamentação.

##### a. Ansiedade face ao desenvolvimento do RN,

*(M5) - Isso é que foi muito complicado, porque ah (silêncio) (...) temos a criança, depois é como é que isto vai correr? Se vai, se vai correr tudo bem no seu desenvolvimento?*

*(M10) - (...) sou uma pessoa muito ansiosa (...) Ou será que ela está amarela? Ai se calhar a barriga está mais? No outro dia para a enfermeira, que é a enfermeira [C], a nossa enfermeira, será que ela tem a barriga maior de um lado do que do outro?*

##### b. Ansiedade face à competência materna, relacionada com o desempenho do papel materno:

*(M5) – Será que vou dar conta? Eu dizia muitas vezes aqui, será que eu vou conseguir dar conta do, do recado? Eu tinha muito receio se ia conseguir,*

*(M10) – (...) tive medo de a trazer para casa, não sei isto acontece com mais pessoas ou se foi só comigo. Mas eu queria, esta quer muito sair, quer voltar para a nossa casa, não é? Mas, depois pensamos, o primeiro filho, e agora trazer a menina para casa? E, se ela se engasga e eu não vou ter a capacidade de a conseguir desengasgar, isso tudo também, tive um bocadinho de medo nisso.*

*(P2) – (...) são sujeitas a desafios muito grandes e alterações de vida também muito grandes, e que há essa ansiedade porque...para ser, para ser o melhor possível, para tentar responder ao desafio o melhor possível e, ser a melhor mãe, é sempre o que elas referem, o que elas querem.*

*(P7) - eu acho é que esta ansiedade está relacionada com o medo de não conseguir cuidar, com, com medo que o bebé não se desenvolva adequadamente e isto, normalmente, está relacionado com a amamentação e é, a mãe sente uma responsabilidade muito grande.*

c. Ansiedade face à separação do bebé

*(M5) - não vou descansada... porque eu chego a A, já estou a ligar a perguntar se está tudo bem? Se, se ela está bem? Se está a chorar? Mas era aquele pedacinho em que eu poderia ir (...) onde quer que fosse, estar assim um bocadinho, ah... eu estou sempre, como é que eu hei-de explicar, eu quero sempre que ela esteja comigo.*

*(M11) – Agora a nossa ansiedade é diferente porque (...) vamos começar a trabalhar na próxima semana. (risos) E, agora é, e agora vamos estar o dia todo e ela não está connosco e como é que vai ser? (...) E será que vai correr bem? E será que eu vou conseguir que ela estar lá quando ela chorar? E será que lhe vão dar os miminhos todos que ela precisa?*

*(M5) - Eu é que estou sempre com receio. Devia saber, devia saber lidar com esta libertação, devia, porque, agora, quando eu for trabalhar, eu acho que vai ser um castigo, eu vou, isto não vai ser ah fácil porque estamos 24 sob 24 horas com ela, eu tento proteger ao máximo que isto depois vai ser muito complicado eu, fazer.... esta separação...*

2) Medo.

Neste período, o medo surge relacionado com a morte súbita do bebé:

*(M11) – (...) eu tenho um grande medo, dois, que é: ela engasgar-se e a morte súbita. Nos primeiros meses e depois, pronto, sabemos que os primeiros meses são aqueles em que há mais probabilidade de morte súbita, eu de noite, então, se ela fizesse mais tempo a dormir, eu ia lá ver para ver se ela estava a respirar e eu ao pé do ouvido, pronto...*

3) Labilidade emocional,

Foi referenciada pelas mães, como uma vivência no pós-parto:

*(M1) – (...) agora sinto, de vez em quando, que estou um bocadinho tipo, bipolar, tanto estou bem, como a seguir apetece-me implicar com tudo (...) há vezes que estou bem, como outras vezes é isso, só apetece (...) chorar...*

*(M5) - Há dias, é como a [F] diz, há dias que eu também me sinto um bocadinho bipolar, tanto posso estar bem como, às vezes, estou, estou mal porque só ao longo do dia, pode começar bem, mas se ocorrer aqui uma situação menos boa de tarde, já, eu já fico, o meu, ah (riso), as minhas emoções já, já alteram todas*

4) O “blues” pós-parto experienciado pelas mães.

Foi considerado um processo normal. O conhecimento antecipado dessa situação foi considerado facilitador. Os profissionais de saúde relacionam este estado com dificuldades na gestão emocional face aos desafios e à realidade:

*(M4) - Porque eu assim, eu, às vezes, dou por mim a chorar, chorar do nada, pronto, mas agora vi que não era depressão, era apenas... O processo normal.*

*(M9) – (...) do primeiro pós-parto, passei pelos blues, mas também sabia o que era, já estava à espera.*

*(M11) – (...) em termos da gestão das emoções, eu acho que tive os chamados baby blues porque havia dias que nós nos sentávamos para jantar às 11 da noite, que era*



*quando conseguíamos acalmá-la, e eu chorava o jantar inteiro, eu sentava-me à mesa e só chorava. Ia para o banho e só chorava. (riso)*

*(P3) - (...) há este blues, que é esta desilusão, esta dificuldade em gerir estas coisas todas, muitas vezes, também até com a própria idealização que se vive na gravidez e que depois tem que ser reconfigurada face à realidade*

#### 5) Depressão pós-parto

Esta é percebida pelos profissionais de saúde até aos 12 meses de vida do bebé, com uma referência a uma tentativa de suicídio:

*(P1) - Maioritariamente, são numa fase inicial, ah no primeiro mês. (...) (Referindo-se a quadros depressivos no Pós-Parto)*

*(P1) - (...) eu tive depressões que aconteceram muito próximos do ano, onde a mãe deu conta do recado, a determinada altura, a criança, aquilo até estabilizou e foi, nessa altura, que ela se foi abaixo (...) uma delas até mãe de gémeos (...). Agora que eu já dei conta disto tudo, eles já estão minimamente orientados e, agora, sou eu. Ah...portanto, sim, algumas... Ah...mas ah, de facto, assim tardiamente pode acontecer. Eu já tive uma ou duas situações próximas do ano.*

*(P1) - Também já tive uma senhora com tentativa de suicídio.*

#### 6) Perturbações do sono

Surgem novamente no pós-parto, percebidas pelos profissionais de saúde, em algumas situações como uma perturbação com necessidade de intervenção e noutras como uma alteração decorrente do cuidar do bebé, sendo responsável pelas alterações dos estados emocionais da mulher:

*(P3) – (...) tenho apanhado perturbações de sono, nas próprias mães... (...) na gravidez, também, mas, será mais comum, mas depois no pós-parto, mesmo, com muita dificuldade e com necessidade de medicação.*

*(P4) – (...) a parte do sono, eu acho que é muito importante. Porque a pessoa, se não dorme, não descansa, não consegue e afeta muito. Às vezes, não dorme, a maior parte das vezes não é por terem qualquer problema de sono, é porque o bebé chora a noite toda e depois não conseguem.*

### D. Vivências transversais à gravidez, parto e pós-parto

A felicidade e bem-estar, expresso por algumas mães foi sustentada pela experiência tranquila e feliz no decurso das várias fases, bem como de partos sem intercorrências:

*(M2) – (...) foram duas gravidezes tranquilas, serenas, não tive uma intercorrência e muito felizes. Sentia-me sempre muito feliz por estar grávida, sempre gostei de estar grávida (riso) ah... portanto, eu tive sempre muito feliz com a gravidez, serena, no, no parto, durante o período do parto, (...), não houve nenhuma intercorrência, portanto, também correu, correu tudo bem.*

*(M4) - (...) foi sempre uma gravidez muito, foi uma gravidez muito desejada, tanto a dele, como a do T, correu tudo muito bem durante a gravidez, andei sempre tranquila, muito feliz. O parto também foi um parto muito tranquilo, foi bastante rápido, só levei 3 pontos, foi, foi tudo muito bom... depois do parto, também andei sempre bem, não tive nenhum, não tive depressão, nem nada do género.*

*(M8) - A gravidez foi tranquila, fui trabalhar sempre, aliás, eu até acho que até ia trabalhar no dia antes. (gargalhadas) Ah, o parto também correu super bem.*

(M9) - (...) a gravidez correu bem. Foi uma gravidez desejada, como disse a C, foi uma gravidez muito feliz, ah... sem problemas de maior, enjoos, nada disso.

(M11) - Mas gostei muito de estar grávida e sentia-me mesmo bonita e feliz de, de estar grávida. O parto correu lindamente, foi espetacular, foi tudo muito calmo, muito sereno, muito tranquilo.

Em síntese, na dimensão Vivências Emocionais Maternas, obtivemos 89 unidades de registo, agrupadas em 9 categorias, com destaque para a Ansiedade e as perturbações de ansiedade com 48 unidades de registo, seguindo-se as alterações do humor (10), o aumento da sensibilidade e fragilidade (9), e o medo (7). A felicidade e bem-estar, também foi uma vivência partilhada, tendo sido relacionada com todas as fases, desde a gravidez, ao parto e ao pós-parto (Tabela 2).

**Tabela 2 – Síntese categorias e subcategorias na Dimensão Vivências Emocionais Maternas no Período Perinatal e frequência absoluta das Unidades de Registo.**

Categorias	Sub Categorias	Unidades Registo	Grupos
Ansiedade			
	Ansiedade face ao risco de perda do bebé	5	Mães e Companheiros
	Ansiedade face ao desenvolvimento do feto e RN	5	Grávidas e mães
	Ansiedade face à separação do bebé	3	Mães
	Ansiedade face à competência materna	11	Grávidas, mães e Companheiros
	Ansiedade relacionada com os filhos mais velhos	5	Grávidas
	Ansiedade face ao risco de desemprego	3	Grávidas
Medo			
	Inespecífico	3	Grávidas
	Medo do parto	3	Mães
	Medo morte súbita do bebé	1	Mães
Fragilidade e Sensibilidade		8	Grávidas
Labilidade emocional		2	Mães
Desilusão e tristeza relacionada com o Parto		4	Mães
Felicidade e bem estar		5	Mães
Perturbações Ansiedade		16	Profissionais
Perturbações Humor	Blues Pós-parto	6	Profissionais e Mães
	DPP	4	Profissionais
Perturbações Sono		5	Profissionais

## Síntese e discussão dos resultados

As manifestações de ansiedade relatadas apareceram associadas ao risco de perda do bebé; alterações no seu desenvolvimento; dificuldades na separação; competência materna; filhos mais velhos e risco de desemprego.

Num estudo recente realizado na Turquia com 500 grávidas, também foram encontrados níveis elevados de ansiedade, relacionados com os medos do parto e com

a competência materna, que se agravava no terceiro trimestre, nas mulheres primíparas e com fraco suporte familiar e social (Zengin, Bafali, Caka, Tiryaki & Cinar, 2020).

O medo da síndrome de morte súbita do bebé, também referido no nosso estudo, é considerada uma apresentação muito comum da ansiedade no período pós-parto, levando a mãe a uma contínua vigilância, incluindo noturna e que pode levar a mãe à exaustão pela privação do sono e incapacidade para se separar do bebé (Marques, et al., 2014).

O medo relacionado com o parto, referido por algumas mães como uma vivência que recordam da gravidez e do parto, foi associado por estas ao desconhecimento, ao medo da dor ou a experiências negativas anteriores, indo ao encontro dos achados no estudo de Zengin, Bafali, Caka, Tiryaki e Cinar (2020).

A fragilidade e sensibilidade aumentada, relatada por algumas grávidas, é percebida pelas próprias como decorrentes das alterações hormonais, trazendo sofrimento materno, pelas situações vivenciadas nas relações familiares, nomeadamente com o parceiro e outros filhos. Um dos companheiros referiu este estado e relacionou com os desafios face à nova situação. No estudo de Nagle e Farrelly (2018), a referência a estas vivências é muito comum, mas nem sempre é compreendida pelas próprias.

A desilusão e tristeza relacionada com o parto, foi experienciada por algumas mães na sequência de partos traumáticos e/ou associada a quebras de expectativas face a uma idealização desse momento. As experiências vivenciadas pelas nossas mães transmitiram elevada emoção e sofrimento. Em um dos casos é referido também o sofrimento do parceiro. Estes aspetos devem ser explorados e as mães/pais acompanhados por profissionais diferenciados, uma vez que o parto traumático é considerado um fator de risco para as alterações mentais maternas, nomeadamente perturbações de stresse pós-traumático e/ ou depressão (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Arrais & Araújo, 2017).

Nas alterações do humor, o *blues* pós-parto é percebido e vivenciado como um processo normal e expectável. A informação antecipada do seu significado foi referido como tranquilizador na vivência deste estado emocional. Os autores referem que, apesar de este estado emocional ser considerado uma reação normal e habitualmente não alterar a capacidade de a mulher funcionar adequadamente, devem ser avaliados e monitorizados, pelas potenciais implicações em termos de prognóstico, relacionados com a instalação de quadros depressivos (Marques et al., 2014)

Em relação à depressão, os profissionais de saúde referem a presença de alguma sintomatologia na gravidez, mas que nem sempre é investigada e reportaram situações em que o quadro depressivo se manifestou perto dos 12 meses após o nascimento do bebé, confirmando a importância da atenção à saúde mental materna

em todo o período perinatal. Os estudos relativos ao início da depressão perinatal apontam para uma diversidade temporal com igual peso, ou seja 1/3 pode iniciar o episódio na gravidez, 1/3 pode ocorrer durante o primeiro mês após o parto e o restante 1/3 entre o segundo e o 12º mês após o parto (O'Hara et al., 2000, como referido por Marques, et al., 2014).

No nosso estudo houve uma referência por parte dos profissionais de saúde, a uma tentativa de suicídio e neste contexto, os estudos confirmam um risco acrescido no período perinatal, sobretudo relacionada com alterações psicopatológicas. Uma revisão de 27 estudos mostrou que apesar das mortes por suicídio serem baixas no período perinatal *versus* população geral, o suicídio, era causa de 20% das mortes no período pós-parto, ou seja, o risco de suicídio era muito elevado entre as mulheres deprimidas no período perinatal, sendo considerado a segunda ou principal causa de morte nestas (Lindahl, Pearson & Colpe, 2005).

Nas perturbações do sono, os profissionais de saúde do nosso estudo percecionam esta alteração como estando relacionada com alterações psicossomáticas e, não apenas decorrentes das alterações fisiológicas e hormonais ou com o cuidado ao bebé no pós-parto. A este respeito, alguns estudos confirmam as alterações do sono na gravidez e no pós-parto e relacionam o sono com a regulação emocional, sendo por isso considerado um fator de risco para a depressão perinatal (Marques et al., 2014).

### 5.3. FATORES DE RISCO PERCECIONADOS PARA A SAÚDE MENTAL MATERNA

Na Dimensão: Fatores de Risco, as questões orientadoras nos *focus groups*, pretenderam conhecer os fatores de risco percecionados pelas grávidas e mães, no período perinatal, bem como pelos companheiros e profissionais de saúde.

Esta dimensão foi a que proporcionou maior debate de ideias, com um maior número de categorias e subcategorias encontradas e unidades de registo, confirmando as evidências construídas a este nível sobre a multiplicidade de fatores presentes nas questões relacionadas com a saúde mental materna.

Para facilitar a organização das categorias encontradas em relação aos fatores de risco, estas foram agrupadas por temas gerais: 1) Fatores Obstétricos; 2) Fatores Pessoais; 3) Fatores Recém-nascido (RN); 4) Fatores Familiares; 5) Fatores Sociais; 6) Fatores Práticas Profissionais de Saúde e 7) Outros. A partir desta árvore, surgem as categorias e subcategorias que emergiram de cada grupo: Grávidas, Mães, Companheiros e Profissionais, sendo apresentado o respetivo esquema extraído do NVivo12.

Da análise de dados por *focus groups*, emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

- Grávidas: 18 categorias e 11 subcategorias ao nível dos fatores obstétricos, pessoais, familiares, sociais, práticas dos profissionais de saúde e outros (Figura 9).

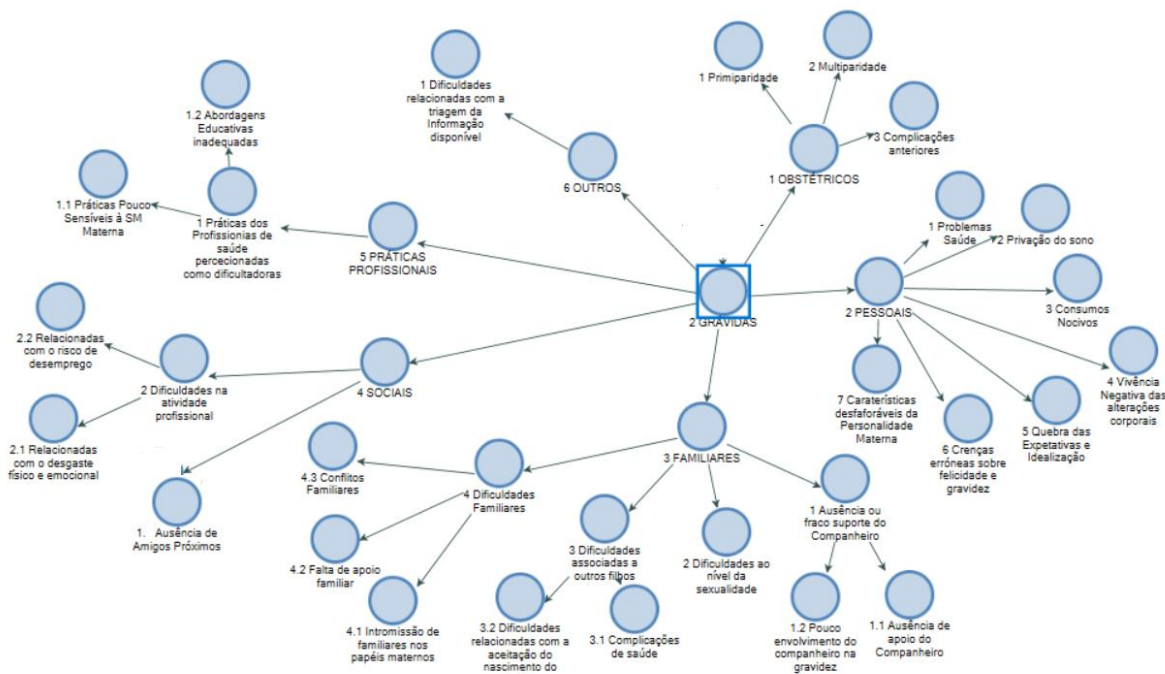


Figura 9 – Fatores de Risco percebidos pelas Grávidas

- Mães: 14 categorias e 10 subcategorias, distribuídas pelos fatores referidos anteriormente, mais um relacionado com o RN (Figura 10).

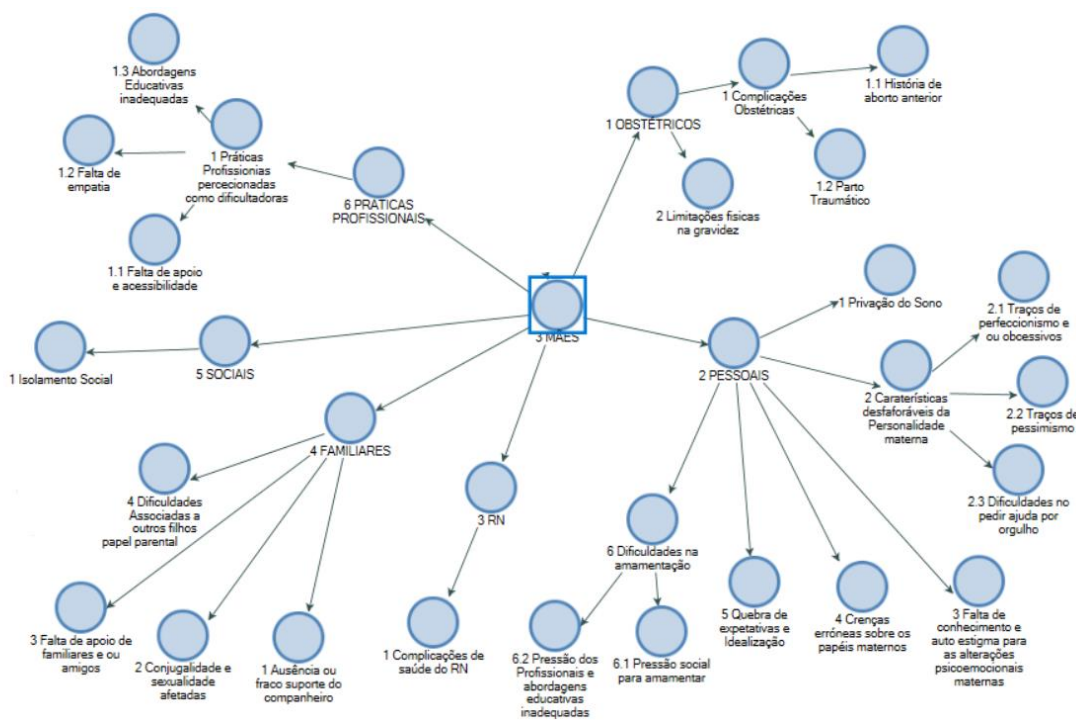


Figura 10 – Fatores de Risco percebidos pelas Mães

- Companheiros, emergiram 10 categorias e 2 subcategorias, relacionadas com os fatores pessoais, familiares, sociais, práticas dos profissionais de saúde e outros (Figura 11).

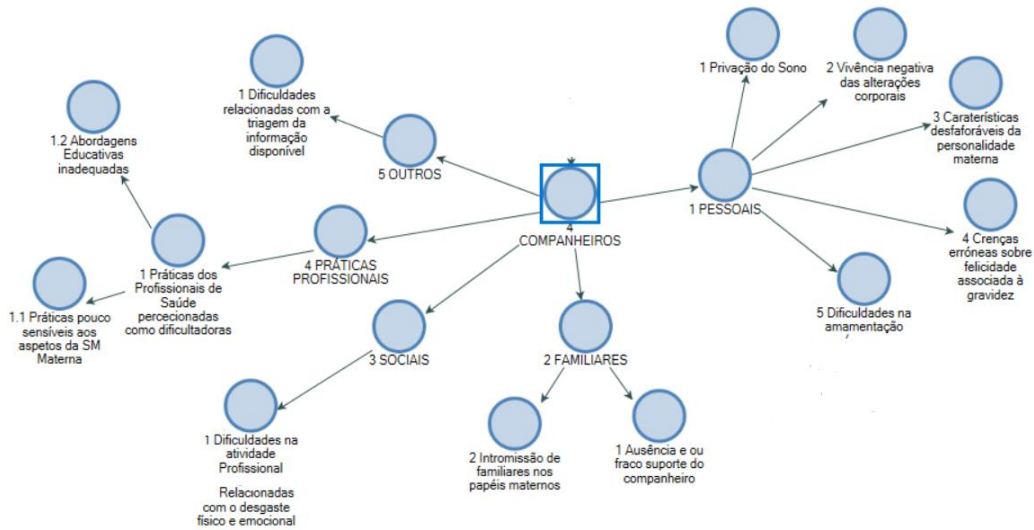


Figura 11 – Fatores de Risco percebidos pelos Companheiros

- Profissionais de saúde: emergiram 25 categorias e 9 subcategorias, relacionados com todos os fatores (Figura 12).

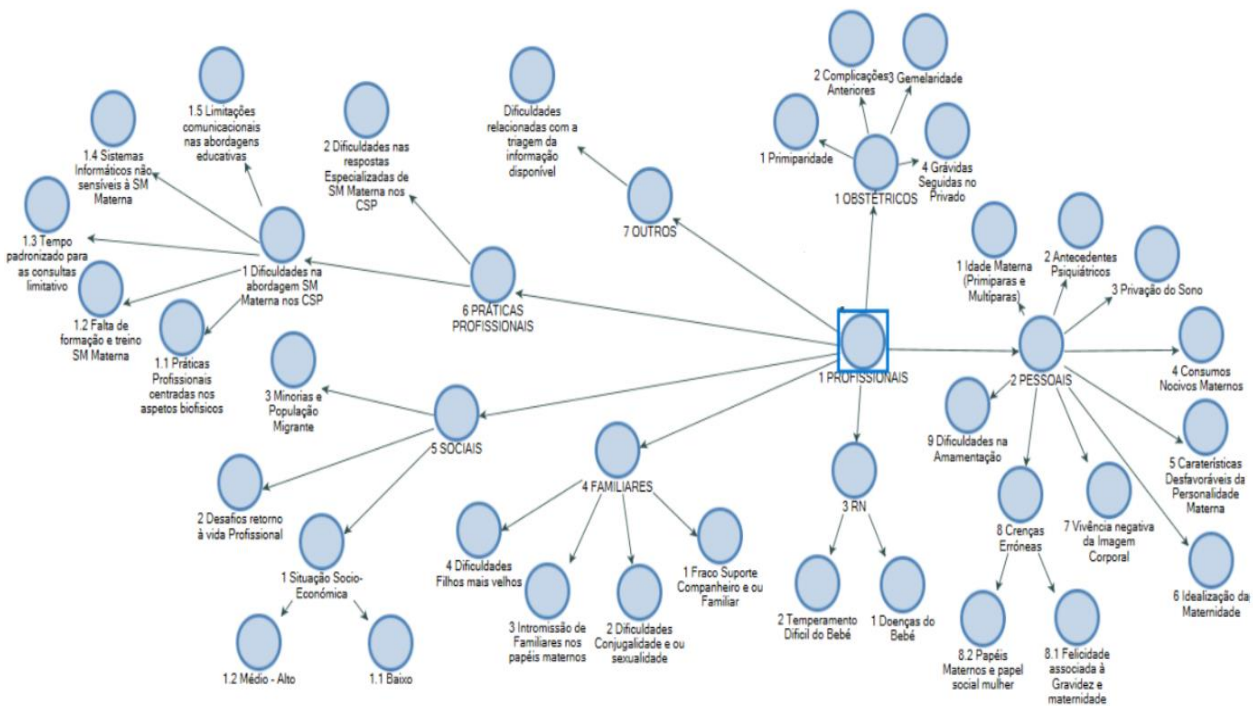


Figura 12 – Fatores de Risco percebidos pelos Profissionais de saúde

A apresentação dos dados seguirá a ordem dos fatores gerais, com a apresentação das categorias e subcategorias encontradas, com referências às unidades de significado extraídas dos respectivos grupos.

1) OBSTÉTRICOS com 5 categorias: Primiparidade; Multiparidade; Limitações físicas decorrentes da gravidez; Complicações obstétricas, com 3 subcategorias (Complicações anteriores; História de aborto anterior; Parto traumático); Gemelaridade e Grávidas seguidas no privado.

#### 1. Primiparidade

Os profissionais de saúde consideraram a primiparidade, um fator de risco pela falta de experiência, relacionada com o desconhecimento dos processos e pela hipervalorização de certos aspetos:

*(P5) - Os primeiros filhos (...) As de primeiro filho são sempre mais muito mais ansiosas  
(P3) - Porque e, principalmente, lá está, nas mães de primeira viagem ah...porque à segunda já há, pelo menos, uma, uma noção de como é que as coisas vão ser. (...) Mas, (...) há, (...) uma capacidade de desvalorização de certas situações que, na primeira, se dá importância, muita importância.*

Uma grávida considerou um fator de risco a primiparidade tardia:

*(G6) - A mim é a primeira, portanto, não corre bem. (risos) Não corre bem tendo em conta a idade, não é? Estou com 38 anos, é a primeira gravidez.*

#### 2. Multiparidade tardia

Uma grávida considerou um fator que poderia estar relacionado com algumas dificuldades sentidas na gravidez atual:

*(G1) - Não. Não sei, às vezes, penso será por causa da idade? Não sei. Mas também não sou assim tão velha, mas pronto. Mas sinto-me muito cansada, em respeito, às outras gravidezes.*

#### 3. Limitações físicas decorrentes da gravidez

Algumas grávidas e mães referiram que o desconforto e a perda de autonomia relacionado com as alterações físicas, são um fator dificultador na gravidez:

*(G1) - Parece que eu não vou aguentar até ao fim e nunca me senti tão cansada, ah as pernas estão inchadas já e, só ainda estou 22 semanas (...)*

*(M5) - (...) mas a gravidez em si, a mim não deixa saudades. Pelas limitações (...) uns comentários que eu fiz lá em casa, foi eu tinha saudades de conseguir lavar os meus pés como deve ser (risos) é verdade. Tinha saudades porque, eu tinha saudades de conseguir subir as escadas com uma leveza, ah entre outras coisas, e, depois eu tive a, a, a... A dor ciática, entre outras limitações...*

*(M6) - (...) a gravidez não me deixa saudades (...) As limitações da, da, que a gravidez nos, nos, sim, físicas, nos impõe ou pessoas que estão, que são muito ativas, ah e..., portanto, não me deixa saudades.*

#### 4. Complicações obstétricas

As dificuldades relacionadas com o engravidar, a história de aborto e o parto traumático, foram considerados fatores de risco para a saúde mental materna. O parto traumático vivenciado anteriormente foi referenciado por uma grávida como um fator de ansiedade face à possibilidade de recorrência da situação e pelas mães, na situação atual, por estarem na origem de muito sofrimento materno no pós-parto. Uma das mães ainda vivencia essas emoções de forma intensa. A cesarina também foi considerada por uma das mães, um evento traumático. Neste aspeto os profissionais de saúde consideram as dificuldades no engravidar e a história de abortos anterior, um fator de risco para a saúde mental materna.

##### a. Anteriores, relacionadas com a dificuldade em engravidar

*(P7) – (...) historial de dificuldade em engravidar....*

*(M5) - (...) eu tinha tido há dois anos, (...) ah...uma gravidez ectópica e o processo até eu conseguir engravidar foi um processo mais complicado (...) claro que uma pessoa mês após mês, anda sempre na especulação, será que está tudo bem? Se vai correr tudo bem?*

##### b. História de aborto

*(P6) – (...) as questões de abortos de repetição até uma gravidez...*

*(M1) – (...) tinha tido 3 abortos (...) aqueles 3 primeiros meses, sempre muito ansiosa e receosa pelas experiências que tinha tido anteriormente. Especialmente, por isso.*

*(M10) - Foi uma filha desejada porque passamos por três abortos, ah... é sempre complicado ainda falar disto (emoção - chorosa) e, agora com as hormonas, pior. (risos)*

##### c. Parto Traumático

*(G3) - Eu tive 14 horas em trabalho de parto, depois teve que ser cesariana. (...)*

*(M3) - (...) quanto ao parto correu muito mal ou foi muito tempo em trabalho de parto, ah... foi com ventosas, não conseguiram, fui preparada para a cesariana, entretanto, a [F], que é a minha bebé, começou a ficar sem sinais vitais, eu comecei a ficar sem sentidos, ah, entretanto, desmaiei, não havia tempo, foi tirada a ferros. Ah... e foi muito complicado (emocionada), para mim e para o meu marido.*

*(M6) –Ah, a recuperação da cesariana é difícil, (...) foi muito difícil, até conseguir tirar os pontos foi pouca mobilidade, praticamente não conseguia fazer nada, custava-me a sentar, a levantar, a andar, a rir, a tossir, portanto, ali uma série de, de questões.*

*(M6) - (...) ainda não me esqueci do que passei no parto, quando eu me esquecer talvez volte, agora não (...)*

*(M3) - Foi, foi um bocado complicado. O pós-parto, claro, foi doloroso, eu fui cosida de uma ponta à outra, (...) (voz trémula) (...)*

#### 5. Gemelaridade

Os profissionais de saúde consideram este aspeto um fator de risco, pelo cuidar inerente a duas crianças:

*(P1) - (...) por exemplo, uma delas até é mãe de gémeos, ah...e foi muito próximo do ano que ela teve uma depressão grave, mesmo...*



## 6. Grávidas seguidas no privado

Um dos profissionais considerou este aspeto, tendo em conta que a este nível é dada uma maior ênfase na avaliação dos aspetos bio fisiológicos no acompanhamento da gravidez e porque nem sempre fazem parte destas equipas enfermeiros para dar o apoio necessário:

*(P1) – (...) as grávidas que andam em vigilância no privado, para mim, têm um risco acrescido porque o médico está todo centrado, é um especialista que se centra no foco fundamental que é o nascer daquele bebé, ah com, com ah qualidade de vida. E, portanto, ah... é, são muito mais desvalorizados, não está uma enfermeira disponível para dar esse apoio e eu acho que essas grávidas têm um risco acrescido*

2) PESSOAS, com 11 categorias: Idade Materna (Primíparas e Multíparas); Problemas Saúde de ordem física; Antecedentes psiquiátricos; Privação do sono; Consumos nocivos maternos; Características desfavoráveis da personalidade materna, com 3 subcategorias (Traços de perfeccionismo e/ou obsessivos; Traços de pessimismo; Dificuldades em pedir ajuda por orgulho); Idealização da maternidade; Vivência negativa da imagem corporal; Falta de conhecimento e auto estigma para as alterações psico emocionais maternas; Crenças erróneas, com 2 subcategorias (Felicidade associada à gravidez e maternidade; Papéis maternos /Papel social mulher) e Dificuldades na amamentação com 2 subcategorias (Pressão social para amamentar; Pressão dos Profissionais de saúde /Abordagens educativas inadequadas).

### 1. Idade Materna (Primíparas e Multíparas)

Os profissionais de saúde percecionaram nas gravidezes tardias em primíparas ou multíparas, níveis mais elevados de ansiedade, pelos significados atribuídos à maternidade:

*(P2) – (...) e ela tinha sido mãe muito, muito jovem e estava a ser mãe, pela segunda vez, e ela disse: (...) “Ah, parece que na primeira gravidez não tinha, não me preocupava nada, nem tinha assim grandes ansiedades e, agora com este, que até é o segundo, parece que já tenho outras preocupações.*

*(P3) – (...) as mães mais, com mais idade têm...mais necessidade de perfeccionismo porque o investimento é enorme, ah...e, portanto, têm essa necessidade de...de fazer tudo certo*

*(P4) - Cada vez mais as pessoas estão a deixar a gravidez mais perto dos 40 e passa. E quando são mães pela primeira vez, nesta idade, são mães mais ansiosas, com mais dúvidas, com mais medos, isto também, pronto, no geral.*

*(P7) – (...) as mães mais velhas e, de primeira viagem, de facto, são mais ansiosas. Apercebo-me que as mães de vinte e poucos anos têm alguma ligeireza em passar estas duas fases, quer a da gravidez, quer a do puerpério*

### 2. Problemas de saúde de ordem física

Foi referida por uma grávida, como um fator que afeta o bem-estar emocional:

*(G4) - Com esta gravidez, já andei a antibiótico duas vezes, amigdalite, faringite, infeção respiratória, ah... (sopro)... pronto..., constipações frequentes, ah isso sim, deitou-me um bocadinho mais abaixo*

### 3. Antecedentes Psiquiátricos

História anterior de ansiedade e depressão, é considerada pelos profissionais de saúde um fator de grande risco:

*(P1) – (...) numa gravidez, mas no pós-parto também, mulheres com algumas alterações já a nível de ansiedade, síndromes onde já estão medicadas, essas pessoas têm, de facto, manifestações mais intensas. Até porque durante a gravidez param as medicações e isto vai intensificar um bocadinho os seus estados, embora aquela euforia de estar grávida, para elas, ah... parece que conseguem dar a volta, o que vai depois, no pós-parto, dar um impacto muito maior. Ah...porque é no pós-parto, na maioria das vezes, cujas alterações de vida são muito maiores.*

*(P5) – (...) antecedentes de depressão.*

*(P7) - E um historial de ansiedade na mãe.*

### 4. Privação do Sono

A este nível todos os grupos referiram ser um dos fatores que condicionam o bem-estar materno. As grávidas relacionaram com o cansaço, com o decurso da gravidez e a atividade do feto, mas vivenciada como um fator que afeta o bem-estar emocional. Algumas mães referem como um fator que determina o seu bem-estar mental, afetando o bebé e a relação familiar. Aparece associado aos desconfortos físicos do pós-parto, ao cuidar inerente do seu filho e muitas vezes ao planeamento das tarefas domésticas em detrimento do seu sono; os companheiros também percecionam como um fator determinante para o bem-estar materno e os profissionais de saúde como um fator adjuvante no agravamento da sintomatologia ansiosa:

*(G3) - O não dormir depois não descansamos o suficiente, trabalho ainda, e, pronto, depois ficamos assim. (emocionada) (risos).*

*(G4) - (...) sei lá, já tenho muito mais dificuldade em dormir porque ou a posição dela está a ser mais para este lado, não...*

*(M4) - Privação do sono é o pior (...) E nós depois queremos fazer tudo. E depois é muito cansaço acumulado, lá está, a privação do sono.*

*(M6) - (...) destaco é a privação de sono, que ninguém nos prepara para isso e é um grande desafio porque se nós não conseguimos dormir e, depois, durante o dia, não conseguimos estar a 100% para auxiliar, não só o nosso bebé, mas o marido, a, a casa, nós próprias,*

*(CM4) - Acho que esse aspeto aí é fundamental, ah, portanto, principalmente, para as noites porque todas as preparações que fazem do pós-parto, do, do pré-parto são muito boas, mas ninguém nos prepara para a falta do sono ...*

*(CG2) - O menino (...), chorava muito, não conseguia dormir, o menino não dormia de noite nem por nada, que tal é a sua situação, ah ela ganhou uma depressão pós-parto.*

*(P1) – (...) eu acho que são estas perturbações de sono (...), vão aumentar esta ansiedade e esta capacidade, às vezes, de discernimento e da pessoa se desligar um pouco.*

*(P7) - Mas eu penso que aqui as perturbações de sono são aquelas que dificultam mais esta capacidade de reduzir níveis de ansiedade...*

## 5. Consumos Nocivos Maternos

Os profissionais consideram um fator de risco para a saúde mental materna e que deve ser investigado. Uma grávida referiu o tabagismo como um mecanismo de *coping* na gestão da ansiedade:

*(P6) – (...) consumos, tipo de consumos está bem? Consumo de tabaco, consumo de outro, outras coisas que vêm com o tabaco, e álcool*

*(G4) - Tenho um fator de risco muito grande que é o deixar de fumar, eu sei que tenho que deixar, mas tenho medo de deixar, pois ainda fico mais ansiosa...*

*(G4) - Tenho, aqueles problemas, em casa, ou porque falta isto ou porque falta aquilo, ou o dinheiro (...) e acabo por sempre, vou à rua, puxo um cigarro*

## 6. Características “desfavoráveis” da personalidade materna

Os profissionais de saúde referem que as personalidades com características obsessivas e perfeccionistas provocam desgaste emocional e alguns referem ser importante considerar a presença de perturbações ou desvios da personalidade:

*(P6) - Cada um tem a sua personalidade. Mas uma mãe que seja anancástica, na organização das coisas, a mãe que corre muito para a urgência (...) toda esta perturbação leva a, a perturbação do comportamento, leva a um desgaste também da mãe...*

*(P6) – (...) acho que a atenção tanto na gravidez, início de gravidez e parto, as perturbações da personalidade ou os desvios da personalidade que, muitas vezes, são a causa da, dos distúrbios ansiosos*

As grávidas, mães e companheiros consideram as características da personalidade um fator de risco, uma vez que determinam o seu funcionamento, tanto na priorização de tarefas, como nos estilos cognitivos face às situações:

### a. Traços de perfeccionismo e ou obsessivos

*(G6) - (...) eu sempre tive aquela parte da responsabilidade e de compromisso, eu dizia que ficava, eu tinha que ficar, nem que eu me estoirasse...*

*(M5) – (...) ai eu depois gosto de ter tudo muito arrumado, gosto de ter tudo muito limpo, gosto ah, pronto, estão a ver, ando aqui de manhã à noite no, no reboliço, claro que isto ah... Mais tarde ou mais cedo... Reflete-se...*

*(M5) – (...) eu depois sou uma pessoa super stressada, sou ansiosa, gosto de fazer as coisas à minha maneira (...)*

*(M5) – (...) eu sou assim. (...) eu ando sempre num stresse, em vez de descansar durante o tempo em que ela está a dormir, ah...*

### b. Traços de pessimismo

*(G2) - É isso mesmo, eu desanimo muito facilmente, então. Mas pronto...*

*(G4) - Eu é que duvido (risos) Começo logo a pensar no pior...*

*(M10) – (...) sou uma pessoa muito ansiosa, e qualquer coisa estou sempre a inventar muitas coisas. (...) Ou, pronto, eu estou sempre a inventar coisas que o meu marido já diz “oh, Meu Deus!” (gargalhadas)*

*(CG2) -Ela, ela, ela é muito negativa, o pormenor é esse. É muito negativa.*

### c. Dificuldades em pedir ajuda por orgulho

*(M5) - Bem, no meu caso, eu sou muito orgulhosa, então, desde que saí da maternidade, nunca tive apoio quase de ninguém. Quis ser sempre eu a fazer. Ah fiz, até hoje, ah... sempre fiz a comida, vi da roupa, vi de tudo. Ah eu gosto de saber que sou capaz. Ah... mas a semana passada, isso veio se refletir um bocadinho, porque, emocionalmente, não estive bem. Ah... parecia que ah.... Sentia-me desamparada, ah mas isto porque eu sou orgulhosa porque eu quero fazer, mas...*

*(M5) - De risco, sim (confirmando o aspeto de não pedir ajuda). Porque se eu tivesse um bocadinho de apoio era diferente, não é? (risos) Ah... porque isto depois, mais cedo ou mais tarde, pode-se, pode-se refletir, não é? Eu é que, sendo uma pessoa teimosa e querer ser capaz também não é bom*

## 7. Idealização da Maternidade

As grávidas e mães consideram um fator de risco, tendo em conta que por vezes existem dificuldades na adequação das expectativas face a um parto idealizado e a um bebé imaginado. Uma das mães refere manter sentimentos de tristeza e desilusão face ao parto. Os profissionais de saúde relacionam com a falta de informação e a adequação das expectativas face às possíveis realidades.

*(G3) - Eu sabia dessa possibilidade, pouca gente sabe sempre o que pode acontecer, mas gostaria muito de ter um parto fisiológico, depois não foi e... Não foi o susto, foi desilusão, vá. Porque eu queria mesmo ter um parto normal*

*(G3) - Mas eu conheço uma grávida que também está com depressão (...) porque queria um menino, e teve uma menina.*

*(M3) - (...) na minha experiência, eu acho que o, aquilo que eu queria que fosse o mais importante para mim, eu não o vivi e não sei se vou viver (referindo-se ao parto e ao primeiro contato com a sua bebé, que não teve). E é ..., é tudo isso, é um misto que nós não conseguimos muitas vezes assimilar muito bem (bastante emocionada)*

*(M11) - (...) idealizamos uma coisa, e depois a seguir vai acontecer algo diferente.*

*(P7) - (...) também penso que isto tem muito a ver, às vezes, (...) com a idealização, com a magia que, que se imagina que é o ter um bebé e que, muitas vezes, não são focados alguns aspetos que a pessoa deveria estar preparada e que, acha que tudo é, é lindo e mágico e não é difícil e depois, confrontando-se com algumas coisas e, aqui, às vezes, com um bocadinho de falta de informação (...)*

*(P5) - (...) porque elas idealizam muito o mundo cor-de-rosa e depois não é nada assim. (...) Há gravidezes mais fáceis, outras mais difíceis.*

## 8. Vivência negativa da imagem Corporal

O aumento de peso é referido por algumas grávidas e por um companheiro, como fonte de preocupação materna:

*(G2) - Além dos 8 kg a mais que já cá estão, (risos) não é? (...) Não é que eu me preocupasse muito com o meu corpo ou assim, mas sempre, sei lá, tive cuidado, não é? E agora estar a ver que, é normal, mas se fosse menos, era melhor (risos) e, então, oh é a parte, por exemplo, de poder vir a ter estrias e a parte de poder não voltar ao meu peso.*

*(G6) - Para nós, já era a outra parte que é... já não gostas do meu corpo? (risos) (...) e pode afetar.*

(CG2) - *Não, ela sempre, ela sempre teve um bocado de complexos com o corpo. E agora ver-se com uma barriga daquelas (risos) tem medo que a barriga já não volte atrás outra vez.*

Os profissionais de saúde, referem observar uma ambivalência de sentimentos diante da imagem corporal, vivenciada por vezes como negativa. São também percecionados sentimentos de culpa face a essas emoções e de sofrimento por alterações na conjugalidade:

(P6) - *“O meu corpo mudou” e tu estás assim porquê? “Porque engravidei”. Então (...) ah... a equação na cabeça da mulher é “eu se me queixar disto, estou a queixar-me que tive o meu filho, e a culpa é do meu filho, eu amo o meu filho, incondicionalmente”, isto dá um nó muito grande.*

(P6) - *As dismorfias cada vez mais representam um papel muito importante e, inclusivamente, na vida do casal. (...) Para além do próprio corpo, o corpo dá-se ali uma fase muito boa, mas depois também tem um declínio, principalmente, no, na...no puerpério e nos pós-parto tem declínios e as mulheres podem não conseguir gerir isso da melhor maneira e estar na causa de um problema que elas também não querem admitir*

(P6) - *Porque é o que se vê muito na consulta do, na consulta de depressão pós-parto, que é, “se eu admitir este problema, estou a dizer que o filho é a culpa”, ou seja, “eu estou com a barriga, até estou magrinha, mas estou com muitas peles, as mamas ficaram mais descaídas”*

## 9. Falta de conhecimento e auto estigma para as alterações psico emocionais maternas.

Algumas mães consideram que existe falta de informação sobre estas temáticas e que muitas mulheres não identificam alguns sintomas relacionados com as alterações psico emocionais. Uma grávida partilhou uma experiência vivenciada com uma mãe e refere que muitas vezes não falam sobre o que sentem, para não serem julgadas:

(M2) - *Ah a [F] estava a dizer que há pessoas que estão deprimidas e que não dizem, eu concordo com ela, mas, às vezes, há pessoas que não sabem que estão assim.*

(M2) - *Elas não percebem e é preciso alguém que lhes diga, ou alguém que lhes diga, no sentido de as ajudar.*

(G3) - *Eu conheço uma grávida que também está com depressão (...) e ela diz - “mas eu sou mesmo estranha”. - “Não, não és”. Isto acontece imenso, eu acho que não é falado...*

## 10. Crenças erróneas

A crença que a felicidade está inerente à gravidez e à maternidade e que a mulher detém o papel principal no cuidado ao bebé, foram fatores de risco referidos por todos os grupos e são relacionados com as dificuldades na partilha de emoções e pedidos de ajuda:

### a. Felicidade associada à gravidez e maternidade

(G3) - *É o estado de graça, nem sempre é bem assim um estado de graça. Nem sempre ocorre tudo bem. É muito importante...*

(G6) - *Se me permitem, por acaso, connosco aconteceu uma coisa. Ao [M] perguntaram, quando souberam que nós íamos ser pais, “se ele estava feliz”. Não houve ninguém que*

*perguntasse à grávida, “estás feliz?” É como se fosse obrigatório uma grávida sentir-se feliz.*

*(CG2) Nas histórias (...) que ouço falar, é a melhor coisa para as mulheres. Ah, a gravidez é melhor coisa. (...) Aproveitam o momento, mas esquecem-se que as pessoas, muitas vezes... (...) acabam por esconder as coisas e depois quando as vão libertar, se calhar, já é um bocado tarde.*

*(P3) - É a disponibilidade da grávida para se abrir e para se queixar (...) é um momento muito mágico, é visto, (...), pela sociedade como um momento muito mágico (...) e depois estar a admitir que é um problema e estragar esta magia toda. (...) - “eu tenho que apagar, entre aspas, as minhas inseguranças, os meus medos, etc., porque isto é suposto ser uma coisa maravilhosa”.*

*(P2) - Então, sendo uma coisa programada, planeada, desejada (...) às vezes, com situações de abortos, (...) de repente, consegue-se, - “será que eu me posso permitir a ter uma depressão agora?” (risos) - “Então, como é que eu vou estar triste agora (...) uma coisa tão desejada e que até consegui, não é?” (...)*

*(P4) – (...) acho que as pessoas têm é medo, entre aspas, de dizer o que estão a sentir com medo de alguma forma serem mal interpretadas (...).*

#### b. Papéis maternos e papel social mulher

Algumas mães sentem que as tarefas domésticas são uma obrigação exclusiva e não percecionam como suficiente a ajuda dos parceiros, mesmo confirmando que são um grande apoio. Os profissionais de saúde também percecionam esta crença, bem como a responsabilidade principal no cuidado ao bebé.

*(M4) - No que toca à maternidade. E, por vezes, nós queremos fazer tudo e sinto um bocado, torna-se um bocado... lá está... o tempo para nós... (riso)*

*(M4) – Estava muito cansada, não é? Parece que é tudo para cima das mães... (...) ele dá-me força e, mas há momentos que só isso, não chega porque acho que é um bocadinho o peso é mais para as mulheres.*

*(P2) - (...) sinto muito, também da parte das senhoras um... “não, eu tenho que fazer tudo, tenho que manter a casa como estava, tenho que manter a roupa como estava”, os outros filhos, o marido, a comida e, mais a situação do, do bebé. Querer fazer tudo e assegurar tudo como asseguravam.*

*(P6) - É tudo responsabilidade da mãe, não é? - “Sou eu que o levo aqui, se acontecer alguma coisa, a culpa é minha”.*

### 11. Dificuldades na Amamentação

As mães consideram um fator de grande stresse e desgaste emocional. Referem que existe uma grande pressão social, bem como dos profissionais de saúde para amamentar, com abordagens educativas percecionadas, como inadequadas e discriminatórias, não oferecendo alternativas, nem ajudando no processo de culpa, quando a amamentação não é possível.

#### a. Pressão social para amamentar

*(M4) - (...) não consegui amamentar, andei durante um mês a tentar, e andava muito triste porque sentia-me a pior mãe do mundo. Foi um bocadinho mau, primeiro porque via outras mães a amamentar e eu, eu era a única que não amamentava e, depois lá está, pressionam-nos muito para amamentar, “tu tens que amamentar, o leite materno é que é bom”, parece que ao estarmos a usar o biberão, estão a olhar para ti, parece que estão a criticar.*

(M6)- (...) outro fator de risco é a amamentação. Nós somos bombardeadas ah pela, pelo facto de, temos que amamentar porque, efetivamente, tem menos riscos para o bebé, que faz muito bem, faz melhor, portanto, ali uma série de coisas e que nós criámos ali uma expectativa que depois, na realidade, às vezes, não acontece.

(M10) - (...) a parte pior, pronto, até agora a dificuldade maior que sentimos foi nisso, na amamentação, porque eu também queria dar-lhe o leite materno, pronto, nós sabemos que há benefícios e tudo mais, e pronto foi essa dificuldade.

#### b. Pressão dos Profissionais e abordagens educativas inadequadas

(M6) - (...) no curso, preparam-nos para nós darmos maminha, é um facto, eu adorava, mas também é um facto que não consigo (...) E depois não há ninguém nos diga como é que se faz, como é que dá, qual é a quantidade.

(M10) – (...) ressaltar a situação da amamentação, como a [M6] tinha dita, eu sofri um bocadinho com essa parte (...), no hospital, naqueles dias, naqueles dois dias que nós lá estamos, há muita pressão da mama quase como se tivesse, nós tivéssemos que saber, naturalmente, já como é que se faz. E, então, eu não tinha muito jeito, ela também não tinha, os bicos também não estavam a ajudar, a pressão era muita, e “ponha assim e tem de fazer assim”, aí achei que devia de haver um bocadinho mais de, de sensibilidade.

(M6) - (...) os próprios profissionais de saúde, alguns deles, ah só vêm a amamentação e não vêm mais nada. E eu posso dizer que houve um profissional de saúde, uma enfermeira, que me fez sentir a pior mãe do mundo porque eu estava a dar maminha à minha filha com bicos de silicone (...).

Os profissionais de saúde consideram as dificuldades face à amamentação, um fator de risco, pela responsabilidade inerente ao papel materno:

(P7) - Portanto, eu acho que isto (a amamentação) lhe aumenta a ansiedade porque sendo como, como uma responsabilidade sua, sobretudo, sua! E ainda que tenha lá o pai a ajudar, às vezes, nas noites mal dormidas e tudo mais, a mãe sente muito isto é uma responsabilidade dela e que depende dela e eu acho que isto aumenta ah...quer a ansiedade, quer a, a, as alterações e as perturbações de sono.

(P7) – (...) fala-se na amamentação, fala-se na subida de leite, mas, às vezes, não se fala concretamente que há ali 2 ou 3 dias mais difíceis e até muito difíceis, ah... o facto da pessoa, às vezes, não estar preparada para isso, não sabe que aquilo vai terminar e, portanto, o não estar...preparada para isso, às vezes, torna as coisas mais difíceis e...e às vezes, com vontade de abandono e tudo mais.

### 3) RN, com 2 categorias: Doenças do bebé e Temperamento difícil.

Duas mães relataram situações de doença do RN, onde foi visível o sofrimento materno e a dificuldade em ultrapassar a situação. Os profissionais consideram as doenças do RN e o seu temperamento, um fator de risco.

#### 1. Doenças do Bebé

(M3) - A bebé depois nasceu pequenina, teve alguns problemas (...) E nós conseguimos esquecer isso tudo, mas, às vezes... (Emocionada)

(M5) - (...) o pior foi 24 horas depois, isso é que deita, deitou-nos como pais um bocadinho (...) abaixo, foi extremamente complicado (...) teve uma, a...uma hemorragia gástrica (emocionada) (...) foi um pranto no hospital, para nós, pais, porque era aquela emoção de ter corrido tudo bem, estar tudo bem e depois passado 24 horas, estar a ocorrer esta situação foi tipo um, um icebergue quase que nos caiu em cima.

*(M5) - Eu costumo dizer, passa, mas não se esquece, é uma coisa que vai ficar marcada para, para todo o sempre. Ainda, agora, quando falo nisso me sinto ah muito em baixo, porque passa, na altura, passa-nos tudo pela cabeça e, e depois não há ninguém que me saiba dar uma resposta concreta. Olhe foi complicado...*

*(P1) – (...) ia acrescentar a doença do recém-nascido, às vezes, são perturbadores, são fatores de risco para esta questão da depressão.*

## 2. Temperamento difícil do Bebê

*(P5) – (...) bebês com temperamento difícil.*

4) FAMILIARES com 4 categorias: Ausência ou fraco suporte do companheiro, com 2 subcategorias (Ausência de apoio; Pouco envolvimento do companheiro na gravidez); Dificuldade na conjugalidade/ sexualidade afetada; Dificuldades com os familiares, com 3 subcategorias (Intromissão dos familiares nos papéis maternos; Conflitos familiares; Falta de apoio familiar); Dificuldades com os filhos mais velhos, com 3 subcategorias (Complicações de saúde; Dificuldades relacionadas com a aceitação do irmão; Dificuldades no papel parental).

### 1. Ausência ou fraco Suporte Companheiro

A este nível todos os grupos consideram a ausência ou fraco apoio do companheiro, como um fator de risco. Um dos profissionais referiu conhecer algumas situações onde ocorreu rutura familiar logo após o parto.

#### a. Ausência de apoio do Companheiro

*(G4) - O que me assusta é o meu companheiro é motorista de pesados, ah ele vai estar os primeiros tempos, e depois não vai estar. Vai estar de semana a semana, quinze em quinze dias, e ter os dois pequenos. Isso sim, assusta um bocadinho.*

*(G5) – (...) no hospital, na altura, era das 2 às 8, era um sexto do dia e lembro-me de pensar muita vez “eu não sou mãe solteira, porque é que eu estou aqui sozinha? Porque é que eu estou a passar por isto sozinha das 8 da noite às 2 da tarde”, e ficava em contagem decrescente até ele vir. Se ele chegava às 2:01, eu já estava a chorar. (sopro)*

*(G3) - O pouco acompanhamento da parte do marido nas lides domésticas, não é?*

*(M10) - (...) eu acho a falta de apoio, no sentido, para mim, agora, ele tem que ir trabalhar, não é? E eu tenho que ficar com ela sozinha (...), ela vai fazer agora 1 mês amanhã, ele vai começar a trabalhar na próxima semana e admito que estou um bocadinho receosa de ficar com ela sozinha.*

*(CM4) - também trabalho por turnos, também é muito complicado, aquela fase ali das 5-6 da tarde até às 8-9 da noite, banho, jantares, adormecer, muitas vezes fica sozinha e penso, principalmente, neste período, é muito exigente.*

*(P7) – (...) uma rede familiar fraca ou de pouco apoio. (...) E o pouco envolvimento do parceiro (...)*

*(P3) – (...) tenho tido alguns casos também, em que a estrutura familiar não é muito consolidada, e chega a haver até ao abandono da própria puérpera, abandono, no sentido de sair de casa (...) (referindo-se ao companheiro e pai da criança)*

#### b. Pouco envolvimento do companheiro na gravidez

Uma grávida refere o pouco envolvimento do pai na gravidez atual e manifestou a sua preocupação e tristeza:



(G4) - *Sim, mas o meu marido também. Ele não, (...) não sinto o mesmo entusiasmo pela segunda gravidez.... (fácies triste).*

## 2. Dificuldades na conjugalidade/ sexualidade afetada

Algumas grávidas referiram este aspeto no contexto de hábitos anteriores e de mudanças no seu corpo, podendo ser um fator de mal-estar no casal:

(G6) - *Há uma coisa que eu não falei e pensando nos pais, (...) a preocupação dele, (...)“eu acho que vou magoar”. (risos) Acho que é um fator de stresse, normalmente, para eles. Para nós, já era a outra parte que é: - “já não gostas do meu corpo? (risos) Exatamente. E passa e pode afetar...*

Algumas mães referem que a relação conjugal está alterada. Um casal referiu que dormem separados, para dormir com os filhos. Essa situação é relatada com alguma tristeza e como algo que também deve ser preservado.

(M2) - *Acho que isso gera ansiedade nas pessoas, isso também pode ser um fator que vá depois influenciar a mãe sentir-se mais triste, ou menos triste, porque o casal existe enquanto casal e se as pessoas não estão bem, depois como é que vão cuidar do filho, não é?*

(M4) - *(...) nós também não dormimos juntos desde que o T nasceu, sinto que, às vezes, há um afastamento, sinto isso e, (...) Mas, parece-me que, às vezes, me esqueço, (..), eu não me esqueço que ele lá está, ele dá muito apoio, mas, por vezes, não damos a atenção ao marido que dávamos.*

(M4) – *(...), mas sinto que, se calhar, eu descuidei-me um pouco como erámos, quando erámos só nós, quando não tínhamos filhos... (pensativa)*

Os profissionais de saúde consideram um aspeto importante na transição para a parentalidade, mas que aparece muitas vezes alterado, constituindo também um fator de risco:

(P3) – *(...) a triangulação que falha muitas vezes, não é? (...) E...eu sou um bocadinho apologista de cada um no seu lugar, não é? O bebé tem o seu lugar e o casal tem que ter um lugar muito importante (...).*

(P6) – *Na, na, na atividade sexual do casal, ah...é, (...), a grávida tem um aumento de libido, mas tem um medo, tem o medo de ter relações, o companheiro não acha muito confortável ter relações com a grávida, isto leva a alterações também....*

## 3. Dificuldades com os Familiares

A este nível todos os grupos referiram ser um fator importante, pela intromissão dos familiares (mães e sogras) nos papéis maternos, pela presença de conflitos nas famílias ou pela ausência de apoio familiar.

### a. Intromissão de familiares nos papéis maternos

(G5) – *Os palpites? Os palpites... na primeira, tinha, agora já, quem manda sou eu, acabou. Tu puseste limites à tua sogra, eu já pus à minha mãe. (risos)*

(G6) - *Os terceiros, ah os terceiros também são um fator de risco. O pôr limites à sogra, ela está no Porto, graças a Deus...*

(CG2- A mãe, a mãe, (...) neste caso (...) é um fator positivo, mas também é um fator negativo porque, (...), a mãe dela é um pouco mais velha (...) em certos pontos veem as coisas como era antigamente. E as coisas atualmente não são como eram, não é?

(P2) – (...) às vezes, sinto que pode ser também um entrave e uma dificuldade e uma complicação porque (...), aquela mãe avó, a mãe da mãe, a avó do bebê que até é muito presente, mas que depois também é uma pessoa muito ansiosa e que não amamentou e que não, e que não tem experiência desta área e que, às vezes, (...) quer estar muito presente, quer se meter (...), que se impõe muito (...) até tem muita ajuda porque tem sempre a mãe com ela, mas depois pode ser muito castradora e muito perturbadora para, para o núcleo familiar.

#### b. Conflitos Familiares

(G5) - Até porque venho de uma família muito ciumenta e invejosa do lado da minha mãe e, em que os irmãos não se falam sequer, portanto, isso também aumenta a minha angústia.

(G5) - Sim. E, por outro lado, a família do meu marido são mais unidos, mas são muito machistas. E, portanto, também tem que ser assim um bocadinho gerido. E acho que até chegamos a ser ostracizados por ele não ser tão machista

#### c. Falta de apoio familiar

(G6) - O sentir-se sozinha. ...

(G6) - (...) não tenho propriamente o apoio familiar, a minha mãe já faleceu, só tenho o meu pai cá em baixo

(M7) - E, o meu primeiro filho (...) no pós-parto, eu fiquei, (...) muito sozinha, eu não tinha ajudas, eu não tinha, nem mãe, (...), não tive ajuda, eu me senti muito deprimida, muito, muito sozinha, senti-me sozinha. O meu marido trabalhava muito, passava os dias sozinha, foi muito difícil, para mim, o meu primeiro.

(M9) - A falta de apoio familiar (...) eu não tenho ninguém de família aqui, vivo no Campo Militar, em S.M., portanto, se eu precisar de alguma coisa, tenho mesmo que sair de casa, tenho que levar as traquitanas todas, as cachopas, pronto.

(P7) – (...) uma rede familiar fraca ou de pouco apoio. (...)

### 4. Dificuldades filhos mais velhos

Algumas grávidas com filhos referiram um acréscimo de ansiedade devido à ocorrência de complicações de saúde de filhos mais velhos no pós-parto, pela possibilidade de recorrência da situação e outras referiram dificuldades relacionadas com a aceitação do "irmão".

#### a. Complicações de saúde

(G3) – (...) foi para a neonatologia, o [G] teve que ir à incubadora porque ele nasceu com sopro cardíaco (...) Foi muito difícil, muito duro...

#### b. Dificuldades relacionadas com a aceitação do irmão

(G1) - Também, se calhar, por causa da minha filha, ainda fui apanhá-la umas poucas vezes a chorar, porque não queria ter um irmão. (...) Isto, às vezes, também mexe comigo (...).

(G3) -Eu partilho desse receio também porque o [G] foi sempre muito apelativo desde que nasceu e, ele também está integrado agora na gravidez e acha muita piada, mas depois quando ele estiver cá fora...

*(G5) - Eu também (...) já tenho um filho, ah tem 23 meses, também partilho assim de algumas inseguranças dos ciúmes que ele possa vir a ter.*

### c. Dificuldades no papel parental

Algumas mães referem dificuldade no papel parental, pelas exigências no cuidado aos dois filhos, contribuindo para uma vivência emocional menos positiva, no sentido que sentem falta de tempo para elas próprias. Os profissionais de saúde também percecionam uma exigência acrescida no papel parental, com necessidades de reajuste.

*(M1) - (...) com a chegada agora então com outro filho com 5 anos, às vezes, não é fácil  
(M4) - O pós-parto deste...está a ser um bocadinho mais complicado, no sentido do cansaço, com dois não, não é fácil e, pronto, eu sinto mais isso, que quando com dois que está a ser um bocadinho mais cansativo.*

*(M4) - É tudo o que implica, são eles os dois, é a casa, é tudo e, por vezes, sinto-me um bocadinho deprimida no sentido de não ter tempo para mim.*

*(M7) - Eu me sinto mesmo muito cansada. Eu tenho os dois, dois, pronto, é muito cansativo.*

*(P4) - (...) quando se tem o segundo filho, (...) tem que haver o reajuste, e tem que haver a preocupação com esse outro filho e acaba por, apesar de já se ter a experiência do primeiro, acaba sempre por haver coisas novas e que as pessoas têm que se reajustar*

5) SOCIAIS, com 4 categorias: Isolamento social, com 1 subcategoria (Ausência de amigos próximos); Situação socio económica, com 2 subcategorias (Baixo; Médio alto); Desafios profissionais, com 3 subcategorias (Relacionados com o desgaste físico e emocional; Relacionados com o retorno à vida profissional; Relacionados com o risco de desemprego) e Minorias e população migrante.

#### 1. Isolamento Social

O isolamento e o estar em casa, sem sair, foi considerado por algumas mães um fator de risco:

*(M1) - (...) o facto de nascer no inverno porque no inverno (risos) temos que estar fechados em casa (...) Eu estou mesmo a precisar de sair...*

*(M2) - (...) aliás, aquilo que me custou mais, foi estar estes 28 dias em casa, fechada.*

*(M9)- Acho que é o isolamento. (...) acho que, para quem tem necessidade de sair, (...) de ir a uma loja (...). Mas acho que o isolamento é capaz de ser um fator de risco.*

#### a. Ausência de Amigos Próximos

Uma grávida referiu a ausência de amigos próximos, como uma dificuldade:

*(G6) - Os amigos, os grandes amigos estão lá em cima, portanto. (...) É, mas ao mesmo tempo tenho-os. Portanto, estão é distantes... (...). Faz falta é aquele... O contacto físico...*

#### 2. Situação Socioeconómica

Os profissionais de saúde consideram a condição socio económica em algumas situações, um fator de risco. Na condição baixa, por todos os constrangimentos

financeiros associados e por vezes pela ausência de um projeto de maternidade e na condição média alta, pelo desejo de perfeccionismo e de ter o melhor, podendo conduzir a níveis mais elevados de ansiedade.

a. Baixo

*(P1) – (...) também a instabilidade económica, às vezes, (...) leva a conflitos familiares e pode prejudicar e devemos ficar mais atentos.*

b. Médio – Alto

*(P1) – (...) mães com um nível médio alto, normalmente, querem ser perfeccionistas, querem fazer tudo certinho.*

### 3. Desafios Profissionais

Algumas grávidas referem desgaste físico e emocional relacionado com o trabalho e com as condições precárias dos contratos de trabalho e risco de desemprego.

a. Relacionadas com o desgaste físico e emocional

*(G2) – (...) É o trabalho que é cansativo (...) eu trabalho com o público, basta um cliente...*

*(G4) – (...) mas problema é que é assim, tenho um stresse no trabalho (...) um defeito de pagarem às prestações, o ordenado. Eu preciso de dinheiro agora, e não tenho...*

*(G5) - Sim, sim. A pressão exercida no trabalho*

b. Relacionadas com o risco de desemprego

*(G4) - Para mim, neste momento, o fator de risco, para mim, que me causa mais ansiedade, é que eu estou a contrato, o meu contrato acaba em maio (...) se não passo a efetiva (...) o contrato não é renovado. Tipo, o que é que eu fazer? É, a mim, nesse aspeto, é um fator de risco.*

c. Relacionadas com o retorno à vida Profissional

Os profissionais de saúde referem que o retorno à vida profissional pode em alguns casos provocar alterações emocionais pelos desafios que ocorrem em simultâneo nesse momento.

*(P2) – (...) o retorno ao trabalho, que é uma fase muito desafiadora, eu acho, e que, muitas vezes, quando já faz a consulta dos 6 meses, elas trazem essa ansiedade já (...) e (...) nós já não acompanhamos a mulher em si (...) vem novos desafios, é a introdução da alimentação, (...), juntamente com o início do trabalho, com a introdução numa escola, numa ama, um espaço novo da criança, novos horários e que, que isso vai trazer novos desafios à mulher (...).*

### 4. Minorias e População Migrante

Este aspeto é referido pelos profissionais de saúde, num contexto de grande isolamento e sem rede de suporte:

*(P1) – (...) já tive uma...uma senhora com uma perturbação grave, com internamento, que é do teu conhecimento. (Imigrante – depressão pós-parto) (...) foi muito grave!*

6) PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, com 3 categorias: Dificuldades na abordagem dos aspetos da SM Materna em CSP, com 5 subcategorias (Práticas profissionais centradas nos aspetos biofísicos vs aspetos de Saúde Mental; Falta de formação e treino na área da SM; Tempo padronizado para as consultas limitativo; Sistemas Informáticos não sensíveis à SM Materna; Limitações comunicacionais nas abordagens educativas), Dificuldades nas respostas especializadas de SM Materna nos CSP e Práticas dos profissionais de saúde percecionadas como dificultadoras, com 4 subcategorias (Práticas Pouco Sensíveis à SM Materna; Abordagens Educativas inadequadas; Falta de apoio e acessibilidade; Falta de empatia).

#### 1. Dificuldades na abordagem SM Materna nos CSP

A este nível os profissionais de saúde identificaram alguns aspetos que condicionam, na sua opinião, as boas práticas na abordagem dos aspetos da SM Materna nos CSP.

##### a. Práticas centradas nos aspetos biofísicos

*(P1) – E ah... muitos dos sintomas físicos já têm ah...uma causa por trás, psicológica. Mas nós não exploramos muito estas questões na gravidez (...) estamos muito focados na avaliação do bem-estar fetal, é o resultado da gravidez, estamos muito focados na, na, na avaliação física e a avaliação psicológica não, não é, não é muito valorizada*

*(P5) – (...) o foco, quando é na gravidez, é o bem-estar, é dados biofísicos e pouco mais. E, depois do parto é para vermos se já fez a revisão, se não fez, tem que fazer, porque tem aqueles parâmetros.*

*(P6) – (...) É que a saúde física e o bem-estar fetal tem repercussões legais, a saúde psíquica e emocional .... (...) Terá ou não. (...) Ou seja, vamos (...) garantir que não tem um problema e correu tudo bem, nasceu tudo bem, tudo cresce, tudo nasce, tudo se faz, mais depressão, menos ansiedade e é a vida...são coisas...*

##### b. Falta de formação e treino SM Materna

*(P1) – (...) na especialidade, tive alguma formação nesta, nesta área, mas a maioria das pessoas, se calhar, nunca, nunca trabalhou, nunca teve formação a este nível*

*(P4) – Eu acho que a saúde mental, a nível dos cuidados de saúde primários, até agora não tem sido um grande investimento. (...) Nós também estamos despertos para perceber o que é que, às vezes, está por trás porque também nem sempre são claras, as situações. Mas não, eu por mim falo, não tenho muita formação na área (...)*

##### c. Tempo padronizado para as consultas limitativo

*(P2) – (...) pela dificuldade do tempo que existe para as consultas de grávida, é difícil, no tempo que temos, para avaliar todos os outros aspetos físicos e biomédicos, (...), abordar essa parte mental e a mulher ter tempo para se abrir e se expor em relação a isso.*

*(P3) – Eu acho que nesta área de saúde mental, aqui, a grande barreira é o tempo.*

*(P7) – (...) eu vejo como fator dificultador desta relação, a falta, falta de tempo. (...)*

#### d. Sistemas Informáticos não sensíveis à SM Materna

(P2) – (...) eu acho que a gravidez toda (...) é muito difícil, em termos de registos, tem que se andar ali muito às voltas, não está aí muito bem parametrizado Sclínico para a consulta da grávida. E isso dificulta um bocadinho (...) Funcional. Está tudo muito funcional.

(P4) – Se tivéssemos, realmente, tudo parametrizado como à semelhança do que temos na hipertensão, na diabetes, nesse, nesses programas de saúde, na saúde infantil, era mais fácil porque tínhamos uma orientação dentro daquele limite de tempo, provavelmente, conseguiríamos direcionar mais (...).

#### e. Limitações comunicacionais nas abordagens educativas

(P1) – Nós, técnicos, estamos muito numa de debitar, faça assim, faça assado, faça ah... ah, e depois não corresponde àquilo que a mulher ou...faz, ao seu ideal de vida, ao seu estilo, sei lá, ah, acaba por baralhar a pessoa porque não a escutamos e damos-lhe um conjunto de informações, mas aquilo não bateu certo com aquilo que o técnico disse, lá vai então agravar esta situação...de ansiedade.

(P3) – Não é debitar informação, é escutar e perceber onde é que ali podemos ajudar alguma coisa,

(P6) – (...) só ah... cumprir aquilo que os profissionais de saúde aconselham, já é uma ansiedade.

### 2. Dificuldades nas respostas especializadas de SM Materna nos CSP

(P1) – (...) do ponto de vista da resposta, também é muito limitada, os nossos serviços têm poucas respostas e ah...se no pós-parto já é complicado ter uma resposta, no pré-parto também não é fácil. Quando é identificado uma situação, ah... e, eu cheguei a encaminhar, da avaliação que faço e com o apoio da, da psicóloga ah..., consegui a encaminhar algumas situações

(P3) – (...) pode haver uma priorização destas situações, a psicóloga é só uma, é uma área muito extensa, e não é, não é fácil...

### 3. Práticas dos Profissionais de saúde percecionadas como dificultadoras

As grávidas, mães e companheiros referiram alguns fatores percecionados como dificultadores nas práticas dos profissionais de saúde, que se constituem como fatores de risco.

#### a. Práticas Pouco Sensíveis à SM Materna

(G6) - Diretamente nunca me perguntaram “como é que está a sua saúde mental?”

(G3) – (...) a questão da saúde mental na grávida (..) Não é uma questão que se fala. Para já, aqui no interior, não se fala sequer de saúde mental em lado nenhum.

(CG2) – (...) porque a gente vai a uma consulta, não é? Perguntam se está tudo bem, você diz que sim. Está tudo bem, pronto. Fazem, fazem a auscultação do bebé, não é verdade? Está tudo bem, é assim. E, o emocional? Por dentro, muitas vezes...

#### b. Abordagens educativas inadequadas

(G5) – (...) uma enfermeira que de manhã nos diz “ah não precisa de estar a afastar o peito que o bebé se não conseguir respirar, muda a posição” e, à tarde, vem outra enfermeira e diz “olhe, tem um peito muito volumoso, tem que afastar o peito, se não asfixia o bebé”. (sopro, risos) Ter um médico que nos disse “trouxe a cinta pós-parto, tem que usar.” Então, e para pôr peço ajuda à enfermeira? Sim, pode pedir. Peço ajuda à enfermeira e diz “nós não aconselhamos”. (risos)

*(M4) - Porque uma enfermeira chega lá de um turno, diz uma coisa, vem a outra diz outra, parece, faz-nos sentir as piores mães, vem outra já nos faz sentir a melhor mãe, vem outra que já diz assim, outra diz assado.*

*(CM11) - Sim, essa parte que eu estava a falar de uma diz-nos uma coisa, acaba por, no fundo, por nos confundir e nos baralhar com o que temos que fazer...*

#### c. Falta de apoio e acessibilidade

*(M4) - (...) lá está, eu ligo para o pediatra, mando uma mensagem, é a tal linha aberta que nós precisamos. E no Centro de Saúde não sinto isso.*

*(M11) - (...) no Centro de Saúde, senti que, se calhar, os profissionais que estão lá nem sempre estão preparados para nos dar o apoio que nós precisamos.*

#### d. Falta de empatia

*(M2) - (...) falta um bocadinho que é aquela humanidade, aquela, aquela palavra, aquele apoio (...) dizer “está a fazer bem, não está a fazer bem, vai surgir isto...” Eu acho que cingem muito à parte mais técnica, é um bocado é...*

*(M10) - Achei que faltou um bocadinho de sensibilidade por parte dos profissionais, se calhar, nesta área, para quem é o primeiro filho, não estamos tão à vontade, pronto*

## 7) OUTROS

### 1. Dificuldades relacionadas com a triagem da informação disponível

Os profissionais referem-nos que a informação disponível nem sempre é correta e o fato de estar disponível, leva também a situações de stresse e ansiedade face a determinadas situações.

*(P6) – (...) eu acho que há um excesso de informação, (...) existe informação correta e outra menos correta, mas há um excesso de informação, às vezes deixa as grávidas e as puérperas confusas e isso ainda aumenta mais a ansiedade.*

Algumas grávidas referem que por vezes ficam confusas e ansiosas, pela informação a que têm acesso. Um companheiro também considerou esse fator.

*(G2) - Depois ouço muita coisa (...) e fico confusa e ansiosa...*

*(G3) - Ler Dr. Google não... (risos) mas assim informações fidedignas*

*(CG2) -Ouve muitas coisas daqui e de além, que, às vezes, metem mais medo...*

Em síntese, obtivemos 263 unidades de registo, agrupadas em 31 categorias, das quais: 6 relacionados com fatores obstétricos; 11 relacionados com fatores pessoais; 2 com fatores do RN; 4 com fatores familiares; 4 com fatores sociais; 3 fatores relacionados com as práticas profissionais de saúde e 1 categoria relacionada com outros.

Em termos de unidades de registo, destaque para as crenças erróneas, relacionadas com a felicidade/ maternidade e papéis sociais, com 27 unidades de registo; as características desfavoráveis da personalidade materna com 26; a privação do sono, com 17; as práticas profissionais percebidas como dificultadoras, com 16;

a falta ou fraco suporte do companheiro, com 11 e a vivência negativa da imagem corporal, com 10 (Tabela 3).

**Tabela 3 – Síntese categorias e subcategorias na Dimensão Fatores de risco percebidos para a SMMP e frequência absoluta das Unidades de Registo.**

Temas	Categorias	Sub Categorias	Unidades Registo	Grupos
1) OBSTÉTRICOS				
	Primiparidade		4	Profissionais, Grávidas
	Multiparidade		1	Grávidas
	Limitações físicas decorrentes da gravidez		4	Grávidas, Mães
	Complicações Obstétricas	Anteriores	4	Profissionais, Grávidas
		História de aborto anterior	3	Mães
		Parto Traumático	4	Mães
	Gemelaridade		1	Profissionais
	Grávidas Seguidas no Privado		1	Profissionais
2) PESSOAIS				
	Idade Materna (Primiparas e Multíparas)		10	Profissionais
	Problemas Saúde		1	Grávidas
	Antecedentes Psiquiátricos		6	Profissionais
	Privação do Sono		17	Profissionais, Grávidas, Mães, Companheiros
	Consumos Nocivos Maternos		4	Profissionais, Grávidas
	Caraterísticas Desfaforáveis da Personalidade Materna		13	Profissionais, Grávidas, Companheiros
		Traços de perfeccionismo e ou obsessivos	4	Mães
		Traços de pessimismo	1	Mães
		Dificuldades em pedir ajuda por orgulho	4	Mães
	Idealização da Maternidade		7	Profissionais, Grávidas, Mães
	Vivência negativa da Imagem Corporal		10	Profissionais, Grávidas, Companheiros
	Falta de conhecimento e auto estigma para as alterações psicoemocionais maternas		2	Mães, Grávidas
	Crenças Erróneas	Felicidade associada à Gravidez e maternidade	20	Profissionais, Grávidas, Companheiros
		Papéis Maternos e papel social mulher	7	Profissionais, Mães
	Dificuldades na Amamentação		2	Profissionais
		Pressão social para amamentar	4	Mães, Companheiros
		Pressão dos Profissionais e abordagens educativas inadequadas	4	Mães
3) RN				
	Doenças do Bebê		4	Profissionais, Mães
	Temperamento Difícil do Bebê		1	Profissionais
4) FAMILIARES				
	Ausência ou fraco Suporte Companheiro		4	Profissionais
		Ausência de apoio do Companheiro	9	Grávidas, Mães, Companheiros
		Pouco envolvimento do companheiro na gravidez	2	Grávidas



	Dificuldades Conjugalidade e ou sexualidade afetada		8	Profissionais, Grávidas, Mães,
	Dificuldades com os Familiares	Intromissão de familiares nos papéis maternos	7	Profissionais, Grávidas, Companheiros
		Falta de apoio familiar	6	Profissionais, Grávidas, Mães
		Conflitos Familiares	2	Grávidas
	Dificuldades Filhos mais velhos		1	Profissionais
		Complicações de saúde	1	Grávidas
		Dificuldades relacionadas com a aceitação do nascimento do irmão	5	Grávidas
		Dificuldades no papel parental	3	Mães
5) SOCIAIS	Isolamento Social		3	Mães
		Ausência de Amigos Próximos	1	Grávidas
	Situação Socio-Económica	Baixo	2	Profissionais
		Médio - Alto	2	Profissionais
	Desafios retorno à vida Profissional		1	Profissionais
		Relacionadas com o desgaste físico e emocional	6	Grávidas, Companheiros
		Relacionadas com o risco de desemprego	3	Grávidas
	Minorias e População Migrante		1	Profissionais
6) PRÁTICAS PROFISSIONAIS				
	Dificuldades na abordagem SM Materna nos CSP	Práticas Profissionais centradas nos aspetos biofísicos	8	Profissionais
		Falta de formação e treino SM Materna	6	Profissionais
		Tempo padronizado para as consultas limitativo	7	Profissionais
		Sistemas Informáticos não sensíveis à SM Materna	5	Profissionais
		Limitações comunicacionais nas abordagens educativas	3	Profissionais
	Dificuldades nas respostas Especializadas de SM Materna nos CSP		4	Profissionais
	Práticas dos Profissionais de saúde percebidas como dificultadoras	Práticas Pouco Sensíveis à SM Materna	4	Grávidas, Companheiros
		Abordagens Educativas inadequadas	9	Grávidas, Mães, Companheiros
		Falta de apoio e acessibilidade	2	Mães
		Falta de empatia	2	Mães
7) OUTROS	Dificuldades relacionadas com a triagem da informação disponível		3	Profissionais, Grávidas, Companheiros

## Síntese e discussão dos resultados

Como referido anteriormente têm sido realizados inúmeros estudos sobre os fatores de risco relacionados com a saúde mental materna, sobretudo no âmbito da ansiedade e da depressão perinatal.

A maioria dos estudos privilegiam a abordagem quantitativa e nesse sentido alguns autores alertam para uma possível lacuna no enfoque qualitativo da temática

(Arrais et al., 2014; Collado, Favrod & Hatem, 2014, como referido por Arrais & Araújo, 2017).

O nosso estudo pretendeu com esta dimensão conhecer os fatores percecionados como um risco ou como dificultadores para o bem-estar materno, tendo sobressaído os fatores pessoais relacionados com a mulher: idade materna, traços de personalidade desfavoráveis, crenças erróneas sobre os papéis maternos, idealização da maternidade, falta de mecanismos de coping, vivência negativa das alterações corporais e privação do sono; relacionados com o fraco suporte social e familiar, sobretudo do companheiro e relacionados com as práticas dos profissionais de saúde nesta área. Com menos destaque, mas igualmente importantes, emergiram categorias também ao nível pessoal, relacionadas com os antecedentes psiquiátricos, complicações de saúde e consumos nocivos; ao nível obstétrico: a primiparidade e as complicações anteriores ou atuais, como um parto traumático; relacionadas com o RN: complicações de saúde ou com o seu temperamento, percecionado como difícil. Nos fatores familiares, emergiram também categorias relacionadas com as relações familiares, como a presença de conflitos e com uma intromissão nos papéis maternos e relacionadas com os filhos mais velhos, pela dificuldade no papel parental e na gestão da aceitação do irmão/bebé. Ao nível do companheiro, destaque também para as alterações ao nível da conjugalidade e da sexualidade. Na amamentação, pela pressão social e pelas práticas profissionais inadequadas e por vezes estigmatizantes. Ao nível social, emergiram categorias relacionadas com a situação socioeconómica, minorias populacionais e ao nível laboral, pela presença de elementos causadores de desgaste físico e emocional, pelos desafios com o retorno à vida profissional ou pelo risco de desemprego. A triagem da informação disponível, tendo em conta a facilidade de acesso e a capacidade de triar a informação fidedigna, também emergiu como uma categoria de risco ou dificultadora para o bem-estar materno.

Da análise dos resultados, podemos verificar muitas concordâncias com resultados de estudos realizados a este nível.

Numa revisão integrativa da literatura, Guerra, Braga, Quelhas e Silva (2014), numa amostra de 17 estudos entre 2008 e 2013, encontraram quatro dimensões de preditores de risco para a saúde mental da mulher na gravidez e no puerpério: 1) História pessoal (complicações /eventos stressantes na gravidez e parto presente ou anterior, gravidez não planeada, mãe solteira, mãe adolescente, vítima de abuso sexual); 2) Saúde Mental (Baixa auto-estima, história anterior de depressão, stresse vivencial adicional, ocorrência de blues acentuado, ansiedade pré-natal, consumo de substâncias, dificuldades na vinculação com o filho, stresse no desempenho do papel parental); 3) Familiares (dificuldades relacionais com a mãe, com o parceiro e família, temperamento da criança, adições ao nível do companheiro ou familiares, antecedentes

psiquiátricos na família, pai adolescente, falta de suporte familiar); 4) Social (Baixos recursos económicos, precaridade no emprego, baixa escolaridade, meio sociocultural adverso)

Numa revisão mais recente sobre fatores de risco e de proteção, numa amostra de 60 estudos realizados entre 2010/2015, foram encontrados 53 fatores de risco, sobressaindo os fatores psicossociais para a depressão perinatal, nomeadamente os antecedentes psiquiátricos anteriores, a presença de elevados níveis de stresse e ansiedade durante a gestação, baixo suporte social e familiar, incluindo a falta de apoio do parceiro e falta de apoio social durante o puerpério (Arrais & Araújo, 2017).

Contudo, estes autores alertam para o carácter dinâmico e subjetivo dos fatores de risco, que devem ser trabalhados como um processo e não como uma variável em si, devendo ser relativizados de acordo com a subjetividade e individualidade de cada mulher (Calvetti et al., 2007, como referido por Arrais & Araújo, 2017).

Em relação às implicações dos traços de personalidade materna, têm sido realizados alguns estudos, que relacionaram o neuroticismo, como um fator de risco independente para a depressão no período perinatal. Outros traços de personalidade, como a obsessividade, a dependência, a autocrítica, estilos cognitivos disfuncionais, sensibilidade interpessoal e a baixa autoestima, também têm sido identificados como correlatos e/ ou preditores da depressão perinatal. Em relação ao traço de perfeccionismo, foi considerado um preditor independente de sintomatologia depressiva no pós-parto e um correlato da depressão na gravidez e no pós-parto (Maia et al., 2014).

A suposição de que todas as mulheres 'têm de ser felizes' por estarem grávidas ou por terem um bebé, referida no nosso estudo, foi igualmente relatada num estudo de Nagle e Farrelly (2018), onde é referenciada a dificuldade na expressão de sentimentos negativos sobre si mesmas ou sobre a gravidez com os seus familiares e profissionais de saúde, com receio de causarem preocupação ou serem julgadas negativamente.

Num estudo qualitativo sobre a forma como as grávidas vivenciam e interpretam o sofrimento psicológico, foi evidenciado, o papel das crenças e do estigma, como fatores de risco para a saúde mental materna perinatal. As narrativas das mulheres traduziram um esforço de adequação ao conceito popular de “boa mãe”, levando à construção de uma identidade materna idealizada e irreal. Por outro lado, foi também considerado um fator de agravamento do isolamento e de incapacidade das mulheres identificarem os problemas e de pedirem ajuda (Stanevaa, Bogossianb, Morawskaa & Wittkowskic, 2017).

A vivência negativa das alterações corporais, experienciada por algumas mulheres do nosso estudo, relacionada com as limitações físicas, perda de autonomia e medo de não voltar ao corpo anterior, é também referido num estudo, como uma perda

de controlo sobre seu próprio corpo e um sentimento difícil de discutir com alguém (Nagle & Farrelly, 2018).

Em relação às práticas dos profissionais percecionados pelos próprios e pelos restantes participantes do nosso estudo, como um fator dificultador e de risco para a saúde mental materna, foi referido no estudo anterior, que as mulheres nem sempre sentiram abertura por parte dos profissionais de saúde para falarem abertamente das suas emoções, por vergonha, estigma ou por sentirem falta de tempo dos profissionais para as escutarem (Nagle & Farrelly, 2018).

Numa revisão sistemática, que usou o Modelo Comportamental do Uso de Serviços de Saúde (BMSHU), com o objetivo de analisar os fatores dificultadores e facilitadores na procura de ajuda de profissionais de saúde, de mulheres durante os primeiros doze meses após o parto, também foi identificado em alguns estudos desta meta-agregação, que as mulheres muitas vezes não reconheciam ou não gostavam de revelar as morbidades físicas e mentais no pós-parto em cuidados de saúde primários, porque temiam ser julgadas negativamente e porque algumas aceitavam os problemas como parte do papel da maternidade. Neste sentido, o contexto cultural e a literacia nesta área, também foram considerados fatores que influenciaram a decisão das mulheres de pedir ajuda ou não (Rouhi, Stirling, Ayton & Crisp, 2019)

De facto, vários estudos alertam para a importância da formação e do treino dos profissionais de saúde nesta área e do impacto negativo que abordagens muito centradas nos aspetos biofísicos, estigmatizantes e não sensíveis às circunstâncias psicossociais que envolvem a transição para a maternidade, podem influenciar o curso do processo de ajustamento à maternidade, bem como na construção de uma relação de confiança que permita à mulher partilhar dificuldades e pedir ajuda (Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014; Rouhi, Stirling, Ayton & Crisp, 2019).

#### 5.4. FATORES PROTETORES PERCECIONADOS PARA A SAÚDE MENTAL MATERNA

Na Dimensão: Fatores protetores, as questões orientadoras nos *focus groups*, pretenderam conhecer os fatores protetores para a saúde mental materna, percecionados pelas grávidas e mães, no período perinatal, bem como pelos seus companheiros e profissionais de saúde.

O agrupamento dos fatores protetores seguiu a mesma lógica referida anteriormente.

Da análise de dados por *focus groups*, emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

- Grávidas, emergiram nesta dimensão: 7 categorias e 2 subcategorias, relacionadas com os fatores obstétricos, pessoais, familiares, sociais, práticas profissionais de saúde e outros (Figura 13).

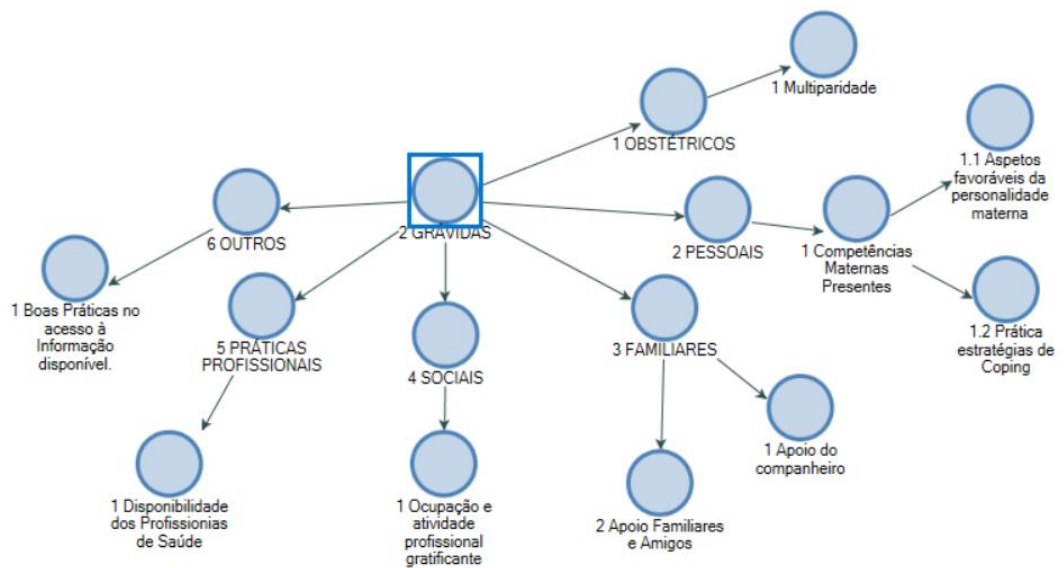


Figura 13 – Fatores protetores percebidos pelas Grávidas

- Mães, 8 categorias e 8 subcategorias, relacionadas com os fatores pessoais, familiares, sociais e práticas profissionais de saúde (Figura 14).

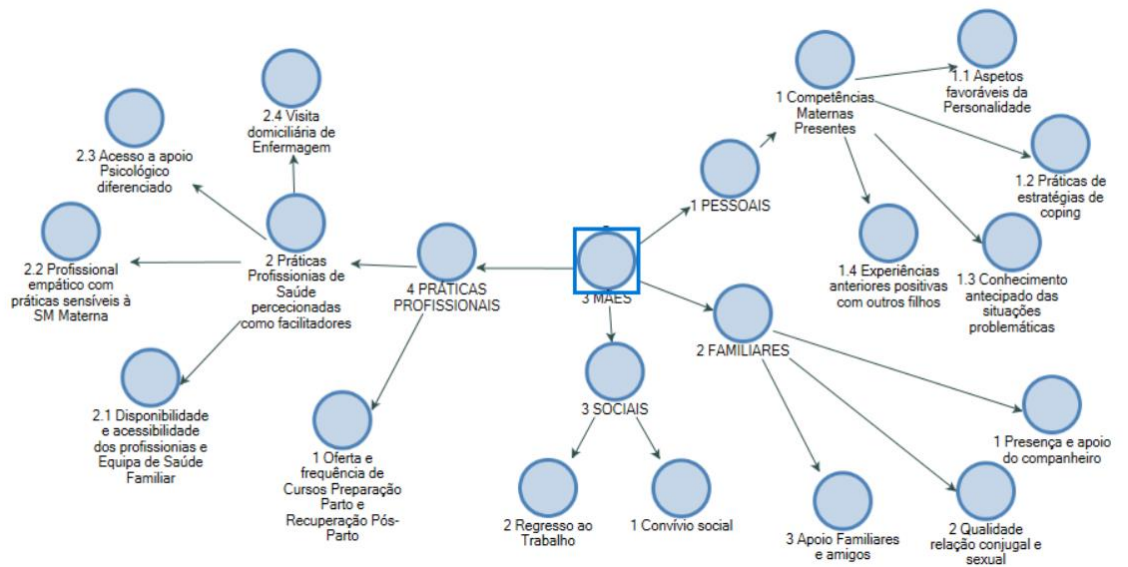


Figura 14 – Fatores protetores percebidos pelas Mães

- Companheiros, 3 categorias, relacionadas com os fatores familiares e práticas profissionais de saúde (Figura 15).

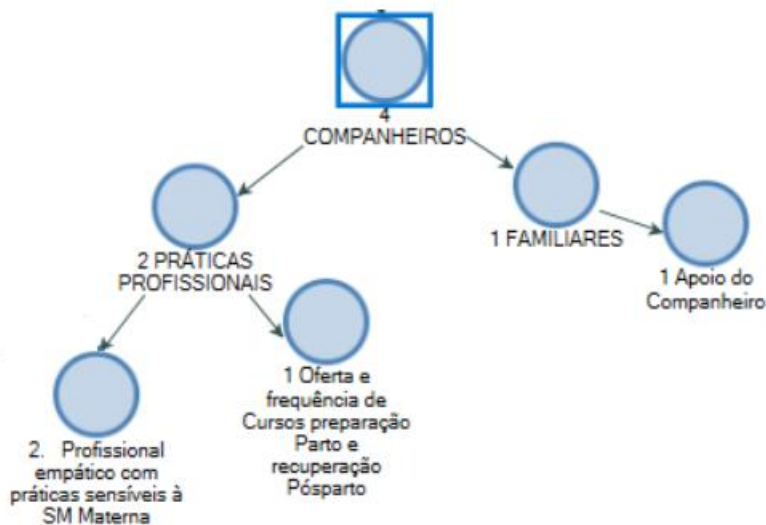


Figura 15 – Fatores protetores percebidos pelos companheiros

- Profissionais de Saúde, 7 categorias e 3 subcategorias, relacionados com os fatores obstétricos, pessoais, familiares, sociais e práticas profissionais de saúde (Figura 16).

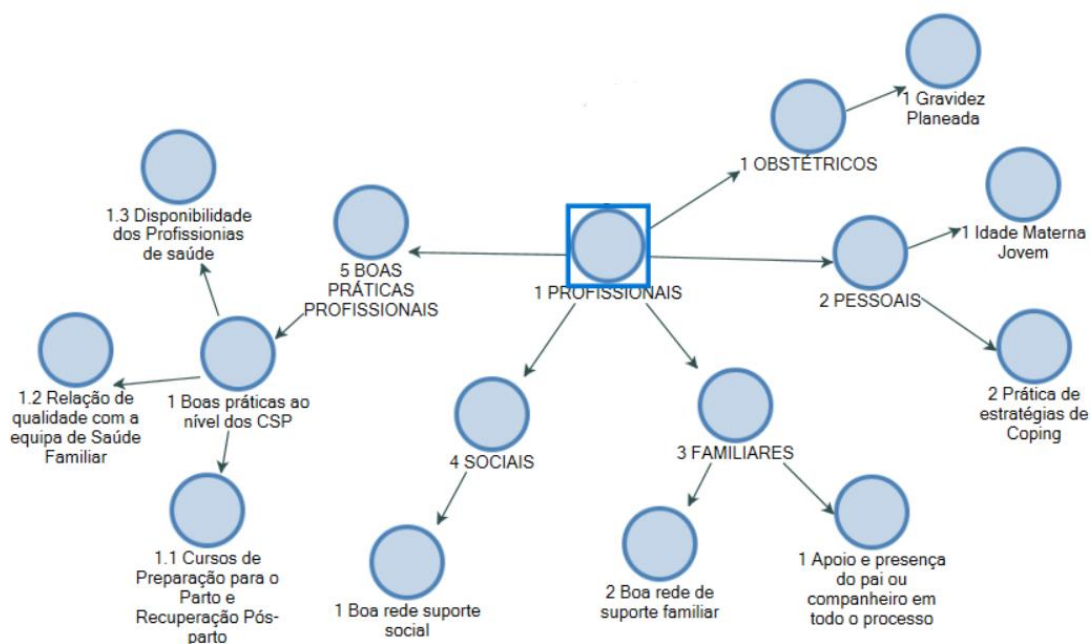


Figura 16 – Fatores protetores percebidos pelos Profissionais de saúde

A apresentação dos dados seguirá a ordem dos fatores gerais, com a apresentação das categorias e subcategorias encontradas, com referências às unidades de significado extraídas dos respectivos grupos:

1) OBSTÉTRICOS, com 2 categorias: Gravidez planeada e a multiparidade.

1. Gravidez Planeada, considerada pelos profissionais de saúde um fator protetor:

*(P7) – (...) e...o facto de ser uma gravidez planeada considero na mesma que seja um fator de proteção.*

2. Multiparidade, considerada pelas grávidas de segundos filhos, um fator protetor:

*(G3) - Pronto, eu, eu já sou mãe de segunda viagem, aqueles momentos da primeira gravidez agora já não os tenho, claro que há sempre alguma coisa, mas não.*

*(G5) - Em relação à outra gravidez, estou muito menos insegura*

2) PESSOAS, com 2 categorias: Idade materna jovem e competências maternas presentes, com 4 subcategorias (Aspetos favoráveis da personalidade materna; Prática de estratégias de *Coping*; Conhecimento antecipado das situações problemáticas; Experiências anteriores positivas com outros filhos)

1. Idade materna jovem, é percebida por alguns profissionais, como protetor, na medida em que observam uma despreocupação face a alguns aspetos e a partilha de tarefas na família, bem como o pedir ajuda, parece ser mais fácil:

*(P3) – (...) as mais novas nem têm noção, às vezes... de certos pormenores, não é? E que, às vezes, faz com que passem pela situação um bocadinho mais à vontade, digamos assim.*

*(P7) – (...) para elas é mais fácil pedir o auxílio de quem está, e aceitar o auxílio da própria família, para estas mães mais novas. E eu acho que isso é facilitador, nesse sentido porque as tarefas são, são distribuídas e, parece que a família, avós, são mais incluídos na partilha de todas as tarefas do que propriamente nas pessoas ah... mais velhas que encaram este como uma responsabilidade quase só delas e, portanto, que também as sobrecarrega.*

2. Competências Maternas Presentes

a. Aspetos favoráveis da personalidade materna

Algumas grávidas e mães partilharam as suas experiências, relativamente ao um estilo cognitivo mais protetor e a uma personalidade mais otimista e descontraída, também face às tarefas domésticas:

*(G3) - Portanto, eu levo muito por aí, (...) eu considero que sejam alterações normais da gravidez. Não estou nunca a pensar, nessa parte, alteração psicológica, alteração, sei lá, ansiedade, depressão...*

*(G6) - É aquela coisa, mas é, tentar sempre retirar um bocado do positivo...(M8) - Sim. Mas também não sofro por antecipação. (risos) Quando acontecer, depois resolve-se...*

*(M9)- (...) já por mim sou muito zen, é muito difícil tirar-me a calma e, com esta, acho que ainda fiquei mais zen e mais calma.*

(G5) – (...) se se for preciso sento-me, se o almoço se atrasar, atrasa, almoça mais tarde, temos pena.

(M8) - Eu comigo (...) é um dia de cada vez, o que conseguir fazer, faço, o que não conseguir, não faço. (risos, alegria)

#### b. Prática de estratégias de Coping

Algumas grávidas e mães fazem referência à prática da meditação, de atividades de distração, da auto-compaixão, do contacto com a natureza e do exercício físico:

(G3) - Pronto, ah esta parte da ansiedade, ah eu acho que sempre consegui controlar porque também depois com o meu primeiro filho, comecei, na parte do desenvolvimento pessoal, comecei a fazer meditação, então, uso para tentar controlar...

(G4) - (...) consigo controlar a ansiedade, mas isso já desde antes da gravidez consigo controlar ou ponho-me a ver televisão, ou ponho-me a fazer uma coisa qualquer, tentar distrair-me daquela situação que me provoca ansiedade.

(G6) – (...) e de me ter a mim também que tenho que me encarar ao espelho e tenho que me aceitar como eu sou. E esse acho que é um dos nossos principais fatores de proteção, é aceitar-nos (...)

(M7) - (...) Ah, é o ar, a água, o exercício, o descanso, o ar puro, pensar em Deus, então, eu me foquei nisso para, para me sentir melhor. E resultou e me sinto bem, emocionalmente, me sinto bem

(M9) - Mesmo que fisicamente não se note logo (risos) à cabeça faz muito bem. E ele, pronto, encontrou esses exercícios que nós podemos fazer com a criança, acho que também é bom para a relação.

Os profissionais de saúde referem ser muito importante estimular práticas para a gestão e regulação emocional:

(P6) – (...) fatores protetores de estabilidade emocional gerais que é, que escape tem?, que exercício tem?, que arte tem?

#### c. Conhecimento antecipado das situações problemáticas

Algumas mães sublinham a importância de algumas temáticas serem abordadas antecipadamente, para aquisição de novas competências:

(M7) - Ficava mais tranquila, saber o que é que ia fazer, ter mais controlo da situação.

(M10) - Foi aquela coisa de, já se falou, eu já ouvi falar. (...) Isso tudo. (...) Mesmo que a gente ache nunca vá precisar, a gente ouviu.

#### d. Experiências anteriores positivas com outros filhos

Estas mães consideram um fator positivo, no sentido de terem adquirido estratégias para lidar com algumas situações, tornando-as mais confiantes:

(M2) - (...) eu acho que o facto de, portanto, de ter sido mãe a segunda vez, não é? Portanto, no primeiro filho, já houve as dificuldades, as coisas melhores e coisas menos boas, que nos ajudaram, nós ultrapassámos, portanto, quando foi o segundo, nós já criámos algumas estratégias para combater isso, não é?

(M9)- (...) da outra eu pensava tenho que ir às compras “Meu Deus, que suplício!”. Ah, mas com esta já não...



3) FAMILIARES, com 3 categorias: Apoio e presença do pai ou companheiro em todo o processo; Qualidade relação conjugal e sexual; Boa rede de suporte familiar.

1. Apoio e presença do pai ou companheiro em todo o processo.

Em todos os grupos foi referida como um pilar muito importante em todo o processo. A participação dos companheiros no curso de preparação para o parto é referida como fazer toda a diferença, no apoio que as mulheres sentiram no momento do parto, bem como na partilha das tarefas e apoio emocional.

*(G5) – (...) o apoio do marido, o saber que está lá, que não estou sozinha. Ah eu acho que até, ele só precisa de estar, mesmo que ele não diga ou que ele não faça nada, acho que isso já me acalma.*

*(G6) - Tenho a vantagem de estar com o pai, como também não está a trabalhar, nessas coisas, que começo a flipar um bocadinho mais, também se ri um pouco e também me chama à razão e acaba por atenuar um pouco isso, portanto.*

*(M1) - (...) o apoio do marido faz toda a diferença, (...)a experiência de termos o marido sempre connosco, 24 horas sob 24 horas, é completamente diferente, pronto, e é um grande apoio.*

*(M4) - (...) o apoio do pai foi muito importante também, acho que os pais no parto são muito importantes porque eu, já sou por natureza, sou uma pessoa um bocadinho ansiosa, e então o facto de o pai ter dado sempre o apoio e tranquilidade fez com que eu ficasse mais tranquila, pudesse ah, pronto, no parto, que corresse tudo bem.*

*(M8) – (...) o supermercado, ele é que trata, ele é que vai aos sítios, para eu não andar com ela. (...) Mas em termos de comida (...) é ele sempre que faz. Ele é que orienta mais ou menos, e depois, eu no espaço, o que conseguir fazer, faço, o que não conseguir, depois ele acaba.*

*(M9)- (...) o meu marido também é, é uma mãe, também só não dá mama, de resto faz tudo, por isso, já estava muito preparado também da primeira filha. Tanto que da nossa primeira filha, da [J], quando eu tinha alguma dúvida, era a ele que eu perguntava primeiro.*

*(M11) - (...) eu estou sempre a referir porque acho que é importante os pais também virem às aulas para preparação para o parto porque o (CM11) veio a algumas e, na realidade, isso fez toda a diferença na altura do parto (...)ele é que me dava as orientações e a parteira, e foi tudo muito tranquilo.*

*(P6) - Só o facto de o pai estar, de ir à consulta, a todas as consultas e de estar, primeiro, falamos para duas pessoas, são duas pessoas a...o profissional de saúde, seja ele qual for, fala para duas pessoas, são duas pessoas a assumir a, a informação.*

*(P7) - (...) ter um parceiro que acompanhe nas consultas. (...) Uma presença presente!*

Os companheiros referem ter um papel muito importante na protecção do bem-estar materno, pela partilha de tarefas, pelo apoio emocional e pelas atitudes calmas e positivas para lidar com os momentos mais difíceis:

*(CG2) -Sim, ajudo em tudo o que posso. (...) Faço as coisas em casa, consigo fazer quase tudo basicamente, no que posso, ajudo em tudo.*

*(CM11) - (...) Mas também, ou seja, o marido quando há possibilidade disso, deve aliviar um bocadinho a tarefa das mães, para não ficarem tão sobrecarregadas mentalmente e poderem descansar*

*(CM10) - (...) eu não queria tanto mostrar isso para ela porque ela é muito, ela é muito ansiosa e eu queria contrabalançar o abatimento dela, queria estar um bocadinho mais forte.*

(CM11) -. Depois também acho que um ambiente em casa tranquilo, não ser assim aquele stresse, também para ajudar a, é as mães, a não ser assim stressado, estão a perceber? Assim um ambiente mais relaxado, acho que também as ajuda.

## 2. Qualidade da relação conjugal e sexual

Foi referido, por algumas mães como algo muito importante a preservar e que a mulher não pode negligenciar:

(M2) - É muito importante o marido e a relação.

(M2) - A intimidade do casal existe, não é? Antes de existir um filho, existe um casal, existe. Eu acho que o meu primeiro filho é o meu casamento, é a minha opinião. Portanto, eu tenho que cuidar desse casamento

(M3)- A relação que eu tenho com o meu marido. (...) Mas, ah o facto de nós nos darmos muito bem, e, isso, é de facto, muito protetor.

## 3. Boa rede de suporte familiar

Referido por grávidas, mães e profissionais como um suporte muito importante na ajuda concreta nas tarefas domésticas, mas também na presença e disponibilidade para os momentos mais difíceis:

(G2) - A parte que protege, sem dúvida, (...), é a parte da família. (...) tanto (...) os meus pais, como os pais dele (...) traz-me aquela segurança de que "ok, aconteça o que acontecer eu sei que não vou estar sozinha, que não..., vai lá estar sempre alguém comigo".

(G3) - A família é um fator protetor....

(M2) - O apoio da família é fundamental (...), não é? A família é muito importante.

(M6) - (...) destaco o apoio que eu tenho tido em casa, não só do meu marido como da minha mãe, porque a minha mãe tem sido um pilar muito forte para nós os dois lá em casa, pais de primeira viagem, e tem-nos ajudado muito, nomeadamente, com a parte das refeições, na roupa do bebé que ninguém nos prepara que sujam roupa ah várias vezes por dia.

(P5) - (...) um bom suporte familiar, essencialmente (...) Se eles não tiverem um bom suporte familiar, em que acreditam (...), assim é mais difícil.

(P4) - E depois aí está, se houver um apoio familiar que durante o dia possa de alguma forma ajudar, é mais fácil.

4) SOCIAIS, com 2 categorias: Boa rede de suporte social e Ocupação/ atividade profissional gratificante.

### 1. Boa rede suporte social

A rede de amigos, foi considerado pelas grávidas e mães como um fator protetor importante, pelo apoio que disponibilizam, em algumas situações em substituição da família:

(G3) - As colegas, funcionários (do trabalho), são todos muito queridos e todos sempre preocupados. "E como estás? E como sentes?"

(G2) – (...) as minhas melhores amigas, fizeram, (...) a festa maior que eu. Então, isso, trouxe-me aquela segurança de que, pronto, ok, eu não vou estar sozinha, não, tenho sempre, estão sempre a dizer "ah, mas se precisares de alguma coisa, liga-me a que horas for".

*(M9) - Pronto. Eu tenho isso (apoio), mas com amigos e amigas. (...) Eu penso, ah se acontecer-me alguma coisa, liga, liga à minha amiga não sei quê, e ela acode-me, pronto...*

Os profissionais de saúde consideram muito positivo os grupos de apoio de pares na partilha de dificuldades e promovendo a interajuda:

*(P2) - Acho que são muito importantes também os grupos de apoio (...) se tem apoio de amigos, (...) se existe (...) estas relações em que estão todas no mesmo estado, e estão todas a passar pelo mesmo, que se podem apoiar umas às outras que é muito importante (...)*

*(P5) – (...), e os grupos de partilha que são, são extremamente importantes (...) Informais. (...) Sim, de interajuda. (...) com a mesma realidade, com o bebé pequenino, com as mesmas (...) Elas criam os WhatsApp, elas falam (...) Criam grupos. (...)*

## 2. Ocupação / Atividade Profissional gratificante

Foi considerada por uma grávida, como um fator protetor e funcionando como uma distração das preocupações associadas à gravidez e parto e como fonte de bem-estar emocional:

*(G3) – O meu trabalho também considero que sim (...) para dizer que também no trabalho estamos mais distraídas, ok, cansa-nos, nós depois não estamos tanto tempo em casa para fazer as coisas, chegamos cansadas, mas (...) Ocupa a cabeça. Aquela parte de pensar no parto, a parte de pensar não sei quê, não se pensa nada, se tenho tempo para isso. (risos)*

### a. Regresso ao Trabalho

Duas mães sentem a falta do seu trabalho, sendo referido como algo positivo para o seu bem-estar:

*(M9) - (...) eu também sinto falta de trabalhar, ah... apesar de a minha gravidez ter os enjoos e ter a azia, eu trabalhei até às 38 semanas e sinto falta daquela rotina, do trabalho e de tudo mais.*

*(M4) - E lá está como a [M9] há bocado estava a dizer, eu acho que também me está a fazer falta ir trabalhar, é muito tempo em casa. Apesar de eu achar que devia ser até 1 ano, a licença, mas, por vezes, também fazia bem... (...)*

5) BOAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS, com 2 categorias: Boas práticas ao nível dos CSP, com 3 subcategorias (Cursos de Preparação para o Parto e Recuperação Pós-parto; Relação de qualidade com a equipa de Saúde Familiar; Disponibilidade dos Profissionais de saúde) e Práticas dos profissionais de saúde percecionadas como facilitadoras, com 3 subcategorias (Profissional empático com práticas sensíveis à SM Materna; Acesso a apoio Psicológico diferenciado; Visita domiciliária de Enfermagem)

### 1. Boas práticas ao nível dos CSP

#### a. Cursos de Preparação para o Parto e Recuperação Pós-parto

Considerados um suporte muito importante, pelas mães e companheiros, sobretudo porque proporcionam conhecimentos, treino de competências e abertura para

a partilha de dúvidas e dificuldades. Foi também sublinhada a importância do apoio entre os pares:

*(M1) – (...) sentia falta de falar com outras pessoas, por isso, também foi ótimo irmos fazer o curso, com a enfermeira [P] porque falávamos, estávamos com outras pessoas, ah... nessa questão foi ótimo.*

*(M10) - Estas formações, acho que também nos ajudam imenso, relatar “olha aconteceu-me assim” e a outra pessoa diz “ah mas olhe que a mim também me aconteceu”.*

*(M10) - Até porque nós nas aulas de, do pré-parto, o nosso grupo foi muito unido, até criámos um grupo no Facebook onde, às vezes, falamos e até momentos em que falamos umas com as outras, e isso também nos trouxe alguma tranquilidade.*

*(M11) - (...)Mas, muitas vezes, nós estávamos no grupo e a enfermeira [F] não conseguia fazer um exercício connosco, nós chegávamos aqui e começávamos a desabafar umas com as outras, porque aconteceu-me isto, porque à outra aconteceu aquilo, porque agora temos esta situação e não sabemos como, e acabava muito por ser terapia de grupo. (...) o facto de nós conversarmos ajuda-nos bastante.*

*(CM11) - (...) ah também concordo com, que as aulas de pré-parto, concordo que as aulas ajudam, para não irmos de olhos fechados, digamos assim, para o parto porque chegamos lá e, agora, estamos aqui e o que é que vamos fazer, mais ou menos sabemos como é que a coisa se vai processar (...).*

*(CM11) - Depois das aulas do pós-parto, acho que também é fundamental porque para não estarem 24 horas sob 24 horas em casa, saírem um bocadinho, apanharem ar, falar com outras pessoas, tirar dúvidas porque acho que essa parte também, a partir do momento, que ela começou a vir às aulas do pós-parto, tirar as tais dúvidas que estavam a surgir (...)*

Os profissionais de saúde de uma forma global consideram a frequência destes cursos um fator muito protetor. Dois profissionais presentes são responsáveis pelos Cursos de preparação e recuperação pós-parto e destacaram que a partilha de medos e receios realizadas nos grupos é muito positiva, pela ajuda interpares e pela possibilidade de os profissionais detetarem alterações e encaminharem:

*(P3) – (...) a preparação para o parto e depois do pós-parto. O facto das grávidas se sentirem à vontade para partilhar experiências, de coisas de grupo, não é? Em que as pessoas estão a vivenciar as mesmas coisas, de forma diferente, ah... mas na mesma fase sentem, de alguma forma, dificuldades semelhantes (...) a nossa sensibilização para esses grupos que, que pode ajudá-las também de alguma forma.*

*(P1) – (...) penso que os cursos de, de preparação para o parto são um fator protetor. Durante o Curso, quando identifico uma situação, ah... e, eu cheguei a encaminhar situações para a psicóloga da equipa ...*

*(P5) – (...) nos grupos da recuperação, a... de início estava mais focada na ginástica e nos exercícios para elas fazerem, para elas melhorarem a postura. Mas depois percebi (...) elas têm necessidade em partilhar e, em conversar (...) acho que é fundamental e vejo isso (...) nesse tempo que eu tenho para fazer isso o curso.*

#### b. Relação de qualidade com a equipa de Saúde Familiar

A relação de confiança estabelecida com o casal, foi determinante para a vivência de um parto mais tranquilo:

*(CM4) - Sim, já. (referindo-se à enfermeira, que já conhecia) São estas ligações assim que se criam que também transmitem outra tranquilidade com o parto, tem tudo para*

*correr bem (...) Parecendo que não, isso também é outro fator que pode desencadear um parto mais, mais tranquilo.*

Os profissionais de saúde, consideram muito importante a relação construída ao longo do tempo com a Equipa de Família, pois permite um conhecimento mais profundo e uma maior abertura para as mulheres partilharem dificuldades e pedirem ajuda:

*(P2) – (...) acho que é muito importante esta relação que se vai criando e sinto diferença numa grávida que é seguida, no particular, e aparece no final da gravidez e que depois começa a fazer a vigilância do filho e não havia nenhuma relação para trás, ou de uma grávida que foi sempre, (...) e a gente já conhece ou já conhece de um outro filho, em que é mais fácil já haver uma empatia, é mais fácil haver uma partilha da parte da mulher.*

*(P7) – (...) este seguimento continuado que faz com que eles estabeleçam uma relação, eles e nós, uma relação que facilita a empatia e faz com que eles nos procurem e até nos liguem com alguma facilidade. Eu noto isto num grande número de, de utentes. Pronto, e é esse o fator facilitador, é a continuação, é...é a continuidade de nós estarmos em contacto com o utente, às vezes, ainda que venham, que sejam seguidos noutro lado, esta oportunidade de estarem mais vezes connosco é facilitador.*

*(P4) – (...) eu acho que se baseia muito naquilo que a [P2] estava a dizer, numa relação de confiança com a pessoa e, a partir daí irmos percebendo de alguma forma e dando abertura para a pessoa nos ir dizendo alguma coisa (...)E, eu acho que, na saúde mental, é preciso tempo, é preciso ah... empatia, criar-se empatia para se conseguir chegar muitas vezes, não é uma coisa objetiva, é uma coisa mais subjetiva e eu acho que passa por aí*

### c. Disponibilidade dos Profissionais de saúde

As grávidas e as mães consideram a disponibilidade dos profissionais de saúde muito facilitador e tranquilizador:

*(G4) - Aqui em Abrantes, fiquei com a enfermeira [P], abre completamente as portas, podem ir, os pais podem ir à vontade e ela até... e isso é muito bom.... Saber que está ali para nós....*

*(M2) - (...) a minha experiência foi bem conseguida porque tive a enfermeira [P] no pré-parto, e (...) a enfermeira [G] e o [Dr. L] que são os nossos enfermeira e médico de família, por estarem sempre disponíveis*

*(M6) - Temos sempre a enfermeira [P] está sempre disponível também para, é muito importante haver um número de telemóvel para quem nós possamos mandar uma mensagem “socorro, estamos aflitos”, essa parte é importante. (...)*

Os profissionais de saúde também consideram este aspeto muito protetor para o bem-estar materno:

*(P1) - E depois, a disponibilidade do técnico de saúde, eu sinto que estou constantemente a receber mensagens durante a semana blaaaaaaaaaaaa, pela disponibilidade que nós conseguimos criar, ah...ah com fotografias e tudo para avaliar, ah e, é verdade. (risos) É verdade. E tanta disponibilidade desta relação é um fator protetor para além dos outros todos que falámos*

*(P6) - E acho que o grande trabalho do profissional de saúde, seja ele qual for, é... mostrar que tem a porta aberta*

## 2. Práticas dos Profissionais de Saúde percecionadas como facilitadoras

### a. Profissional empático com práticas sensíveis à SM Materna

(M2) - *Precisamos mais humanidade, precisamos. “Então, mãe, vamos ver, vamos sentar, vamos conversar, como é que está a ser? Está a mamar bem, não está? Está a fazer bem? Não está a fazer bem? Peço, diga-me está, tem dúvidas? Quer que eu esteja aqui mais um bocadinho consigo?”*

(M4) - *(...) neste parto, eu ter tido o apoio da enfermeira [P], que foi a melhor coisa que me aconteceu naquele hospital. É muito humana e é, para mim é, é excelente, deixou-me estar com ele, o mais do que, não sei quanto tempo, mas muito tempo (...) para mim, é espetacular.*

(M9) - *(...) fez-me os ensinamentos todos, tudo normal e, no fim da consulta, olhou para mim e disse “então, e a mãe, como é que está?” Eu pensei oh (riso) porque não, não nos perguntam sempre, só aquela enfermeira é que me perguntou então, e a mãe, como é que está? Pronto, olha eu não durmo, mas sinto-me bem, eu choro, mas sei o que é, penso eu que é só as hormonas que eu me sinto bem, depois perguntou “então, e vocês? Então, e vocês como casal? Ficaram bem? Pronto, estão a gerir bem?”*

(M11) - *E a enfermeira veio e disse assim “oh, mãe, quando der mama, chame-me para eu ver se está a correr tudo bem” e eu na próxima vez que fui dar mama, cheguei à campainha, a enfermeira veio, viu como é que estava a correr e disse “pronto, está tudo bem”, e só o facto de ela se ter preocupado, porque, realmente, é a primeira vez, eu não sei se ela estava a pegar bem, se ela não estava a pegar bem, ou, pronto, depois uma pessoa começa a perceber, mas, ao início, é tudo novidade para nós. No acompanhamento é importante.*

#### b. Acesso a apoio Psicológico diferenciado

Duas mães referem a importância de apoio psicológico no pós-parto:

(M3) - *Sim, acho que não era descabido como a [M4] está a dizer, o primeiro mês que nós vamos tantas vezes com o bebé ao peso, ter ali um, um apoio psicológico.*

#### c. Visita domiciliária de Enfermagem

Uma mãe sublinhou a importância da visita domiciliária de enfermagem realizada na primeira semana de vida, vivenciada na sua situação como uma experiência muito positiva, pelo apoio que sentiu:

(M2) - *O facto de a enfermeira [G] ir a casa, na primeira semana de vida do bebé, verem logo o que se passa, tenho, ou seja, não é só perguntarmos se tem dúvidas, é vermos, ver como é que ela cuida do bebé, como é que está no quarto, como é que a dinâmica, perceber realmente in loco, se há dúvidas, se aquela pessoa até está em sofrimento ou se está ansiosa, até pode dizer, porque uma pessoa pode dizer que está bem-disposta e que está feliz e não está, não é?*

### 6) OUTROS, com 1 categoria: Boas práticas no acesso à informação disponível.

#### 1. Boas práticas no acesso à informação disponível

Foi referida por uma grávida, como sendo útil, no controle da ansiedade e na aprendizagem de novas competências:

(G3) - *Eu como tentei sempre procurar a explicação para, para as coisas, elas depois não me desencadeiam ansiedade porque consigo entender, encandear ali o mecanismo do porquê. Acho que isso pode ajudar também. (...) Ler Dr. Google não... (risos) mas assim informações fidedignas.*

Em síntese, obtivemos 119 unidades de registo, agrupadas em 12 categorias, com destaque para o apoio e a presença do pai/companheiro em todo o processo, com 27 unidades de registo e uma boa rede de suporte familiar com 12; as competências maternas, como os aspetos favoráveis da personalidade e a prática de estratégias de *coping*, com 8 e 12 unidades, respetivamente; a frequência de cursos de preparação para o parto, com 12 unidades e as práticas dos profissionais de saúde, relacionadas com a disponibilidade e a empatia/ sensibilidade aos aspetos da saúde mental materna, com 10 e 7 unidades respetivamente. Com menos destaque: a gravidez planeada e a multiparidade, a idade materna mais jovem, a qualidade da relação conjugal e sexual; a ocupação /atividade profissional gratificante e o regresso à vida profissional; o acesso a cuidados especializados no âmbito da saúde mental; a visita domiciliária de enfermagem e as boas práticas no acesso à informação disponível (Tabela 4).

**Tabela 4 – Síntese categorias e subcategorias na Dimensão Fatores de proteção percecionados para a SMMP e frequência absoluta das Unidades de Registo**

Grupos/Temas	Categorias	Sub Categorias	Unidades Registo	Grupos	
1) OBSTÉTRICOS	Gravidez Planeada		1	Profissionais	
	Multiparidade		3	Grávidas	
2) PESSOAIS	Idade Materna Jovem		4	Profissionais	
	Competências Maternas Presentes	Aspetos favoráveis da personalidade materna	8	Profissionais, Mães	
		Prática de estratégias de Coping	12	Profissionais , Grávidas, Mães	
		Conhecimento antecipado das situações problemáticas	4	Mães	
		Experiências anteriores positivas com outros filhos	2	Mães	
3) FAMILIARES	Apoio e presença do pai ou companheiro em todo o processo		27	Profissionais, Grávidas, Mães, Companheiros	
	Qualidade relação conjugal e sexual		3	Mães	
	Boa rede de suporte familiar		12	Profissionais, Grávidas, Mães	
4) SOCIAIS	Boa rede suporte social		3	Profissionais, Mães	
	Ocupação / Atividade Profissional gratificante		1	Grávidas	
5) BOAS PRÁTICAS PROFissionais	Boas práticas ao nível dos CSP	Regresso ao Trabalho	2	Mães	
		Cursos de Preparação para o Parto e Recuperação Pós-parto	12	Profissionais, Mães, Companheiros	
		Relação de qualidade com a equipa de Saúde Familiar	3	Profissionais	
		Disponibilidade dos Profissionais de saúde	10	Profissionais+Grávidas, Mães	
		Práticas dos Profissionais de Saúde percecionadas como facilitadoras	Profissional empático com práticas sensíveis à SM Materna	7	Mães, Companheiros
			Acesso a apoio Psicológico diferenciado	1	Mães
			Visita domiciliária de Enfermagem	1	Mães
6) OUTROS	Boas Práticas no acesso à Informação disponível		3	Grávidas	

## Síntese e discussão dos resultados

Vários estudos têm confirmado que a presença e o apoio do companheiro, bem como o suporte familiar e social, são fatores protetores, com a diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Num estudo de Emmanuel, St John e Sun (2012), com grávidas às 32 semanas, concluíram que o suporte social é um fator essencial para uma qualidade de saúde materna, quer física, quer mental. Esta relação manteve-se forte no domínio da saúde mental, independentemente de outros fatores presentes como o nível educacional e o tempo de relacionamento com o parceiro. Neste estudo, o parceiro foi considerado um dos pilares deste apoio.

No estudo de Airoso e Siva (2013), com 100 mulheres desde a gravidez até aos 12 meses de vida do bebé, os resultados reforçaram a importância das relações íntimas, familiares e as atividades sociais, com provável diminuição dos sintomas de ansiedade, depressão e stresse presentes no período perinatal, bem como no aumento dos processos de vinculação mãe-bebé.

No estudo de Zengin, Bafali, Caka, Tiryaki e Cinar (2020), em relação ao suporte familiar e social, também foram encontrados níveis de ansiedade mais baixos nas mulheres com maior suporte, comparativamente com as mulheres sem suporte.

Na revisão de Arrais e Araújo (2017), foram encontrados 11 fatores de proteção que parecem proteger a mulher contra a depressão perinatal e na minimização do impacto dos fatores de risco, com destaque para a participação das mulheres em programas pré-natais com uma abordagem psicológica; uma relação saudável com as suas próprias mães; um suporte social na gestação e puerpério e a manutenção de relações sociais positivas.

Na revisão de Guerra, Braga, Quelhas e Silva (2014), as intervenções promotoras do bem-estar materno identificadas, alertavam para a importância do envolvimento do pai/ companheiro em todo o processo, desde a vigilância da gravidez, nos cuidados à criança, bem como na identificação da rede de suporte, confirmando a importância destes aspetos e que se evidenciaram também no nosso estudo.

Os mesmos autores, referindo-se às práticas dos serviços de saúde, consideram a realização de cursos de preparação para o parto e para a parentalidade, onde os futuros pais adquirem competências ao nível do desempenho de papéis, bem como os cuidados individualizados e flexíveis, serem práticas recomendadas e facilitadoras dos processos de transição e de promoção da saúde mental materna (Guerra, Braga, Quelhas & Silva (2014). No nosso estudo a frequência de cursos, bem como a disponibilidade dos profissionais, a sua empatia e sensibilidade para estes aspetos, também se destacaram nesta dimensão.



Brooks e Wilson (2019) referem que proporcionar ações junto das mulheres que possibilitem o desenvolvimento de competências no autocontrole do stresse e da ansiedade, através de cursos pré-natais, bem como no incremento do suporte social, são medidas importantes para a promoção do bem-estar materno e da díade mãe-filho.

Alguns autores alertam-nos para um viés na literatura científica da área, pelo foco dado ao estudo dos fatores de risco sobre os fatores protetores e do seu significado em termos de abordagem da doença, do risco em detrimento da saúde e da proteção. Este aspeto é sublinhado pela teoria da psicologia positiva, cuja abordagem pretende complementar o conhecimento das fraquezas e patologias humanas, explorando o que há de positivo na vida e da necessidade de haver um maior enfoque nas emoções positivas, e nas potencialidades humanas, na sua busca pela superação (Arrais & Araújo, 2017).

## 5.5. SUGESTÕES PARA O CURSO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL

Em relação à dimensão: sugestões para um curso de promoção da SMMP, as questões orientadoras nos *focus groups*, pretendiam obter informações ao nível: de conteúdos ou áreas temáticas que fossem consideradas importantes, dos formatos e do esquema/duração do mesmo.

Da análise de dados por *focus groups*, emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

- Grávidas, 5 categorias ao nível dos conteúdos; 2 categorias ao nível dos formatos e categoria no esquema/duração (Figura 17).

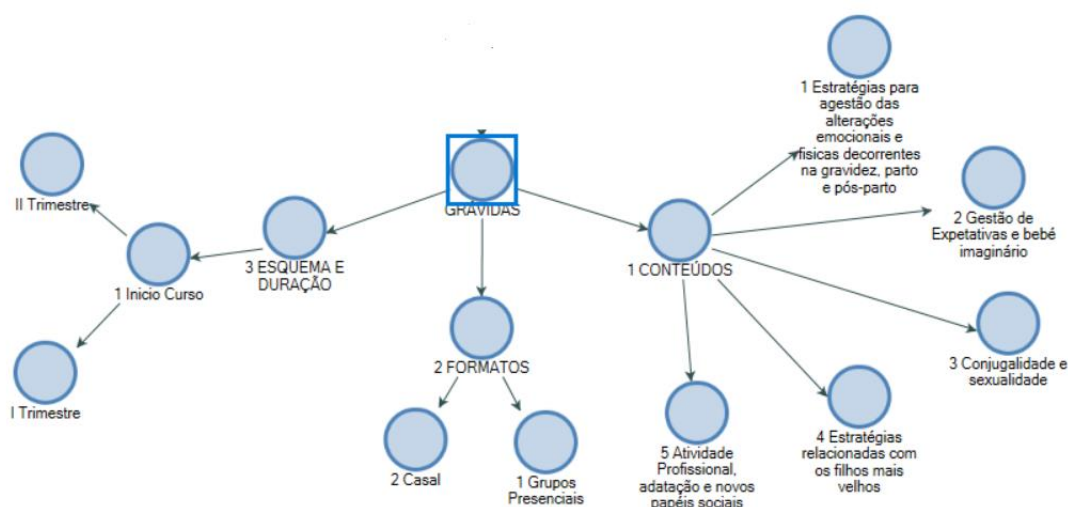


Figura 17 – Sugestões das Grávidas para o Curso de promoção da SMMP

- Mães, emergiram ao nível dos conteúdos 9 categorias e ao nível dos formatos 4 categorias. Em relação ao esquema /duração, não se obtiveram unidades de registo (Figura 18).

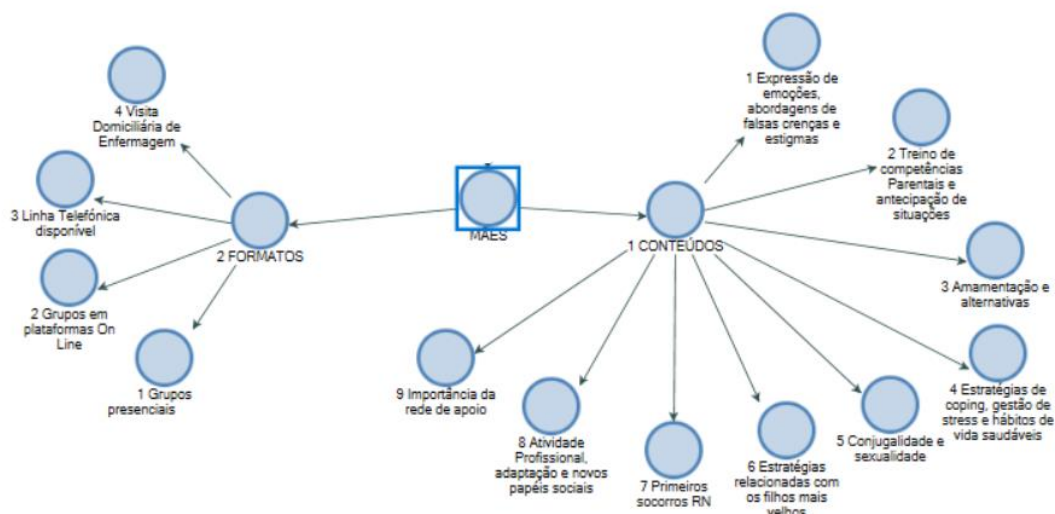


Figura 18 – Sugestões das Mães para o Curso de promoção da SMMP

- Companheiros, apenas emergiram categorias ao nível dos conteúdos, com 2 e ao nível dos formatos, também com 2 (Figura 19).

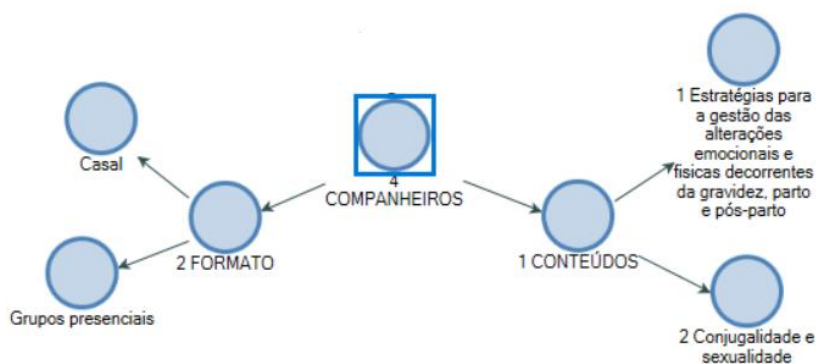
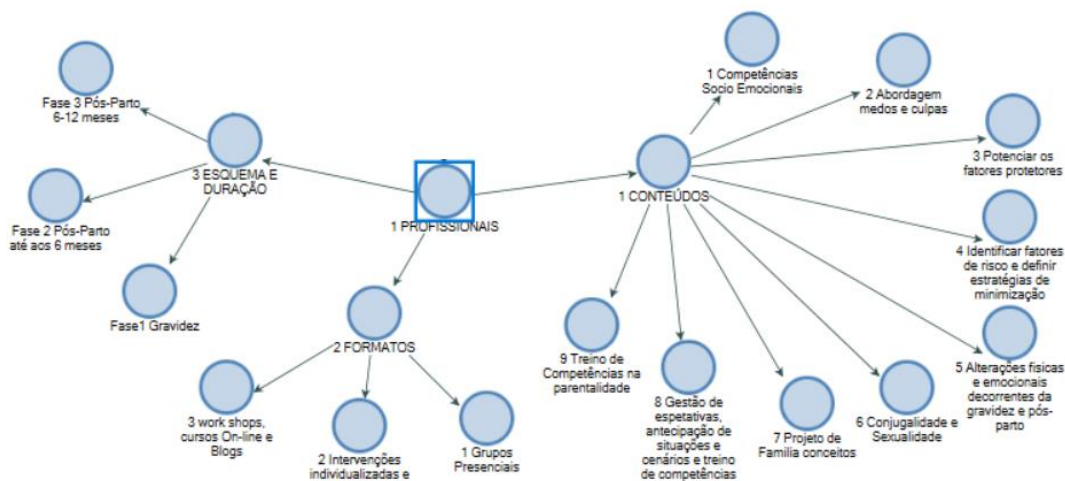


Figura 19 – Sugestões dos Companheiros para o Curso de promoção da SMMP

- Profissionais, emergiram em relação aos conteúdos 9 categorias, nos formatos, 3 categorias e ao nível do esquema/ duração, 3 categorias (Figura 20).



**Figura 20 – Sugestões dos Profissionais de saúde para o Curso de promoção da SMMP**

A apresentação dos dados terá em conta as categorias e subcategorias encontradas ao nível dos temas, formatos e esquema/ duração, com referências às unidades de significado extraídas dos respetivos grupos:

### 1)TEMAS

A este nível surgiram na totalidade 17 categorias:

1. Competências Socio Emocionais, um tópico sugerido pelos profissionais de saúde:
 

(P1) – (...) a forma como lidar com as emoções é um, é transversal às várias fases da gravidez e do pós-parto e nos ajuda no nosso dia-a-dia

(P6) – (...) tentar definir, antever a gestão emocional das pessoas e acho que isso é um fator importante protetor
2. Potenciar os fatores protetores, sugerido pelos profissionais de saúde:
 

(P6) - Temas a abordar, estes temas protetores, antes de tudo e potenciá-los, ah...
3. Identificar fatores de risco e definir estratégias de minimização, sugerido pelos profissionais de saúde:
 

(P2) – (...) tentar logo, eu já tento ter esta abordagem durante a gravidez, que é “então, e a sua mãe? Como é que foi quando ela esteve grávida e como é que foi? Ela amamentou?”, para tentar perceber também que tipo de apoio é que ela vai trazer para

*aquela mulher. Porque, às vezes, pode ser um pau de dois bicos e ajudar não é mesmo ajudar.*

*(P3) - Abordar (...) o sono da criança e da mãe, se calhar também, não é? Mas, muito da criança eu acho....*

*(P6) - Mais do que a causa, ah... focar bem (...), que tipo de pessoa, que personalidade é, como é que enfrenta, quão anancástica é, quão relaxada é...*

*(P6) – (...) enquadramento familiar, (...) que apoio é que tem? Ou seja, tem o marido ou o companheiro que apoia, a mãe e a sogra, por aí... (...) o enquadramento profissional (...), trabalha, não trabalha*

4. Alterações físicas e emocionais decorrentes da gravidez e pós-parto, sugerido pelos profissionais de saúde, pelo impacto emocional que algumas alterações provocam:

*(P3) - Aquilo que eu estava a falar nas alterações do corpo, explicar o que é que, as sintomatologias, umas têm, outras não têm, pronto, mas para dar abertura, pôr as coisas no ar sobre o assunto (...) que alterações emocionais surgem?*

*(P6) – (...) Depois há as pessoas que dizem - “eu nunca pensei em ter tanto sono, eu nunca pensei ter tanto enjoo”- “eu nunca”... isto pode ser assim durante a gravidez toda, as técnicas são estas, estas, estas, estas, mas em invés de atuar no momento...antecipar...*

5. Expressão de emoções / Abordagem de falsas crenças e estigmas, tema sugerido pelas mães e pelos profissionais:

*(M1) - (...) perceber e falarmos com pessoas e que nos mostrem que “olha, tu és normal se chorares, é normal se não tiveres sempre feliz”, é normal (...)Sinceramente de sentirmos essas coisas que não faz de nós más mães.*

*(M1) – (...) e termos alguém e ver também se, realmente, (...) se estamos a precisar de outro tipo de ajuda porque, às vezes...não é? (...) as depressões pós-parto, eu acho que ninguém quer assumir quando está numa, (...) não é? Ninguém tem a coisa de ...de dizer aqui olha, realmente, eu já (...), não é?*

*(M1) –(...), às vezes, julgam-nos mal por isso, não é? Porque os filhos... (...) Ah os filhos têm que ser a melhor coisa e tens que ser a super mãe e tens que ser tudo, e fazer tudo em casa, fazer tudo e conseguir.*

*(P3) – (...) ah o parto, os medos do parto, isso também é já falado um bocadinho na preparação e, e, pode é haver pouco tempo, se calhar, para expor, (...)*

*(P3) - E depois medos e culpas não só relativamente ao desenvolvimento depois da criança que pode ser uma fase depois para a frente para falar, “o que é que eu não estou a fazer bem? O que é que eu estou a fazer bem?”.*

6. Estratégias para a gestão das alterações emocionais e físicas decorrentes na gravidez, parto e pós-parto, tema sugerido pelas grávidas e companheiros:

*(G6) – (...) Primeiro, desmitificar, também que não é uma doença, mas sofres... bater na tecla, sofres alterações, as alterações são normais, tu vais sentir mais assim, tu vais sentir aqueleoutro, ou tu vais ter 14 horas de parto, tu vais ter 5 minutos.*

*(G6) - Sim, porque na prática tudo mexe com a saúde mental de uma grávida, acho que (...) O saber que é normal (...) E, e, na prática, arranjar já, sei lá, ferramentas para nos proteger um pouco, o criar as máscaras, criar uma armadura.*

*(G3) - No pós-parto também é muito importante, surgem-nos outras dúvidas, outras questões e é muito importante o acompanhamento.*

(CG2) - *Principalmente nós que somos pais pela primeira vez. (...) Temos um bocado de vergonha porque as pessoas, entre aspas, gozam com a gente: - "Ah mas tu não sabes isso, já estás com não sei quantas semanas". É normal, a gente pesquisa, mas nem tudo o que a internet diz hoje em dia é real.*

(CG2) - *(...) Devia ter temas, de apoio psicológico. Há pessoas que prontos, se calhar têm partos mais complicados. Haver aí uma formação, uma preparação psicológica.*

7. Estratégias de coping, gestão de stresse e hábitos de vida saudáveis, referido no grupo das mães:

(M6) - *(...) eu acho que o exercício físico faz muito bem para a gestão da ansiedade e de, e do stresse. Ah talvez incentivar. (...) Sim, incentivar a grávida ou o casal a fazer pequenas caminhadas porque faz bem.*

(M2) - *(...) no curso, em si, para ajudar as pessoas a lidar com ansiedade, acho que podia ensinar técnicas de controlo da ansiedade(...) Mas, se calhar, como controlar a ansiedade, técnicas, técnicas de relaxamento, ensinar a fazer técnicas de relaxamento. Ah o que a pessoa pode, vocês, se acontecer, podem fazer isto, devem fazer aquilo e mesmo no pós-parto, promover mais encontros, encontros entre...*

8. Idealização da maternidade/ gestão de expectativas, tema sugerido pelos profissionais:

(P1) - *(...) os desafios da maternidade (...)*

(P7) - *Eu, nas consultas, às vezes, ah... tenho um bocadinho de receio de estar a acabar com esta magia, mas entro um bocadinho por aí porque, porque eu acho que a pessoa estando preparada para isso, aceita, está, está mais... está mais pronta e, e percebe que aquilo vai ser uma fase transitória e, portanto, mais fácil de ultrapassar.*

(P6) - *(...) dá para perceber que a mãe está atropelada, se calhar, nas prioridades. E, às vezes, pode ser isso, falar um bocadinho com a grávida nesse sentido de então, e agora como é que vai ser? E quais são os timings? E qual é que é o projeto? E já pensou nisso, já pensou naquilo? E o, o... vamos deixar ver, vamos ver o que é que acontece.*

9. Bebê imaginário/bebê real/ Gestão de expectativas, sugerido pelas grávidas

(G2) - *Estava a dizer que a parte do apoio, por exemplo, do bebê não ser desejado, eu queria muito uma menina e não é uma menina. É um menino. E o que me dizem é ah, mas o menino também é maravilhoso...*

(G3) - *Para falar, nesta questão de que a gente não se identifica com a criança após o nascimento, não se reveem em bebês, não se reveem não sei, é muito importante.*

10. Projeto de família conceitos, referido pelos profissionais de saúde:

(P6) - *(...) temas a abordar, "qual é a tua expectativa, a sua expectativa de família?"*

(P1) - *(...) também neste contexto também tem que haver sempre um, um projeto de gravidez e um projeto de maternidade e o ideal é que os dois se conciliem.*

11. Conjugalidade e Sexualidade, referido por todos os grupos, como uma temática muito importante:

(G3) - *Sim, mesmo dele, (...) o medo dele na primeira gravidez. Tivemos que conversar muito acerca disso porque eu continuava a achar que devia (referindo-se às relações sexuais).*

(G4) - *Porque acho que é uma coisa normal, tipo, uma mulher perder um bocadinho a vontade quando está grávida. Eu acho, pelo menos, coisas que li e acho que. (sopro)*

(G5) - *Nas últimas vezes, eu fiquei com a sensação que já estava no colo do útero e descaído ou assim porque posições que antes, para mim, eram prazerosas, agora, já... Dá-me ideia que já tocava demasiado no colo e já me magoava.*

(M2) - (...) *há uma coisa que não se aborda que é a vida sexual do casal após o parto. Eu acho que isso é uma falha, acho, acho, acho que deve ser falado porque a intimidade do casal.... (...) Eu acho que é importante falar da vida sexual no casal após o parto. Ah, como, quando é que poderão reiniciar a vida sexual? Como é que, como é que poderá ser? Porque isso também gera ansiedade.*

(M7) - (...) *eu acho que é importante dizer, é mesmo isso do, da retoma da, da vida sexual. E, por, porquê, não, não são todas as gravidezes, não é todo o parto que é igual (...) E demorei muito, demorei, demoramos muito a ter um, uma relação satisfatória. Muito mesmo. Ah então, acho que falta, falta apoio nesse sentido, que nós não, não, não houve, não houve nenhum apoio nesse sentido, não é?*

(CG2) - *E preparar, principalmente, as coisas depois do parto. Mais nos homens (referindo-se aos aspetos relacionados com a sexualidade do casal)*

(P6) - *Na, na, na atividade sexual do casal, ah...é, acho que são algumas coisas a abordar, a grávida tem um aumento de libido, mas tem um medo, tem o medo de ter relações, o companheiro não acha muito confortável ter relações com a grávida, isto leva a alterações também.*

## 12. Treino de competências parentais e antecipação de situações, referido pelas mães e pelos profissionais de saúde:

(M7) - *De informação, exatamente. É mesmo isso, era isso que eu estava. Ter mais informação, sabe? Para encarar isso (referindo-se à maternidade).*

(M2) - *“Como é que vai conseguir fazer isso?” Se vai ter um apoio ou, sei lá, por exemplo, a comida vir do restaurante, imaginemos, portanto, tentar que a pessoa oriente o seu dia a dia no pós-parto para depois não estar esgotada emocionalmente e fisicamente (...)*

(M10) - *Tanto no bebé como nós próprias também. Porque o nosso corpo mudou, não é? Ali aquele mês ainda está tudo em adaptação, e há coisas que nós, se não ouvimos logo falar, dizemos –“ai meu Deus, o que é que se passa aqui? Será que eu agora fiquei? Vou ficar incontinente para sempre, será, não é?” Mas também tenho esta parte ansiosa que, para mim, tudo é um drama (...)*

(P6) - *Mas antever aqui o processo, (...) O que é que gere? (...) O que é que...? Quais são os papéis? O que é que está capacitado de fazer? E o que é que não está capacitado de o fazer? E o que é que precisa de ajuda?*

(P3) – (...) *as competências parentais, isso é uma coisa que devia ser treinada sempre, devia haver muito mais abordagem*

## 13. Amamentação e alternativas, referido pelas mães como uma temática importante:

(M6) - *Sobre a amamentação (...) É assim, ah nós somos defensores todos da amamentação com a maminha da mãe, ok, mas quem não quer porque pode haver também pessoas que não queiram ou quem não possa, tem que haver uma opção e nós temos que estar com essa informação disponível.*

(M6) - (...) *nós temos que sim, efetivamente, defender que a amamentação é o melhor caminho, contudo, temos que mostrar que há outros, quais são e como é que devemos de fazer ou a quem é que podemos de ir procurar ajuda (...).*

(M6) - (...) *portanto, nós temos que mostrar as alternativas todas que existem. Mostrar quais são as vantagens e as desvantagens da, da, da, de cada processo, mas temos que mostrar que existem, pronto.*

14. Estratégias relacionadas com os filhos mais velhos, referido pelas grávidas e pelas mães:

*(G4) – Um dos temas, o ser o segundo filho.*

*(G4) - O como abordar? Para incluir sempre o primeiro*

*(M9) - Alertar mães de segundo filho que não tem assim apoio porque, se calhar, quando temos alguém que nos vai apoiando até afastamos o irmão (...). E acho que, acho que se deve é envolver. Pronto, isso, pelo menos connosco, correu tudo bem.*

*(M11) - (...) acho que também é importante a temática do quando temos o segundo filho, como é que nós abordamos a introdução do bebé. (...) na realidade, quando chega o mano, tem ciúmes, não tem ciúmes, como é que a criança vai ter aquelas vivências, aquelas experiências, como é que nós enquanto pais, com um bebé tão pequenino a precisar de tanta atenção, nós mais fragilizados e com as emoções à flor da pele, como é que damos atenção ao outro para ele também não se sentir, -“ epá, espera aí que agora chegou aqui este, e agora não me dão atenção nenhuma, e como é que eu fico?”*

15. Atividade Profissional: adaptação e regresso/ novos papéis sociais, sugerido pelas grávidas e mães

*(G5) – Acho que também era importante um tema para saber lidar com a pressão laboral.*

*(M9) - Acho que deve ser importante falar na ansiedade do regresso ao trabalho. Não o senti, mas acho que deve ser importante*

16. Importância da rede de apoio, sugerido por uma mãe não só como área temática, mas de intervenção:

*(M2) - (...) a família e quem não tem (ajuda), portanto, o que fazer, não é? Isso era um tema a abordar, ou seja, a pessoa não tem ou podia ser uma mãe solteira, imaginemos, não é? Ou mesmo, ou não tem família perto, essa pessoa ser orientada ainda antes do parto.*

17. Primeiros socorros RN, referido por duas mães, como uma área também importante:

*(M10) - (...) às vezes, eu formações nesse sentido, como é que podemos fazer se, se eles se engasgam, se...*

*(M11) - (...) a colega também referiu, de, se calhar, os primeiros socorros infantis,*

## 2) FORMATOS, com 6 categorias:

1. Grupos Presenciais, sugerido por todos os grupos, pela vantagem do apoio inter pares:

*(G3) - É que lá, podem ser histórias, histórias teóricas. Aqui não, é na prática, que vimos e revemo-nos no que as pessoas partilham. Ah, todos estes temas que nós falámos acho que são importantes porque dizem mais a uns do que a outros, ou. Portanto, eu acho muito bem.*

*(G6) – Nem que seja só para partilhar porque só a partilha, só o falar, só o ouvir os outros, só o perceber, é como os grupos, os grupos, os vários... de apoio. As pessoas partilhando experiências, nós sentimo-nos sempre mais amparados. Ah e cria-se, digamos, um, um conforto, algo de segurança.*

*(G5) - Eu concordo também, acho que só facto de falarmos e percebermos que há mais gente, não somos uma ave rara, já se torna terapêutico.*

(M2)- (...) fazer estes encontros que nalguns ok, as pessoas, cada um falava um bocadinho da sua experiência, noutros eram lançados temas (...) Ou palavras ou frases e a partir daí, coisas que a pessoa até pode nem estar a ver ou não estar a lembrar-se, que é importante falar, mas lançar o tema e aí a própria pessoa começar a pensar “ah, realmente, se calhar aqui ou ali, se calhar eu estou mais nervosa com isto ou com aquilo, ou com”, pronto.

(M2) – (...) eu acho que, o que é que podemos fazer para trabalhar melhor depois desta situação de saúde mental? Estas reuniões, não é? Com mães, em que cada um dá a sua opinião e fala, e os técnicos de saúde estão a observar também conseguem fazer uma leitura e ver se aquela pessoa precisa mais de ajuda ou não.

(CG2) - Estas, estas reuniões são boas porque muitas vezes há pessoas que tem dúvidas e não o fazem por vergonha.

(P1) - O formato, eu acho que tem que ser em grupo.

(P2) - Sei lá, criar assim um, em que possa juntar as mães, acho que é, realmente, vantajoso estarem na mesma fase, mas haver um bocadinho de diversidade, aquelas que já pariram, aquelas que ainda vão parir com aquelas que têm bebés pequeninos.

(P3) – (...) grupos de partilha e grupos de apoio são importantes, quer seja nos UCC, quer seja dentro das unidades, quando há facilidade para o fazer, é importante que realmente as pessoas tenham mais formação para poderem estar disponíveis para isto e há vários temas que são importantes e depois tinham que ser esquematizados em termos de ordem, não é?

(P4) – (...) eu acho que o grupo, nesta fase, tanto na gravidez, eu acho que as grávidas estão muito recetivas a toda a formação, dispostas à partilha, pronto.

## 2. Em Casal, ou pessoa significativa, referido pelas grávidas e um companheiro:

(G6) - De preferência para o casal, se poderem estar os dois, porquê? Porque, muitas vezes, pode-se até focar na grávida, mas um grande foco é a pessoa que acompanha, o pai da, mesmo que não seja o pai da criança porque, em alguns casos, pode não ser. Mas a pessoa que a acompanha. Ah porque é, para nós é sempre visto como uma mais valia ter alguém ao lado.

(G6) - E a pessoa também é quem vai levar mais com os nossos “desregulamentos” hormonais, com as nossas mais sensibilidades ou mais insensibilidades.

(G5) - Portanto, acho que seria importante para a mãe e para o pai, acho que, às vezes, o pai pode sentir até um bocadinho excluído. Até pela sociedade porque, muitas das vezes, fazem muitas perguntas à mãe, então, como é que isso está, então como é, como se o pai só o fizesse...

(CG2) - A preparação (...) para as duas pessoas acho que era importante

## 3. Intervenções individualizadas e multiculturais, referido pelos profissionais, tendo em conta as particularidades de cada pessoa:

(P1) – (...) mas também têm que haver intervenções individualizadas, algumas situações têm que depois haver alguma intervenção individualizada para particularizar e para perceber o que é que se passa

(P3) – (...) cada pessoa é muito diferente e as realidades e as, até as culturas são diferentes e as vivências são complicados e podem trazer alguma dificuldade acrescida ou facilitação, depende do que é que cada mulher está a viver



4. work shops, cursos On-line e Blogues, sugestão dada no grupo das mães e pelos profissionais:

*(M6) - (...) a formação que se faz, não ser só em sala, mas fora da sala para promover já entre as grávidas conhecerem-se, nós no nosso grupo, temos um grupo no Messenger, onde trocamos dúvidas, questões que seja*

*(P2) - (...) porque é que nós não saímos do formato, dos formatos que são habituais, (...) todas as mães acabam por ir de uma forma ou de outra calhar a grupos do Facebook ou em grupos do WhatsApp (...) porque não nos metemos nós profissionais também nisso?(...) para tentar um bocadinho guiar aquilo que, às vezes, também é dito e acaba por não haver nenhum filtro do (...) que é correto ou não é? (...) Criar um grupo. Um site...*

*(P7) – (...) formato, penso que workshops seria, seria uma possibilidade. (...) criar momentos para isso mesmo fora das consultas (...)*

*(P1) - (...) concordo com a [P2], temos que aproveitar mais as redes sociais porque mesmo as pessoas socioeconomicamente desfavorecidas (...) têm sempre um telemóvel e, como elas não vem até nós, nós temos que entrar na casa delas e essa é uma forma boa de fazer.*

*(P2)- (...)e tentar ir mais ao encontro das expetativas e das necessidades das mães. Se calhar, se for uma coisa mais dinâmica, (...) que possa ser ao fim de semana, que possa ser pós-laboral, que possa ser online e a pessoa até estar em casa (...) a mulher até pode estar com o bebé ao colo na cama, mas está com os fones a ouvir aquilo que está a ser dito pelo profissional. (...)*

5. Linha Telefónica, sugerida no grupo das mães, como um canal disponível e de acesso rápido:

*(M2) - O haver uma linha aberta, por exemplo, no Centro de Saúde, e nós podermos telefonar, não sei se isso é viável, mas é uma ideia. Haver uma linha aberta, a pessoa telefona, e se tem dúvidas, não precisa de ser aberta, mas se tem dúvidas pode telefonar, podemos conversar*

*(M10) - Acho que sim, tendo essa situação da linha aberta para dizer “olhe, está a acontecer esta situação assim, assim, o que é que eu posso fazer?”*

6. VD Enfermagem, realçada no grupo das mães:

*(M2) - O ir a casa e, havendo essa possibilidade também da parte do Centro de Saúde, dos técnicos, se calhar, ir até mais vezes, (...) Acho, vamos uma semana, “olhe, se calhar, daqui a 15 dias, voltamos cá”, voltamos cá, vamos agora ver, por exemplo, a dar o banho. “Olhe, vamos agora ver como é que é a refeição”, vamos, portanto, haver esta possibilidade porque eu acho que, a partir da visualização da dinâmica da família, se consegue depois perceber o que é que aquela ah o que é que aquela mãe e aquele pai...*

*(M10) - Sim, sim, sim. Acho que sim (referindo-se à visita domiciliária de Enfermagem).*

- 3) ESQUEMA E DURAÇÃO, com referência ao início e término do curso e ao esquema do mesmo:

1. Fase1 Gravidez, proposto como o início do curso, algumas grávidas e profissionais a referirem o início no primeiro trimestre e outros no segundo:

- a. I Trimestre

*(G6) – (...) se calhar, desde o momento que a pessoa sabe que está grávida*

*.(P3) - A começar no início da gravidez e a terminar até ao fim.*

*(P4) - E acho que é a base do início, acho que devia de começar logo durante a gravidez, logo no início da gravidez, eu acho que era, o início.*

*(P7) - (...) no início da gravidez, para fazer grupos idênticos, com o mesmo tempo de gestação.*

#### **b. II Trimestre**

*(G4) – Sim, pronto, porque é assim, nós também somos acompanhadas logo, muito cedo na gravidez. Mas depois, a preparação para o parto (...) torna-se muito tarde (...) tentar aumentar a preparação para um bocado mais cedo, nem que seja, uma profissional, mais na área da saúde mental (referindo-se ao início, antes do III trimestre)*

*(P1) - (...) iniciar, no segundo trimestre, o primeiro trimestre é muito ambivalente e, portanto, as intervenções normalmente preconizam que sejam mais no segundo trimestre*

#### **2. Fase 2 Pós-Parto até aos 6 meses**

*(P2) - (...) eu acho que há ali uma...um...uma margem muito grande, em que ninguém olha para essa mulher que é uma fase muito importante e em que, normalmente, podem surgir dificuldades (...) vem novos desafios, é a introdução da alimentação, (...) juntamente com o início do trabalho, com a introdução numa escola, (...) numa ama, um espaço novo da criança, novos horários e que, que isso vai trazer novos desafios à mulher*

*(P5) - Até elas se sentirem bem. Normalmente elas depois desistem quando têm que ir trabalhar (...) 5-6 meses.*

#### **3. Fase 3 Pós-Parto 6-12 meses**

*(P2) - E o quando terminar, deixar um bocado ao critério da mãe, lá está, aquela mãe que até começou a trabalhar e precisa de, de sair um bocado daquele grupo e ir, mas depois sentem-se confortáveis para... (...) Até voltar porque não está a passar o mesmo, mas que ficou com aquela referência e pode voltar e pode ter ali um apoio.*

*(P5) - Às vezes elas aqui no grupo da recuperação, nós pensamos, estipulamos tipo 12 sessões e, às vezes, elas terminam e ainda continuam. E ficam até elas quererem, até há, muitas vezes, até irem trabalhar, elas gostam de vir, saem de casa, é um escape.*

*(P6) - E acho que, terminar acho que na autonomização da criança, ou seja, 12 meses..*

*(P4) - (...) terminaria no ano. Dado que são situações que ainda acontecem, nessa altura, eu acho que é de prolongar até o ano. Sempre, como a (P5) disse, com disponibilidade das pessoas (...) conjugar a vida familiar e o trabalho, a criança, etc., muitas vezes, cai alguma coisa, mas podendo continuar (...) haver a abertura...*

Em síntese, obtivemos nesta dimensão 157 unidades de registo, agrupadas em 26 categorias.

As áreas temáticas englobam os aspetos relativos à transição para a maternidade e os seus significados; alterações emocionais no período perinatal (fatores de risco e protetores); estratégias e auto cuidados em Saúde Mental Materna; conjugalidade e a sexualidade; importância da rede de apoio familiar e social; gestão de expectativas (idealização maternidade, bebé imaginário/bebé real); estratégias relacionadas com os filhos mais velhos; atividade profissional/ adaptação/ regresso / novos papéis sociais e treino de competências na transição para a parentalidade.

Em destaque surgem os aspetos relacionados com a conjugalidade e sexualidade com 16 unidades de registo; a expressão de emoções: medos e culpas e abordagem de falsas crenças e estigmas, com 14 unidades; a identificação de fatores de risco e estratégias de minimização com 10; a idealização e gestão de expectativas em relação à maternidade, com 9 unidades e o treino de competências parentais/antecipação de situações, bem como relacionadas com os filhos mais velhos, com 8 e 7 unidades respetivamente.

Em relação aos formatos, destaque para os grupos presenciais e em casal (com 20 e 10 unidades) e em plataformas *on-line*, com 10 unidades de registo.

**Tabela 5 – Síntese categorias na Dimensão Sugestões curso de promoção da SMMP e frequência absoluta das Unidades de Registo**

	Categorias	Unidades Registo	Grupos
1 TEMAS	Competências Socio Emocionais	3	Profissionais
	Potenciar os fatores protetores	2	Profissionais
	Identificar fatores de risco e definir estratégias de minimização	10	Profissionais
	Alterações físicas e emocionais decorrentes da gravidez e pós-parto	2	Profissionais
	Expressão de emoções e abordagem falsas crenças e estigmas	14	Profissionais, Mães
	Estratégias para a gestão das alterações emocionais e físicas decorrentes na gravidez, parto e pós-parto	7	Grávidas, Companheiros
	Estratégias de coping, gestão de stresse e hábitos de vida saudáveis	4	Mães
	Idealização da maternidade/ Gestão de expetativas.	9	Profissionais
	Bebé imaginário/bebé real/ Gestão de Expetativas	2	Grávidas
	Projeto de Família conceitos	3	Profissionais
	Conjugalidade e Sexualidade	16	Profissionais, Grávidas, Mães, Companheiros
	Treino de competências Parentais e antecipação de situações	8	Profissionais, Mães
	Amamentação e alternativas	3	Mães
	Estratégias relacionadas com os filhos mais velhos	7	Grávidas, Mães
	Atividade Profissional, adaptação e novos papéis sociais	2	Grávidas, Mães
	Importância da rede de apoio	1	Mães
Primeiros socorros RN	3	Mães	
2 FORMATOS	Grupos Presenciais	20	Profissionais, Grávidas, Companheiros
	Em Casal	10	Grávidas, companheiros
	Intervenções individualizadas e multi culturais	2	Profissionais
	work shops, cursos On-line e Blogs	10	Profissionais, Mães
	Linha Telefónica	1	Mães
	VD Enfermagem	2	Mães
3 ESQUEMA E DURAÇÃO	Fase1 Gravidez		
	I Trimestre	5	Grávidas Profissionais
	II Trimestre	3	Grávidas e Profissionais
	Fase 2 Pós-Parto até aos 6 meses	3	Profissionais
	Fase 3 Pós-Parto 6-12 meses	5	Profissionais

## Síntese e discussão dos resultados

Relativamente a esta dimensão, foram analisados alguns programas, no sentido de comparar os resultados obtidos. Na seleção desses estudos, tivemos como critério ocorrerem ao nível da prevenção primária, serem universais, direcionados a mulheres e a seus companheiros, durante a gravidez e/ou no pós-parto e com resultados empiricamente validados. (Anexo III)

### 1) TEMAS

Os nossos resultados vão ao encontro de alguns aspetos encontrados em programas consultados e analisados, nomeadamente no que se refere à promoção das relações positivas entre o casal (ao nível da comunicação e gestão de emoções), assim como na gestão do stresse, resolução de problemas/ conflitos, treino de competências (assertividade; expressão de emoções) e locus controle interno (Drozd, Haga, Brendryen & Slinning, 2015; Feinberg & Kan, 2011; Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018; Mao, Li, Chiu, Chan & Chen, 2012; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Shorey, Chan, Chong & He, 2014;); na vivência da gestação/puerpério e da sexualidade, das expectativas acerca da parentalidade e no estabelecimento de objetivos e recursos psicossociais para as novas mães. (Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013); e nas alterações psicofisiológicas que ocorrem ao nível da gravidez e no pós-parto (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Fisher, Wynter & Rowe, 2010; Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013; Shorey, Chan, Chong & He, 2014), permitindo um reconhecimento precoce de alterações, bem como o estabelecimento de estratégias de minimização.

Foram também áreas temáticas sugeridas, a importância da vinculação e do reconhecimento dos sinais da criança (Fisher, Wynter & Rowe, 2010; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Wynter & Rowe, 2010; Shorey, Chan, Chong & He, 2014) e as expectativas entre o bebé imaginário e o bebé real (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Fisher, Wynter & Rowe, 2010; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013). Os autores consideram que é necessário promover uma resposta cognitiva e menos emocional dos pais, ao choro da criança, incrementando as suas competências na resposta assertiva às necessidades da criança (Fisher, Wynter, & Rowe, 2010).

A psicoeducação, também é considerada uma estratégia importante no que diz respeito ao conhecimento sobre as alterações emocionais que podem ocorrer durante a gravidez e no período pós-parto (Drozd, Haga, Brendryen & Slinning, 2015; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011). No nosso estudo, este aspeto emergiu como uma intervenção importante no combate ao auto estigma e na capacitação das mulheres para pedir ajuda.

A importância que o suporte social representa neste período é também visível em alguns programas que pretendem promover o desenvolvimento de relações saudáveis e de sistemas de suporte familiar e social (Feinberg, & Kan, 2011; Fisher, Wynter & Rowe, 2010; Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011).

Alguns programas recorrem a técnicas associadas, como exercícios de relaxamento, mindfulness, auto-compassão e ioga (Brooks, PhDc & Wilson, 2019; Hamilton et al., 2016; Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018; Mao, Li, Chiu, Chan & Chen, 2013).

A nível nacional, está em desenvolvimento um programa inserido no Projeto de Investigação – Rastreo, prevenção e intervenção na depressão perinatal, desenvolvido pela equipa do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, intitulado MIM – MOTHER IN ME - tem como objetivo prevenir e intervir precocemente na depressão perinatal. Os conteúdos e estratégias do programa pretendem ajudar as mulheres grávidas a lidarem melhor com a ansiedade, stresse e sintomas depressivos, através de técnicas psicoeducacionais e cognitivo-comportamentais e exercícios de mindfulness e de auto-compassão (“MIM - Bem-estar Perinatal”, s.d).

## 2) FORMATOS

Os grupos presenciais foram considerados no nosso estudo uma vantagem, pela oportunidade de partilha e de ajuda entre os pares, no entanto também emergiu a necessidade de diversificar os formatos, utilizando as novas tecnologias: cursos On-line, Blogues e outros. A esse nível, encontramos alguns programas desenvolvidos em plataformas On-line: “Mamma Mia” (Drozd, Haga, Brendryen & Slinning, 2015; Haga, Drozd, Lisoy, Wentzel-Larsen & Slinning, 2018); “Baby Steps” (Hamilton et al., 2016) e “WWWT- What Were We Thinking” (Fisher, Wynter, & Rowe, 2010) e também uma linha de apoio telefónico: “PANDA- Perinatal Anxiety & Depression Australia National Helpline”. Este tem como objetivo, o suporte e o encaminhamento de situações. A avaliação desta linha de apoio sugeriu a sua continuidade e alerta para a necessidade de programas específicos com profissionais treinados nesta área ao nível dos cuidados de saúde primários (Shafiei, Biggs, Small, McLachlan & Forster, 2018).

A abordagem em equipa multidisciplinar e com outros parceiros da comunidade bem como o desenvolvimento em contexto de domicílio, referidos no nosso estudo, são a base do programa: Serviço de Bem-Estar Perinatal (PWS) – Intervenção para a promoção da saúde mental perinatal desenvolvida na comunidade com profissionais formados e treinados nesta área. Este programa desenvolve-se, recorrendo a intervenções individualizadas e transculturais, a mulheres em risco ou com problemas de saúde mental leves a moderadamente graves, como ansiedade e depressão. O foco da intervenção do enfermeiro de saúde mental é trabalhar ao lado das pessoas e facilitar a identificação das suas forças e recursos para melhorar a sua capacidade de ajustamento (Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018).

O modelo de intervenção familiar de Calgary foi a base de intervenção de um estudo, realizada a casais com grávidas com grandes dificuldades na gestão de emoções, pela sintomatologia depressiva, ansiosa e baixa autoestima, em contexto de visita domiciliária de Enfermagem, verificando-se uma resposta favorável na diminuição dos níveis de ansiedade do casal e na sintomatologia depressiva (Thome & Arnardottir, 2012).

### 3) ESQUEMA/DURAÇÃO

A maioria dos programas analisados iniciam-se na gravidez, (segundo e terceiro trimestre), prologando-se também no pós-parto (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Drozd, Haga, Brendryen, & Slinning, 2015; Feinberg & Kan, 2011; Haga, Drozd, Lisoy, Wentzel-Larsen & Slinning, 2018; Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018; Ickovics et al., 2011; Mao, Li, Chiu, Chan & Chen, 2013; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett, & Charles, 2004; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Moshki, Baloochi Beydokhti, & Cheravi, 2013; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Thome & Arnardottir, 2012) e outros são apenas dirigidos ao pós-parto (Fisher, Wynter, & Rowe, 2010; Hamilton et al., 2011; Shorey, Chan, Chong & He, 2014).

Relativamente ao seu término, grande parte dos programas analisados terminam por volta dos 6 meses após o parto. O PWS (Serviço de Bem-Estar Perinatal) inicia-se na gravidez e dá continuidade do programa até ao primeiro ano de vida da criança (Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018).

### **PARTE III – PROTÓTIPO DE INTERVENÇÃO - PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL EM CSP**

Nesta parte, iremos apresentar as linhas orientadoras para a construção do protótipo de intervenção, tendo em conta a síntese dos achados encontrados no nosso estudo e das evidências disponíveis na literatura consultada acerca de programas de promoção da saúde mental materna.

O protótipo terá por base uma abordagem primária e universal, uma vez que se pretende minimizar a incidência da patologia mental materna, com o controle dos fatores de risco, e universal, enquanto dirigida a toda a população. Esta opção vai ao encontro de alguns autores que defendem que apesar dos resultados, não serem muito significativos, ou seja, representarem pequenas reduções na prevalência da doença na população têm, no entanto, um benefício de saúde pública importante, tendo em conta as consequências para todo o sistema familiar e comunitário. Por outro lado, também são consideradas menos estigmatizantes e por isso, mais facilmente aceitáveis (Fisher, Wynter & Rowe, 2010).

Terá também subjacente uma abordagem psicoeducacional, de forma a capacitar as mulheres para a identificação de sintomas, incentivando-as a procurar ajuda e apoio, desmistificando crenças e sentimentos de culpa, decorrentes do auto estigma associado à doença mental (Haga, Drozd, Lisøy, Wentzel-Larsen, & Slinning, 2018).

#### **6. SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS - CONTRIBUTOS TEMÁTICOS E ABORDAGENS**

As áreas temáticas e as abordagens para a construção do protótipo, emergiram da síntese das categorias relativas às quatro dimensões estudadas: Vivências emocionais maternas, fatores de risco para a SM Materna, fatores protetores para a SM Materna e sugestões para o programa, e das evidências sobre programas de intervenção encontrados na literatura. Os dados serão apresentados na tabela 6 da seguinte forma:

- 1) Síntese das categorias: Vivências emocionais maternas
- 2) Síntese das categorias: Fatores de risco e Fatores protetores
- 3) Síntese das categorias: Sugestões para o Programa;
- 4) Síntese das evidências de programas de promoção de SM Materna;

- 5) Identificação das áreas temáticas e das abordagens a incluir no protótipo do programa.

De uma forma global, as áreas temáticas que emergiram visam a aquisição de competências na transição para a maternidade, a promoção da literacia em saúde mental materna, a promoção dos fatores protetores da saúde mental materna e a minimização/controlar dos fatores de risco.

Em relação às abordagens, confirmou-se a importância das intervenções em grupo, mas também individualizadas; culturalmente sensíveis; desenvolvidas em equipas multidisciplinares e em contexto comunitário.

**Tabela 6 - Síntese dos contributos temáticos para a construção do Protótipo de Promoção da Saúde Mental Materna Perinatal**

1) VIVÊNCIAS EMOCIONAIS MATERNAS	2) FATORES RISCO E PROTETORES	3) SUGESTÕES PARA O PROGRAMA	4) EVIDÊNCIAS: PROGRAMAS DE SM MATERNA PUBLICADOS	5) TEMAS E ABORDAGENS PARA O PROTÓTIPO
ANSIEDADE; MEDOS; FRAGILIDADE/SENSIBILIDADE AUMENTADAS; DESILUSÃO E TRISTEZA RELACIONADAS COM O PARTO	Fatores de Risco: Características desfavoráveis da personalidade materna; Antecedentes psiquiátricos; Privação do sono; Consumos nocivos; Vivência negativa da imagem corporal. Fraco apoio do companheiro e/ou familiar	Identificar fatores de risco e definir estratégias de minimização	Reduzir fatores de risco da DPP e promover fatores protetores (Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011)  Identificar os stressores da maternidade/ parentalidade; estratégias e normalização de sentimentos de stress, isolamento, falta de confiança no pós-parto (Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004)	Fatores de risco para a SM Materna: - Estratégias de minimização
	Idealização da maternidade	Gestão de expectativas  Bebé imaginário/bebé real/ gestão de expectativas	Parentalidade imaginária vs. Real, aspetos difíceis/prazerosos do nascimento da criança, conhecer ganhos e perdas na parentalidade, pensar sobre as experiências (Fisher, Wynter & Rowe, 2010);  Bebé imaginário vs. Bébé real (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014); Sensibilizar as mães sobre as competências de seus filhos e promover o desenvolvimento de uma relação mãe-bebé saudável (Drozd, Haga, Brendryen, & Slinning, 2015); Temperamento da criança; choro, incrementando as competências na resposta assertiva às necessidades da criança (Fisher, Wynter & Rowe, 2010)	Idealização da maternidade: Estratégias na gestão de expectativas.  Competências do bebé – significados, adequação de expectativas e treino de competências



	Projeto de Família conceitos	Expectativas acerca da parentalidade, Gestão de stresse (Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013)	Projeto de gravidez/ maternidade/Família - Significados
Falta de conhecimento para as alterações psicoemocionais maternas	Alterações emocionais decorrentes da gravidez e pós-parto	Aspetos psicológicos envolvidos na transição para a maternidade (Haga, Drozd, Lisoy, Wentzel-Larsen & Slinning, 2018) Estados emocionais no pós-parto (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014)	As alterações emocionais decorrentes da gravidez e do pós-parto /Impacto das alterações físicas e emocionais
Crenças Erróneas; Auto estigma para as alterações psicoemocionais maternas	Expressão de emoções, abordagens de medos e culpas. Abordagem de falsas crenças e estigmas	Medos relacionados com o feto, parto e outros (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014)	Expressão emocional e abordagem de medos, culpas, Abordagem de falsas crenças e estigmas
Dificuldades na conjugalidade/ sexualidade afetada	Conjugalidade e sexualidade	Reforço do relacionamento parental; gestão de conflitos e ajuda aos casais na resolução problemas, princípios da comunicação não violenta (Drozd, Haga, Brendryen, & Slinning, 2015); Desenvolvimento de competências de comunicação p/ gestão de conflitos na relação (antes e após o parto), Relação conjugal, autogestão das emoções e do conflito, resolução de problemas, comunicação, estratégias de suporte mútuo para promover parentalidade positiva. Auxílio na consciência/ antecipação das áreas de insatisfação na coparentalidade e gestão desta através de comunicação positiva, resolução de problemas, técnicas de gestão de conflitos (Feinberg & Kan, 2008); Minimizar as experiências de humilhação através do aumento da compreensão e da empatia, por parte do companheiro (Fisher, Wynter & Rowe, 2010);Gestação/puerpério vs. Sexualidade (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014)	Conjugalidade e sexualidade – Mudanças e significados; Conjugalidade e parentalidade - Reforço da importância do relacionamento parental; Desenvolvimento de competências na comunicação e gestão de conflitos; Gestação/puerpério e sexualidade
Dificuldades filhos mais velhos	Estratégias relacionadas com filhos mais velhos		Estratégias relacionadas com os filhos mais velhos
Fraco apoio familiar. Isolamento Social	Importância da rede de apoio familiar e social	Importância das dinâmicas familiares (Shorey, Chan, Chong & He, 2014); Desenvolvimento de sistema de suporte, relações saudáveis (Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013); Identificar falhas no suporte social (Fisher, Wynter & Rowe, 2010)	Dinâmicas Familiares/ papéis. Importância da rede de apoio

		Sessões de grupo que permitam a troca de experiências, descobertas e informações várias, com extensão à família, em especial ao cônjuge e às avós, visando à participação na gestação/puerpério (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014)	Sessões de grupo: (Apoio interpares) Sessões em casal Sessões com os avós
	Dificuldades na amamentação	Amamentação e alternativas	Amamentação - Conceitos; Treino competências - Abordagem Equipa multiprofissional
	Desafios retorno à vida profissional	Atividade profissional, adaptação e novos papéis sociais	Atividade Profissional – Adaptação / Novos papéis sociais
	Minorias e população migrante	Abordagem em comunidades minoritárias (refugiados, outras etnias), recorrendo a uma prestação de cuidados individualizados, acessíveis, flexíveis, transculturais e baseados nas evidências (Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018)	Intervenções individualizadas e multiculturais
FELICIDADE E BEM ESTAR	Fatores Protetores: Competências maternas presentes	Potenciar os fatores protetores	Fatores Protetores: promoção da SM materna. Autocuidados em Saúde Mental
		Estratégias para a gestão das alterações emocionais decorrentes na gravidez, parto e pós-parto	Competências: - Resolução de problemas - Autoeficácia - Autoajuda - Comunicação positiva - Autoconfiança
	Conhecimento antecipado de situações problemáticas na	Treino de competências parentais e antecipação de situações	Estratégias na gestão das alterações psico emocionais decorrentes da gravidez, parto e pós-parto
		Estabelecimento de objetivos e recursos psicossociais para novas mães (Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013) Compreender cultura de parto e a autogestão, -Resolução de problemas e comunicação positiva, -Exercícios de relaxamento, -Reestruturação cognitiva, -Melhoria na autoconfiança (Hamilton et al., 2016) Significado de autoeficácia e comportamentos de autoajuda (Shorey, Chan, Chong & He, 2014); Resolução de problemas e comunicação positiva e melhoria na autoconfiança (Mao, Li, Chiu, Chan & Chen, 2012)	Comunicação positiva - Autoconfiança
		Emoções e atitudes das mulheres- Ênfase no locus controle interno (Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013); Transição para a maternidade: conhecimentos, técnicas e apoio durante a gravidez e após o nascimento. Tem implícito o treino de competências emocionais, subjacentes a uma abordagem psicológica positiva (Drozd, Haga, Brendryen, & Slinning, 2015)	
		A transição para a maternidade e parentalidade. Fornecer competências de resolução de problemas para lidar com dificuldades futuras ao nível	Transição para a maternidade – Significados Gestão de expectativas/

transição para a maternidade/ parentalidade		emocional e decorrentes da transição para a parentalidade (Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011).	antecipar situações/ cenários. Treinar competências socio-emocionais na transição para a parentalidade
Prática de estratégias de Coping	Estratégias de coping, gestão de stresse e hábitos de vida saudáveis		Estratégias de coping/ gestão do stresse/ hábitos de vida saudáveis
Boas práticas ao nível dos CSP - Cursos de preparação parto; Recuperação pós-parto e parentalidade -Práticas dos profissionais de Saúde percecionadas como facilitadores VD Enfermagem		Abordagem em parceria com a equipa multidisciplinar e outros parceiros da comunidade, em contexto de domicílio (Harvey, Bennetta, Burmeisterb & Wyder, 2018)	Abordagens multidisciplinares: Cursos de Preparação para o parto, recuperação pós-parto e preparação para a Parentalidade. Visita domiciliária de Enfermagem

## 6.1. MODELO TEMÁTICO E DESENHO DE IMPLEMENTAÇÃO

Após a análise do quadro anterior, surge uma proposta do modelo temático que se pretende que seja a base do protótipo a aplicar nos CSP, em contexto de UCC (Tabela 7).

O esquema do modelo proposto foi apresentado aos profissionais da UCC de Abrantes, que trabalham na área, sendo validada a pertinência temática, bem como o formato e o desenho de implementação.

As dificuldades expressas pelos profissionais de saúde na abordagem destes aspetos, também percecionadas pelos restantes participantes, confirmaram a importância do papel destes na promoção do bem-estar materno. Nesse sentido consideramos muito importante a par do desenvolvimento do protótipo, a realização de ações de formação/sensibilização dos profissionais de saúde da área de abrangência da UCC, onde se aplique o protótipo, de forma a desenvolver uma ação conjunta de promoção da saúde mental materna.

Em relação ao formato do protótipo, sugere-se a sua realização em sessões de grupo, se possível de forma presencial, mas também em formato on-line, quando necessário, bem como a disponibilidade de uma linha telefónica direta para os vários profissionais envolvidos.

Sugere-se a integração do protótipo, nos cursos de preparação para o parto, de recuperação pós-parto e de parentalidade, em equipa multidisciplinar e a realização de

visita domiciliária de enfermagem no âmbito da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica sempre que necessário. A este respeito importa sublinhar a importância de flexibilizar a intervenção, indo ao encontro das mulheres, em situação de maior risco e que não possam frequentar o curso de forma presencial. Neste caso sugere-se a aplicação do protótipo em regime domiciliário de acordo com as possibilidades.

Em relação às estratégias, sugere-se a utilização de metodologias ativas (exposição/ conferência; demonstração; role play; discussão orientada; simulação (virtual reality); brainstorming; aprendizagem colaborativa (buzzgroup); jogos e dinâmicas várias.

**Tabela 7 – Modelo temático Protótipo de Promoção da Saúde Mental Materna Perinatal**

UNIDADES	TEMA CENTRAL	PRINCIPAIS ASPETOS A DESENVOLVER
1	<b>“Estou Grávida e agora?”</b> A transição para a maternidade – significados	A transição para a maternidade – significados; Projeto de gravidez/ maternidade/Família – Significados; Dinâmicas Familiares (relações com as famílias de origem; os filhos mais velhos) / Papéis familiares. Idealização na maternidade: Estratégias na gestão de expectativas
2	<b>“Emoções à flor da pele”</b> As alterações Emocionais no período perinatal.	As alterações físicas e emocionais na gravidez, parto e pós-parto – Impactos na SM Materna; Expressão emocional e abordagem de medos e culpas. Abordagem de falsas crenças e estigmas; Fatores de risco SM Materna (Pessoais, obstétricos, familiares, sociais, outros)
3	<b>“Cuidar de mim, é cuidar do meu bebé”</b> Estratégias/ Autocuidados SM Materna	Competências socio-emocionais: Conceitos e treino; Estratégias na gestão das alterações psico emocionais decorrentes da gravidez, parto e pós-parto; Autocuidados em Saúde Mental: Estratégias de <i>coping</i> / gestão de stresse/ Autoestima e hábitos de vida saudáveis
4	<b>“De amantes a pais, de pais a amantes”</b> Conjugalidade e sexualidade – Mudanças e significados	Conjugalidade e sexualidade – Mudanças e significados; Conjugalidade e parentalidade - Reforço da importância do relacionamento parental; Desenvolvimento de competências na comunicação e gestão de conflitos;
5	<b>“Eu e os outros”</b> Importância da rede de apoio familiar e/ou social.	Importância da rede de apoio; Envolvimento da família Aprender a pedir ajuda; Estratégias de comunicação assertiva Atividade Profissional – Adaptação / Novos papéis sociais
6	<b>“Do bebé imaginado ao bebé real”</b> Competências do bebé – significados e adequação de expectativas	Bebé imaginário/ bebé real – Expectativas. Competências do bebé – significados, adequação de expectativas: temperamento, choro e sono do bebé. Treino de competências na resposta assertiva às necessidades da criança.
7	<b>“Quem espera, sempre alcança”</b> Treino de competências na transição para a parentalidade	Transição para a parentalidade – Significados Competências socio- emocionais na transição Treino de competências (No cuidado ao RN, amamentação, etc, - Intervenção Multidisciplinar)
8	<b>“Bem-vindos ao CLUBE”</b> Integração da experiência do nascimento (Período após o parto – 12 meses)	Gestão de expectativas. Consolidação dos aspetos anteriores. Reforçar estratégias de promoção de Saúde Mental Treino de competências (Sessões de grupo em formatos vários; Sessões individualizadas e multiculturais; VD Enfermagem; Equipa Multidisciplinar)

Propõem-se que as unidades temáticas sejam desenvolvidas em várias sessões ao longo do período sugerido no modelo esquemático de implementação do protótipo (Figura 21).

No período após o parto e até ao 1º ano de vida do bebé, a unidade 8 pretende consolidar as unidades anteriores, reforçando as estratégias de promoção de saúde mental e o treino de competências. Perspetivando a possibilidade de algumas mães e pais integrarem o curso apenas nesta fase, torna-se imprescindível ir ao encontro das necessidades individuais e do grupo nos processos de transição para a parentalidade e nos formatos mais adaptados às disponibilidades das famílias (workshops fim de semana, sessões on-line, etc).

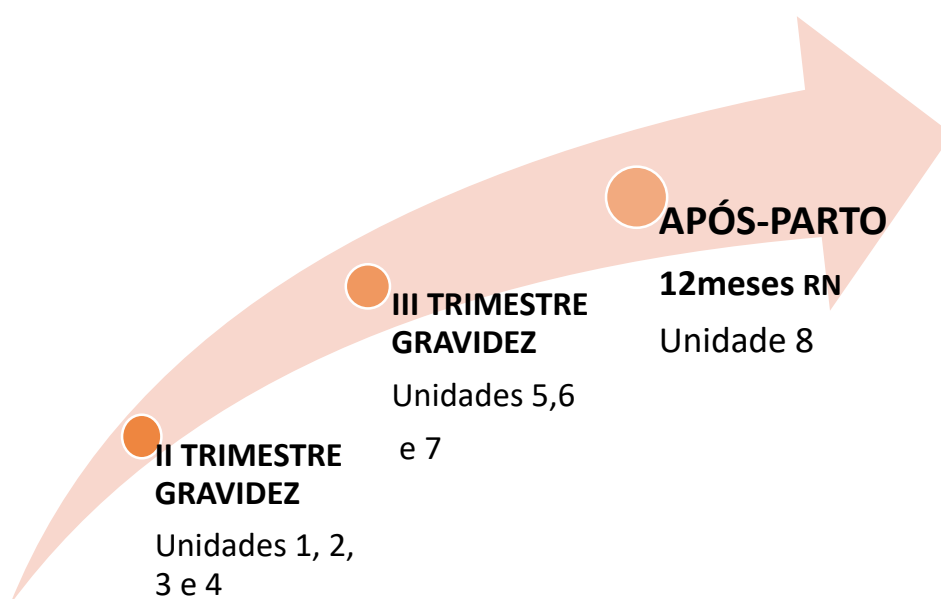


Figura 21 – Modelo esquemático de implementação do protótipo

## 6.2. AVALIAÇÃO DO PROTÓTIPO: VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

O processo de ensaio do protótipo terá como objetivos principais: avaliar o efeito da implementação do programa de Promoção da Saúde Mental Materna; aferir a adequabilidade das temáticas apresentadas, identificando outras que poderão ser incluídas no programa e avaliar a adesão e o grau de satisfação dos participantes em relação ao desenvolvimento do protótipo.

Assim, tendo em conta os objetivos atrás mencionados, recomenda-se um processo de avaliação do protótipo com duas etapas distintas: uma centrada no efeito da aplicação do protótipo, tendo em conta as variáveis selecionadas (Humor materno;

auto-eficácia materna; qualidade da relação conjugal; suporte social percebido e bem estar subjetivo) e outra direcionada à avaliação temática do programa, através da apreciação dos participantes relativamente aos conteúdos e processos de desenvolvimento das sessões.

Para avaliar o humor materno, sugere-se a **Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo** de Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo (1996) traduzida e validada para a população portuguesa, da versão original *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* de Cox, Holden e Sagovsky (1987). A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar consistência interna adequada (alfa de Cronbach = 0,87).

Para avaliar a perceção de autoeficácia parental propõem-se a escala: **Perceção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM)** traduzida para português do brasil por Barnes e Adamson-Macedo, 2015, sendo a original designada por *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy*, de Barnes e Adamson-Macedo (2007) A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0.86), e ser aplicável a mulheres com crianças de idade inferior a 2 anos.

Para avaliar a Qualidade da Relação Conjugal, sugere-se a **Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)** de Narciso e Costa 1996. A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar elevada consistência interna (alfa de Cronbach = 0,971).

Para avaliar o Suporte Social Percebido, propõem-se a **Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)**, de Zimet e colaboradores (1988), traduzida por Carvalho, e colaboradores, 2011. A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0.94), assim como adequada validade fatorial e validade de construto.

Para avaliar o Bem-Estar Subjetivo sugere-se a **Escala de Florescimento Humano**, traduzida da versão original *Flourishing Scale* de Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi & Biswas-Diener, (2010), por Batista, (2011). A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar adequada consistência interna (alfa de Cronbach = 0.87) e ser um bom complemento a outras escalas de Bem-Estar Subjetivo.

Em relação aos procedimentos de aplicação propõem-se a utilização dos instrumentos, atrás mencionados, no início do programa, 1 mês após o parto e no final do programa (12 meses após o parto).

Relativamente à avaliação temática do projeto, no final de cada unidade, sugerimos a aplicação de um instrumento, onde cada participante possa expressar a sua opinião de forma anónima sobre os aspetos relacionados com a relevância e explicitação dos temas, tempos e metodologias aplicados; qualidade/quantidade dos materiais utilizados e sugestões temáticas ou metodológicas.

## CONCLUSÃO

Os processos que envolvem a transição para a maternidade, presentes em todo o período perinatal, são bastante complexos, abarcando um conjunto de dimensões experienciadas pela mulher, do ponto de vista biológico, psicológico e social, com significados muito relevantes para a saúde mental materna. Como referido anteriormente, toda a problemática que envolve a saúde mental neste período, tem corolários importantes e consequências para a saúde pública pelo impacto em todo o sistema familiar e social.

O presente estudo surgiu da necessidade de aprofundar a compreensão de todos estes aspetos no sentido de desenvolver uma resposta de saúde direcionada para a promoção da saúde mental materna, através de uma prática baseada na evidência.

A opção pela abordagem metodológica qualitativa foi ao encontro dos objetivos do nosso estudo, sendo de destacar a realização de 3 *focus groups*, que permitiu alcançar uma compreensão muito mais profunda deste fenómeno, pelas várias perspetivas, vivenciadas pelas grávidas e mães e percecionadas pelos companheiros destas e pelos profissionais de saúde que acompanham mulheres neste período, ao nível dos CSP.

Da análise de conteúdo emergiram 628 unidades significativas que foram agrupadas em 78 categorias e 55 subcategorias, relativas às 4 dimensões estudadas: 1) Vivências Emocionais maternas; 2) Fatores de risco percecionados para a saúde mental materna; 3) Fatores protetores percecionados para a saúde mental materna e 4) Sugestões Curso Promoção da Saúde Mental Materna.

A síntese dos resultados do nosso estudo e das evidências encontradas na literatura, permitiu a construção de um protótipo de intervenção para a promoção da saúde mental materna em CSP e no âmbito da ESMP.

As principais considerações conclusivas em cada dimensão estudada, bem como relativas ao protótipo de promoção da saúde mental materna, foram as que de seguida se apresentam:

- **Vivências Emocionais Maternas**

As vivências emocionais maternas que ocorrem em todo o período perinatal, são uma expressão muito importante na forma como cada mulher vivencia o processo de transição para a maternidade.

No nosso estudo, as grávidas e as mães compartilharam vários estados emocionais desde a gravidez, parto e pós-parto até ao período onde se encontravam. A ansiedade foi a vivência mais referida em todas as fases. Na gravidez, associada ao risco de perda do bebé, a possíveis malformações, relacionadas com o risco de desemprego e quando na presença de outros filhos, com a capacidade de amar e cuidar da mesma forma. No pós-parto, relacionada com o desenvolvimento do bebé, com a separação e com a competência materna nos vários papéis: parental, familiar e social. Os medos relatados, tanto pelas grávidas, como pelas mães, aparecem relacionados com o momento do parto e o medo da dor, por desconhecimento ou por experiências negativas anteriores. O medo da síndrome de morte súbita do bebé, também foi referido no nosso estudo, bem como de não saber atuar face a situações graves (e.g. obstrução da via aérea). O aumento da sensibilidade e fragilidade, bem como a labilidade emocional foram percebidas pelas grávidas e mães como decorrentes das alterações hormonais, trazendo sofrimento materno pelas situações vivenciadas nas relações familiares, nomeadamente com o parceiro e outros filhos. A tristeza e a desilusão relacionada com o parto, foram experienciadas por algumas mães do nosso estudo na sequência de partos traumáticos e/ou associada a quebras de expectativas face a uma idealização desse momento. As experiências vivenciadas transmitiram elevada emoção e sofrimento. Em um dos casos é referido também o sofrimento do parceiro. O *blues* pós-parto foi percebido e vivenciado pelas mães como um processo normal e espectável. A informação antecipada do seu significado, foi referido como tranquilizador na vivência deste estado emocional. A felicidade e bem-estar, referido por algumas mães em todo o processo, foi sustentando pelo decurso tranquilo das várias fases e por partos sem intercorrências.

Do ponto de vista dos companheiros presentes no grupo de grávidas e de mães, a sua percepção foi coincidente para um aumento da sensibilidade e fragilidade em todo o período, bem como da ansiedade, que surge face ao risco de perda de bebé e face à competência materna.

Os profissionais de saúde e de acordo com a sua experiência profissional, referiram que as perturbações ansiosas, são as mais frequentes, tanto na gravidez, como no pós-parto, sendo percebida na gravidez como uma ansiedade relacionada com o medo de perder o bebé e as malformações no desenvolvimento e no pós-parto, com a competência materna relacionada com o desempenho do papel materno. Também nos relataram situações ao nível das perturbações do humor, com referência a sintomatologia depressiva em todo o período perinatal, embora refiram ser mais comum no pós-parto. No entanto suspeitam que já se encontra presente na gravidez, mas que nem sempre é diagnosticada, pela ausência ou deficit de formação específica dos profissionais nesta área e/ou pela falta de tempo para uma correta avaliação. A



manifestação da sintomatologia perto dos 12 meses de vida do bebé, confirmou neste ponto, a importância da atenção à saúde mental materna em todo o período perinatal e não apenas ao período considerado pelas classificações diagnósticas. Neste contexto, também houve referência a uma tentativa de suicídio no pós-parto. Os estudos confirmam um risco acrescido no período perinatal, sobretudo quando relacionada com alterações psicopatológicas. As perturbações do sono, também foram referidas, como muito frequentes e em alguns casos com manifestações graves e com necessidade de intervenção terapêutica, estando presentes desde a gravidez. Na opinião dos profissionais de saúde, estas perturbações aparecem mais relacionadas com possíveis alterações psicossomáticas e, não apenas decorrentes do cuidar do bebé. A este nível, sublinharam o papel importante do sono, na regulação emocional, referindo a relação deste com o bem-estar materno e com o agravamento ou manutenção das perturbações ansiosas e de humor que observam.

- **Fatores de risco percecionados para a saúde mental materna;**

O estudo dos fatores de risco tem sido considerado pelos autores muito importantes na compreensão e construção de respostas preventivas e promotoras da saúde mental materna. A abordagem qualitativa do nosso estudo pretendeu conhecer os fatores percecionados a este nível, pelos vários participantes.

Os grupos foram muito concordantes em várias áreas, tendo sobressaído os fatores pessoais relacionados com a mulher, como idade materna, traços de personalidade desfavoráveis, crenças erróneas sobre a felicidade associada e sobre os papéis maternos, idealização da maternidade, falta de mecanismos de coping, vivência negativa das alterações corporais e privação do sono; com o fraco suporte social e familiar, sobretudo do companheiro e com as práticas dos profissionais de saúde nesta área, percecionadas como dificultadoras.

Com menos ênfase, emergiram categorias ao nível pessoal, relacionados com os antecedentes psiquiátricos, complicações de saúde, consumos nocivos e relacionadas com dificuldades na amamentação, pela pressão social e pelas práticas profissionais inadequadas e por vezes estigmatizantes; ao nível obstétrico: a primiparidade e as complicações anteriores ou atuais, como um parto traumático; relacionadas com o RN: temperamento do RN percecionado como difícil e as complicações de saúde. Nos fatores familiares, emergiram categorias relacionadas com as relações familiares, como a presença de conflitos e com a intromissão nos papéis maternos e relacionadas com os filhos mais velhos, pela dificuldade no papel parental e na gestão da aceitação do irmão/bebé. Ao nível do companheiro, destaque também para as alterações ao nível da conjugalidade e da sexualidade. Ao nível social, emergiram categorias relacionadas com a situação socioeconómica, minorias populacionais e ao nível laboral, pela

presença de elementos causadores de desgaste físico e emocional, pelos desafios com o retorno à vida profissional ou pelo risco de desemprego. A triagem da informação disponível, tendo em conta a facilidade de acesso e a capacidade de triar a informação fidedigna, também emergiu como uma categoria de risco ou dificultadora para o bem-estar materno.

Sublinhar que foi transversal aos 3 *focus groups*, a importância do papel dos profissionais de saúde a este nível, cujas práticas foram percecionadas em muitas situações como dificultadoras e pouco sensíveis. Os próprios profissionais referiram grandes dificuldades, por falta de formação e tempo para abordar as questões da saúde mental materna em todo o processo.

- **Fatores Protetores percecionados para a saúde mental materna**

Nos fatores protetores ou facilitadores para a saúde mental materna percecionados, destaque para o apoio e a presença do pai/companheiro em todo o processo e uma boa rede de suporte familiar; as competências maternas, como os aspetos favoráveis da sua personalidade e a prática de estratégias de *coping*.

A frequência de cursos de preparação para o parto e as boas práticas dos profissionais de saúde, relacionadas com a disponibilidade e a empatia/ sensibilidade aos aspetos da saúde mental materna, foram considerados fatores protetores muito importantes, pela possibilidade de partilha e apoio interpares, possível nos cursos e pela possibilidade de abertura das mulheres para partilhar dificuldades e pedir ajuda face à disponibilidade/ sensibilidade dos profissionais de saúde a este nível.

A gravidez planeada e a multiparidade, a idade materna mais jovem, a qualidade da relação conjugal e sexual; a ocupação /atividade profissional gratificante e o regresso à vida profissional; o acesso a cuidados especializados no âmbito da saúde mental; a visita domiciliária de enfermagem e as boas práticas no acesso à informação disponível, também surgiram como fatores protetores, embora com menos destaque.

- **Sugestões Curso Promoção da Saúde Mental Materna**

Nesta dimensão, as áreas temáticas para o curso de promoção da saúde mental sugeridas pelos participantes englobaram genericamente os aspetos relativos à transição para a maternidade e os seus significados; alterações emocionais do período perinatal: fatores de risco e protetores; estratégias e auto cuidados em saúde mental; conjugalidade e sexualidade; importância da rede de apoio familiar e social; atividade profissional: adaptação e novos papéis sociais e o treino de competências na transição para a parentalidade.

Em destaque surgiram os aspetos relacionados com a expressão de emoções e a abordagens de falsas crenças e estigmas; a identificação de fatores de risco e

estratégias de minimização; a idealização e a gestão de expectativas em relação à maternidade, a conjugalidade e sexualidade e o treino de competências parentais.

Em relação aos formatos, destaque para os grupos presenciais e em casal e em plataformas On-line.

Em relação ao esquema e duração, é proposto o seu início na gravidez, entre o I e II trimestre e o seu término aos 12 meses de vida do bebé.

- **Protótipo de promoção da Saúde Mental Materna Perinatal**

Após a realização da síntese dos achados do nosso estudo e das evidências encontradas em programas de promoção da saúde mental materna disponíveis na literatura consultada, foi possível identificar as áreas temáticas e as abordagens para a construção do Protótipo.

De uma forma global, as áreas temáticas que emergiram visam a aquisição de competências na transição para a maternidade, a promoção da literacia em saúde mental materna, a promoção dos fatores protetores da saúde mental materna e a minimização/controlar dos fatores de risco.

O protótipo inclui 8 áreas temáticas:

**1)** A transição para a maternidade – significados; Projeto de gravidez/maternidade/família – Significados; Dinâmicas familiares (relações com as famílias de origem; os filhos mais velhos) / Papéis familiares. Idealização na maternidade: Estratégias na gestão de expectativas;

**2)** As alterações físicas e emocionais na gravidez, parto e pós-parto – Impacto na SM Materna; Expressão emocional e abordagem de medos, culpas, falsas crenças e estigmas; Fatores de risco SM Materna (Pessoais, obstétricos, familiares, sociais, outros);

**3)** Competências socio-emocionais: Conceitos e treino; Estratégias na gestão das alterações psico emocionais decorrentes da gravidez, parto e pós-parto; Auto-cuidados em Saúde Mental: Estratégias de coping/ gestão de stresse/ Autoestima e hábitos de vida saudáveis;

**4)** Conjugalidade e sexualidade – Mudanças e significados; Conjugalidade e parentalidade - Reforço da importância do relacionamento parental; Desenvolvimento de competências na comunicação e gestão de conflitos;

**5)** Importância da rede de apoio: Envolvimento da família; Estratégias de comunicação assertiva; Atividade profissional – adaptação / Novos papéis sociais;

**6)** Bebé imaginário/ bebé real – Expectativas; Competências do bebé – significados: Adequação de expectativas: temperamento, choro e sono do bebé; Treino de competências na resposta assertiva às necessidades da criança;

7) Transição para a parentalidade – Significados: Competências socio-emocionais na transição; treino de competências (No cuidado ao RN, amamentação, etc, - Intervenção multidisciplinar);

8) Integração da experiência do nascimento: Gestão de expectativas; Consolidação das áreas temáticas anteriores; Reforço estratégias de promoção de Saúde Mental; Treino de competências.

O modelo esquemático da implementação do protótipo propõe o seu início no II trimestre de gravidez e o término no final do primeiro ano de vida do bebé.

Em relação às abordagens, propõem-se a realização de sessões de grupo em formatos vários (Presencial e On-line); sessões individualizadas e culturalmente sensíveis e a realização de visita domiciliária de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Sugere-se também a integração do protótipo nos cursos de preparação para o parto, de recuperação pós-parto e de parentalidade e em contexto de equipa multidisciplinar.

O modelo foi apresentado à equipa da UCC de Abrantes, que validou a pertinência temática, bem como as várias abordagens propostas.

A par do desenvolvimento do protótipo, sugerimos a realização de ações de formação aos profissionais de saúde dos CSP, tendo sido proposto ao departamento de formação do ACES Médio Tejo, uma formação a este nível, de forma a partilhar os resultados do estudo e a promover práticas de acordo com as evidências científicas.

### **Implicações para a prática de cuidados e para a investigação**

Apesar das limitações do estudo decorrentes do próprio desenho de investigação, consideramos importantes as implicações para a prática de cuidados, nomeadamente:

- O estudo confirma a importância dos aspetos que envolvem a transição para a maternidade, pelo impacto na saúde mental materna no período perinatal sendo determinante a construção de respostas de saúde promotoras do bem-estar materno;

- A construção de um protótipo inovador no âmbito da ESMP para a promoção da saúde mental materna no período perinatal, desenvolvido em contexto de UCC, em equipa multidisciplinar e cujo modelo e desenho de implementação proposto assenta na síntese de evidências científicas;

- A proposta de formação específica nesta área dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres no período perinatal, de forma a tornar as práticas mais adequadas e sensíveis aos aspetos da saúde mental materna.

No âmbito da investigação futura, pensamos que este estudo poderá dar suporte a pesquisas realizadas neste âmbito, aprofundando igualmente o percurso do pai/companheiro(a), de outros filhos, bem como dos avós, numa perspetiva transgeracional,

cujas vivências se cruzam e certamente se influenciam na promoção da saúde mental e bem-estar de toda a família. Por outro lado, também poderá ser determinante para a avaliação do protótipo proposto, que se espera que se realize em contexto de investigação empírica, permitindo a sua validação e difusão junto dos Serviços de Saúde.

Consideramos ter cumprido os objetivos do estudo e demonstrado a sua pertinência no contexto da prática do EESMP em CSP, pela emergência de respostas especializadas ao nível da promoção da saúde mental materna.

Esperemos que os resultados obtidos nesta investigação, divulgados oportunamente na comunidade científica, possam contribuir, para o aumento do conhecimento e para a melhoria das práticas ao nível da promoção da saúde mental materna. A divulgação preliminar de resultados, no XI Congresso da ASPESM 2020 – “Mais Saúde Mental” através de uma comunicação oral sob a forma de Poster Científico, foi o início deste caminho, que esperamos dar continuidade.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 64-77
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anding, J. E., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B., & Christiansen, H. (2016). Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *Journal of Affective Disorders*, 190, 300–309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.033>
- Arrais, A., & Araújo, T. (2017). Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 828-845. Doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180316>
- Arrais, A., Mourão, M., & Fragalle, B. (2014). Pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. Doi: 10.1590/S010412902014000100020
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26,135-141. doi: 10.1017/S0033291700033778
- Bariman, M., Vikström, A., Rosander, M., Frykedal, K.F., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 537-546.
- Boyce, P., & Condon, J. (2001). Psychological debriefing. Providing good clinical care means listening to women's concerns. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 322(7291), 928.
- Brooks, E. J., & Wilson, D. R. (2019). Reducing Stress and Anxiety During Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, 34 (1), 23-26.
- Byatt, N., Biebel, K., Lundquist, R. S., Simas, T. A., Debordes-Jackson, G., Allison, J., & Ziedonis, D. (2012). Patient, provider, and system-level barriers and facilitators to addressing perinatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 305, 436-449.

- Canavarro, M. C. (2009). *Uma perspetiva desenvolvimentista e ecológica sobre a adaptação na transição para a maternidade*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora
- Camarneiro, A. P. (2007). *Gravidez de risco e desenvolvimento do bebé*. Coimbra: Formasau.
- Camarneiro, A. P. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. (Tese Doutoramento). Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Departamento de Psicologia, Portugal.
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2020). Emotional states and psychopathological symptoms in couples during pregnancy and post-partum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39. DOI: 10.1080/02646838.2020.1814226
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2014). Contributo dos fatores psicológicos na ocorrência do parto pré-Termo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 113-121. doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.595
- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 2(V), 39-49.
- Carvalho, S., Pinto-Correia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011) Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). *PSYCHOLOGICA - Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 309-358. DOI: [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_13](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13)
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Dennis, C., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 210 (5) DOI: 10.1192 / bjp.bp.116.187179
- Diener, E., Wirtz, D., & Tov, W. (2010). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res.*, 39, 247-266.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Autor.



- Drozd, F., Haga, S., Brendryen, H., & Slinning, K. (2015). An Internet-based intervention (mamma mia) for postpartum depression: Mapping the development from theory to practice. *JMIR Research Protocols*, 4(4), 1- 17. Doi:10.2196/resprot.4858. <https://www.researchprotocols.org/2015/4/e120>
- Emmanuel, E., St John, W., & Sun, J. (2012). Relationship between Social Support and Quality of Life in Childbearing Women during the Perinatal Period. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing- JOGNN*, 41, 62-70.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>
- Feinberg, M., & Kan, M. (2008). Establishing Family Foundations: Intervention Effects on coparenting, parent/infant well-being, parent-child relations. *J Fam Psychology*, 22(2), 253-263. Doi:10.1037/0893-3200.22.2.253.
- Fisher, J. R., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2010). Innovate psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. *BMC Public Health*, 10(432), 1-15.
- Fonseca, A., & Canavarro M.C. (2017). *Depressão pós-parto*. In PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde – Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana Editora. Recuperado em maio, 2019 em <http://hdl.handle.net/10316/45085>
- Fortin, M.F. (2009). *O Processo de investigação* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência
- Galego, C., & Gomes, A. (2005). Emancipação, rutura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184.
- Guerra, M. J., Braga, M. C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed.Esp.1), 117-124. Recuperado em 09 de março de 2019, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&tlng=pt).
- Haga, S.M., Drozd, F., Lisøy, C., Wentzel-Larsen, T., & Slinning, K. (2018). MammaMia – A randomized controlled trial of na internet-based intervention for perinatal depression. *Psychological Medicine* 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002544>
- Hamilton, K., Kavanagh, D., Connolly, J., Davis, L., Fisher, J., Halford, K., ... & Wittkowski, A. (2016). Baby Steps- An online program promoting the well-being of new mothers and fathers: a study protocol. *JMIR Research Protocols*, 5(3), 1-11. Doi: 10.2196/resprot.5706.

- Harvey, S. T., Bennett, J. A., Burmeister, E., & Wyder, M. (2018). Evaluating a nurse-led community model of service for perinatal mental health. *Collegian*, *5* (25), <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.12.005>
- Ickovics, J., Reed, E., Magriples, U., Westdahl, C., Rising, S., & Kershaw, T. (2011). Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: Results from a randomised controlled trial. *Psychol Health*, *26*(2), 235-250. Doi:10.1080/08870446.2011.531577.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: Um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, *4*(8), 371-376.
- Krob, A., Godoy, J., Leite, K., & Mori, S. (2017). Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsividade Materna Nesse Contexto. *Revista Psicologia e Saúde*, *9*, (3), 3-16 DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.565>
- Le, H., Perry, D. F., & Stuart, E. A. (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *79*(2), 135-141. doi:10.1037/a0022492
- Lindahl, V., Pearson, J.L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, *8*, 77-87. doi:10.1007/s00737-005-0080-1
- Macedo, A.F., & Pereira, A. T. (Coords) (2014). *Saúde Mental Perinatal*. Lisboa: Lidel.
- Macedo, AF, Pereira, A.T., & Marques, M. (2014). Psiquiatria Perinatal – Perspetiva histórica e aspetos nosológicos. In A.F. Macedo & A.T. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp. 3-25). Lisboa: LIDEL
- Maia, B.R., Pereira, A.T., Marques, M., Soares, M.J., Bos, S., Valente, J., & Macedo, A.F. (2014). Personalidade e depressão perinatal. In A.F. Macedo & A.T. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp. 27- 49). Lisboa: LIDEL
- Mao, H., Li, H., Chiu, H., Chan, W., & Chen, S. (2012). Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in chinese women. *Perspectives in Psychiatric Care*, *48*, 218-224. Doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00331.x.
- Marques, M., Pereira, A.T., Bos, S., Soares, M.J., Maia, B.R., Valente, J., & Macedo, A.F. (2014). Aspetos clínicos e fatores de risco psicossociais da depressão perinatal. In A.F. Macedo & A.T. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp. 27-49). Lisboa: LIDEL
- Marques, M., Pereira, A.T., Soares, M.J., Bos, S., Maia, B.R., Valente, J. & Macedo, A.F. (2014). Intervenções psicoterapêuticas. In A.F. Macedo & A.T. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp.221-239). Lisboa: LIDEL

- Matthey, S., Kavanagh, D., Howie, P., Barnett, B., & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79, 113-126. Doi:10.1016/S0165-0327(02)00362-2.
- McQueen, K., Montgomery, P., Lappan-Gracon, S., Evans, M., & Hunter, J. (2008). Evidence-Based Recommendations for Depressive Symptoms in Postpartum Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(2), 127–136. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00215.x
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation-specific Theories in nursing research*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. In: Meleis, A. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp.65-72) New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I, Sawyer, L. M., Im, E. O., Hifinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A., Swendsen, L., & Jones, D. (2010). Preventive role supplementation: a grounded conceptual framework. In Meleis, A. *Transitions theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practise*. (pp. 514-522). New York: Springer Publishing Company,
- Mendes, I. M. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Porto, Portugal
- Mercer, R (2010) Becoming a mother versus maternal role attainment. In: A.I. Meleis (Coord.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 226-232). New York: Springer Publishing Company.
- Milgrom, J., Schembri, C., Eicksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130, 385-394. Doi: 10.1016/j.jad.2010.10.045.
- MIM- Bem-estar Perinatal (s.d). recuperado de bemestarperinatalfmuc.wordpress.com
- Monteiro, A.P., & Mendes, A. (2013). Multicultural care in nursing-From the theoretical paradigm to the subjective experiences in clinical settings. *Open Journal of Nursing*, 3(8), 557-562. Doi: 10.4236/ojn.2013.38076.
- Moshki, M., Baloochi Beydokhti, T., & Cheravi, K. (2013). The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. *Journal of Clinical Nursing*, 23,(15-16), 2256–2263. doi:10.1111/jocn.12505

- Nagle, U., & Farrelly, M. (2018). Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, 66, 79-87. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)*  
Recuperado: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/887/2/18671\\_ulsd\\_dep.17500\\_Anexo\\_EASAVIC.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/887/2/18671_ulsd_dep.17500_Anexo_EASAVIC.pdf)
- Nogueira, V., Marques, M., Roque, C., & Pereira, A.T. (2014). Ansiedade perinatal. In A.F. Macedo & A.T. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp.77-99). Lisboa: LIDEL
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258–1269. doi:10.1002/jclp.20644
- O'Hara, M., & McCabe, J. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual review of clinical psychology*, 9. Doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.
- Pereira, A.T., Boss, S., Marques, M., Soares, M.J., Maia, B.R., Valente, J., Nogueira, V., Roque, C., & Macedo, AF (2014). Rastreio da depressão e ansiedade. In A.F. Macedo & A.T. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp.101-126). Lisboa: LIDEL
- Phipps, M., Raker, C., Ware, C., & Zlotnick, C. (2013). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 192- 194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.12.036.2>
- Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto. Diário da República nº 151/2018 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Rouhi, M., Stirling C., Ayton, J., & Crisp, E. (2019). Women's help-seeking behaviours within the first twelve months after childbirth: A systematic qualitative meta-aggregation review. *Midwifery*, 72, 39–49. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.02.005>
- Shafiei, T., Biggs, L. J., Small, R., McLachlan, H. L., & Forster, D. A. (2018). Characteristics of women calling the PANDA Perinatal Anxiety & Depression Australia National Helpline: a cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*. doi:10.1007/s00737-018-0868-4
- Shorey, S., Chan, S., Chong, Y., & He, H. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *JAN: Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*. Doi: 10.1111/jan.12590.

- Stanevaa, A., Bogossianb, F., Morawskaa, A., & Wittkowskic, A. (2017). "I just feel like I am broken. I am the worst pregnant woman ever": A qualitative exploration of the "at odds" experience of women's antenatal distress. *Health care for women international* 38(6), 658–686. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2017.1297448>
- Thome, M., & Arnardottir, S. B. (2012). Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: A single group before and after study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4),805-816.
- Tripathy, P. (2020). A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 49. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101747>
- Tristão, R., Neiva, E., Barnes, C., & Adamson-Macedo, E. (2015). Validação da Escala Percepção de Autoeficácia da parentalidade materna em Amostra Brasileira. *Journal of Human Growth and Development*, 25 (3), 1-10. DOI: 10.7322 / jhgd.96759. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/96759/105920>
- Valente, J., & Macedo, AF. (2014). Fatores de risco neurobiológicos de depressão perinatal. In A.F. Macedo & A.T. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp. 51-76). Lisboa: LIDEL
- Watson, H., Harrop, D., Walton, E., Young, A., & Soltani, H. (2019). A systematic review of ethnic minority women's experiences of perinatal mental health conditions and services in Europe. *PLOS ONE*, 14(1), e0210587. doi:10.1371/journal.pone.0210587
- World Health Organization (2015). *Maternal mental health*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)
- World Health Organization. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*. Geneva: World Health Organization. Recuperado [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567\\_eng.pdf;jsessionid=0B9AB56FF0C3FBE2E9C89C2BF73CC250?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43846/9789241563567_eng.pdf;jsessionid=0B9AB56FF0C3FBE2E9C89C2BF73CC250?sequence=1)
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M.G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
- WPA (2017) - *The 'WPA Perinatal mental health position statement*. Recuperado de [http://www.wpanet.org/uploads/Position\\_Statement/WPA%20perinatal%20position%20statement%20FINAL.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA%20perinatal%20position%20statement%20FINAL.pdf)

- Wylie, L., Holiins Martin, C. J., Marland, G., Martin, C. R., & Rankin, J. (2011). The enigma of post-natal depression: an update. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 48-58.
- Zengin, H., Bafali, I.O., Caka, S.Y., Tiryaki, O., & Cinar, N. (2020) Childbirth and postpartum period fear and the related factos in pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak*; 30(2), 144-148.

**ANEXOS**





**ANEXO I - Autorização Comissão de Ética da Unidade de Investigação em  
Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA-E)**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

**Parecer Nº 604/ 07-2019**

**Título do Projecto: "Promoção da saúde mental materna perinatal" Da evidência científica à construção de um protótipo de intervenção em cuidados de saúde primários**

### Identificação das Proponentes

Nome(s): Maria da Graça Gonçalves Bento Sebastião

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e ACES Médio Tejo

Investigador Responsável/Orientador: Ana Paula Monteiro, Ana Paula Carmaneiro e Maria da Graça Gonçalves Bento Sebastião

**Relator:** Ana Margarida Abrantes

### Parecer

De acordo com os autores, dados recentes revelam que 10-15% das mulheres apresentam sintomas depressivos moderados a graves durante a gravidez e no período pós-parto. Assim, os autores definem como objetivo deste projeto construir um protótipo de promoção de saúde mental materna perinatal no âmbito da enfermagem especializada de saúde mental psiquiátrica em cuidados de saúde primários.

Este estudo, definido como um estudo de nível I, descritivo exploratório recorrendo à metodologia qualitativa, decorrerá entre setembro de 2019 e julho de 2020, estando prevista a recolha de dados para os meses de outubro e novembro de 2019.

A amostra, não probabilística será constituída por participantes pertencentes à área de abrangência da unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes, que se disponibilizem para participar na investigação de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os instrumentos de recolha de dados são apresentados assim como o consentimento informado sendo garantida a confidencialidade, a voluntariedade e a autonomia das participantes, estando identificados também os benefícios para os sujeitos da investigação. Não estão previstos qualquer custo ou necessidade de compensação para os participantes.

Sendo assim, somos do parecer que para o projeto poder ser aprovado sem restrições de natureza ética. O presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido.

O relator: 

Data: 18/09/2019 O Presidente da Comissão de Ética: 



**ANEXO II – Autorização Comissão Ética ARSLVT; Autorização do ACES Médio  
Tejo e Autorização da UCC Abrantes;**



Exma. Senhora

Dr.ª Maria da Graça Sebastião

[graca\\_bento@arslvt.min-saude.pt](mailto:graca_bento@arslvt.min-saude.pt)

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		9028/CES/2019	

**Assunto: A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERI-NATAL - Da Evidência Científica à construção de um Programa/Protótipo de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 10.11.2019, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

  
O Conselho Directivo  
LUÍS PISCO  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.

### Autorização

Maria Sofia Theriaga Mendes Varanda Gonçalves, enquanto Diretora Executiva Do ACES Médio Tejo, autorizo a realização de um trabalho de investigação com a temática: "A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERI-NATAL – da Evidência Científica à construção de um Programa/Protótipo de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários", e informo que o ACES Médio Tejo tem as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições adequadas.

Diretora Executiva do ACES Médio Tejo

  
Maria Sofia Theriaga Mendes Varanda Gonçalves

### AUTORIZAÇÃO

Helena Raquel Olhicas Frade de Jesus, enquanto Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes (UCC), autorizo a realização de um trabalho de investigação com a temática: "A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERI-NATAL – Da Evidência Científica à Construção de um Programa/Protótipo de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários". Sublinho que a Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes tem as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições adequadas.

Coordenadora da UCC de Abrantes

  
Helena Raquel Olhicas Frade de Jesus



**ANEXO III - Estudos sobre Programas de Promoção de Saúde Mental Materna**

**Perinatal**



## Estudos sobre Programas de Promoção de Saúde Mental Materna Perinatal

<b>Título</b>	<b>Mamma Mia – A randomized controlled trial of an internet-based intervention for perinatal depression</b>
<b>Autores</b>	Silje Marie Haga, Filip Drozd, Carina Lisøy, Tore Wentzel-Larsen & Kari Slinning
<b>Ano/País</b>	2018/ Noruega
<b>Intervenção</b>	Intervenção Preventiva Universal para a prevenção da depressão perinatal
<b>Áreas Temáticas</b>	Aspectos psicológicos envolvidos na transição para a maternidade
<b>Formato</b>	Programa On-line, disponível gratuitamente na Internet. Todas as sessões incluem temas específicos do período perinatal. MammaMia aplica um design de túnel para guiar a mulher através de um programa passo-a-passo. A intervenção desenvolve-se por e-mail e sites interativos, combinando texto, imagens, arquivos de áudio pré-gravados. Cada sessão é projetada para demorar cerca de 10 min e deve ser concluído antes que os usuários possam seguir para a próxima sessão. Isso é feito para garantir que as informações relevantes foram trabalhadas e para criar uma narrativa de continuidade no programa. <a href="http://smarturl.it/psych_med">http://smarturl.it/psych_med</a>
<b>Esquema/ Duração</b>	Constituído por 3 fases. A primeira fase: 11 sessões iniciadas no segundo trimestre de gravidez (entre as 21–25 até às 37 semanas). A segunda fase começa quando o bebê tem 2 a 3 semanas, com a duração de 6 semanas e com 2 a 3 sessões por semana. A fase final consiste em 10 sessões durante um período de 18 semanas. A intervenção consiste em 44 sessões, que se desenvolve num período de 11,5 meses.
<b>Título</b>	<b>Characteristics of women calling the PANDA Perinatal Anxiety &amp; Depression Australia National Helpline: a cross-sectional study</b>
<b>Autores</b>	Touran Shafiei, Laura J. Biggs, Rhonda Small, Helen L. McLachlan, Della A. Forster
<b>Ano/País</b>	2018/ Austrália
<b>Intervenção</b>	Suporte telefónico e encaminhamento de situações
<b>Formato</b>	Linha de Atendimento Telefónico com apoio de profissionais e voluntários com formação específica (alguns com experiência pessoal de depressão perinatal). A avaliação desta linha de apoio sugere a sua continuidade e alerta para a necessidade de programas específicos com profissionais treinados nesta área ao nível dos cuidados de saúde primários.
<b>Título</b>	<b>Evaluating a nurse-led community model of service for perinatal mental health</b>
<b>Autores</b>	Simone T. Harvey, Jennifer A. Bennetta, Elizabeth Burmeister, Marianne Wyder
<b>Ano/País</b>	2018 / Austrália
<b>Intervenção</b>	Serviço de Bem-Estar Perinatal (PWS) – Intervenção para promoção da saúde mental perinatal, desenvolvido na Comunidade. O modelo PWS foi desenvolvido com princípios da Recovery Alliance Theory (RAT) (Shanley & Jubb-Shanley, 2007). O foco da intervenção do enfermeiro de saúde mental é trabalhar ao lado das pessoas e facilitar a identificação das suas forças e recursos para melhorar a sua capacidade de ajustamento. O RAT tem seis construtos principais: filosofia humanista, recuperação, relação de parceria, foco nas forças e capacitação. Os princípios da prática da PWS espelham os da RAT com o objetivo geral de melhorar a capacidade de ajustamento das mulheres no período perinatal e suas famílias.
<b>Áreas Temáticas</b>	Psicoeducação. Terapia de apoio e não diretiva. Intervenções baseadas na Terapia Comportamental Cognitiva (TCC), Mindfulness, terapia focada na compaixão e intervenções para melhorar os apoios sociais. O PWS também tem como objetivo promover os hábitos de vida saudáveis (exercício físico, nutrição) a vinculação materna / fetal, e o controle dos sintomas depressivos e ansiosos
<b>Formato</b>	Liderado por enfermeiros com formação específica em saúde mental perinatal. Desenvolvem uma abordagem em parceria com a equipa multidisciplinar e outros parceiros da comunidade. Utilizando vários meios de comunicação: como telefone, email, skype; em contexto de domicílio e em comunidades minoritárias (refugiados, outras etnias), recorrendo a uma prestação de cuidados individualizados acessíveis, flexíveis, transculturais e baseados nas evidências.

Esquema /Duração	Desde a gravidez até um ano após o parto em risco de / ou com problemas de saúde mental leves a moderadamente graves, como ansiedade e depressão.
Título	<b>Baby Steps - An Online Program Promoting the Well-Being of New Mothers and Fathers: A Study Protocol</b>
Autores	Hamilton K, Kavanagh D, Connolly J, Davis L, Fisher J, Halford K, Hides L, Milgrom J, Rowe H, Sanders D, Scuffham PA, Tjondronegoro D, Walsh A, White KM, Wittkowski A
Ano/País	2016/ Austrália
Intervenções	Baby Step -Programa Online de Promoção de bem-estar de mães e pais- Protocolo 240 casais primíparas Programa de assistência infantil e informações para a promoção do bem-estar e ferramentas relevantes para mães e pais
Áreas Temáticas	Compreender cultura de parto e a autogestão, -Resolução de problemas e comunicação positiva, -Exercícios de relaxamento, -Reestruturação cognitiva, -Melhoria na autoconfiança
Formato	Programa on-line modular. Cada módulo contém 4-8 categorias, com temas e informações várias e links de acesso a outros serviços.
Esquema /Duração	Intervenção dirigida à mãe e ao pai, desde o final da gravidez até que o bebê tenha aproximadamente seis meses de idade.
Título	<b>An Internet-based intervention (mamma mia) for postpartum depression: Mapping the development from theory to practice.</b>
Autores	Filip Drozd, Silje Marie Haga; Håvar Brendryen; Kari Slinning
Ano/País	2015 / Noruega
Intervenções	Programa de Prevenção Universal Primária, desenvolvido On-line
Áreas temáticas	Transição para a maternidade: conhecimentos, técnicas e apoio durante a gravidez e após o nascimento. Tem subjacente o treino de competências emocionais, subjacentes a uma abordagem psicológica positiva. Reforço do relacionamento parental, no sentido de fortalecer a conjugalidade: métodos para uma comunicação eficaz, como partilhar expectativas, demonstrar interesse pelo parceiro (por exemplo, construir mapas de amor), expressar emoções positivas (por exemplo, "Eu sei que você me ama, quando ..."), refletir sobre como se argumenta e como estes podem ser percebidos pelo parceiro, suavizando as start-ups em conflitos e discutindo problemas (por exemplo, técnica de ouvinte-ouvinte). Finalmente, para apoiar a gestão de conflitos e ajudar os casais a resolver problemas, princípios da comunicação não violenta. Sensibilizar as mães sobre as competências de seus filhos e promover o desenvolvimento de uma relação mãe-bebê saudável, a intervenção inclui vários itens e conceitos do sistema Newborn Comportamental Observation (NBO)
Formato	Informação psicoeducacional (informação, ilustração e vídeos), tarefas interativas (instruções guiadas por áudio, quizzes, reflexões), trabalhos cognitivos ou comportamentais (tarefas interativas relativas ao tema em cada sessão). Na fase pré-natal, os e-mails com sessões são agendados semanalmente, enquanto as sessões são agendadas 3 vezes por semana na fase ativa pós-parto (ou seja, semanas 3-9). Isto é seguido por uma fase de baixa intensidade com sessões semanais e eventualmente mensais
Esquema/Duração	Início Gravidez: 18-24 semanas, até aos 6 meses após o parto No total, a intervenção consiste em 44 sessões durante um período de 11,5 meses. Cada sessão foi projetada para levar cerca de 10 minutos e deve ser concluída antes que os usuários possam acessar a próxima sessão.
Título	<b>Pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto.</b>
Autores	A. Arrais, M. Mourão, B. Fragalle
Ano/País	2014 / Brasil,
Intervenção	Pré-natal psicológico- programa de prevenção da DPP Intervenção psicoterapêutica de grupo
Áreas Temáticas	Mudanças geradas pela maternidade; desmistificação da maternidade; medos relacionados com o feto, parto e outros; bebê imaginário vs bebê real; gestação/puerpério vs sexualidade; planos de parto, estados emocionais no pós-parto, mudança de papéis; planeamento familiar; comunicação e gestão dos conflitos
Formato	Espaço de escuta, permitindo a expressão de medos, ansiedades e outros. Sessões de grupo que permitam a troca de experiências, descobertas e informações várias, com extensão à família, em especial ao cônjuge e às avós, visando à participação na gestação/puerpério Sessões temáticas e técnicas associadas (recorte e colagem, leitura de textos sobre os temas abordados, vídeos, elaboração de desenhos por parte das colaboradoras, e outras técnicas projetivas.
Esquema/ Duração	Programa aberto, sem número limite de sessões: as gestantes podem participar durante o período que desejarem ou até o nascimento do bebê. Cada sessão semanal dura cerca de duas horas.

<b>Título</b>	<b>A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas.</b>
Autores	S. Shorey, S. Chan, Y. Chong, H. He.
Ano/País	2014/ Singapura
Intervenção	Programa psicoeducacional pós-natal + Cuidados de rotina
Áreas Temáticas	Mudanças físicas e psicológicas após o parto, importância das dinâmicas familiares, significado de autoeficácia e comportamentos de autoajuda
Formato	O Programa inclui sessões presenciais, visitas em contexto de domicílio e acompanhamento telefónico. Folheto com resumo dos tópicos abordados, contatos telefónicos úteis e outras informações relevantes
Esquema/Duração	Nas duas semanas após o parto.
<b>Título</b>	<b>The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control</b>
Autores	M. Moshki, T. Baloochi Beydokhti, K. Cheravi.
Ano/País	2013 / Irão
Intervenção	Intervenção. Educacional a grávidas
Áreas Temáticas	Mudanças fisiológicas; -Nutrição; -Complicações. Gravidez; -Competências na Comunicação; - Estádios da gravidez, parto, e redução da dor (familiarização); - Saúde no pós-parto; - Emoções e atitudes das mulheres- Ênfase no locus controle interno.
Formato	Intervenção desenvolvida em 3 <i>workshops</i> temáticos de 4 horas, com componentes teóricas e práticas
<b>Título</b>	<b>Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in chinese women</b>
Autores	H. Mao, H. Li, H. Chiu, W. Chan, S. Chen.
Ano/País	2013/ China
Intervenções	: Treino de autogestão das emoções: Programa desenvolvido durante a gravidez.
Áreas Temáticas	Compreender cultura de parto e a autogestão, - Resolução de problemas e comunicação positiva, - Exercícios de relaxamento, - Reestruturação cognitiva, - Melhoria na autoconfiança
Formato	Intervenção desenvolvida em 4 sessões de 90 minutos + 1 sessão de aconselhamento individual
Esquema/Duração	Desenvolvida a partir das 32 semanas de gestação, durante 4 semanas
<b>Título</b>	<b>Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers</b>
Autores	M. Phipps, C. Raker, C. Ware, C. Zlotnick.
Ano/País	2013 / Flórida
Intervenção	Intervenção educacional a grávidas adolescentes
Áreas Temáticas	Desenvolvimento de competências de comunicação p/ gestão de conflitos na relação (antes e após o parto), - Expectativas acerca da parentalidade, - Gestão de stress, - Baby blues vs Depressão, - Desenvolvimento de sistema de suporte, relações saudáveis, - Estabelecimento de objetivos e recursos psicossociais para novas mães.
Formato	5 Sessões: - multimédia, - componentes interativas, - trabalhos para casa, - feedback, -
Esquema/Duração	Desenvolvido desde o início da gravidez

<b>Título</b>	<b>Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties</b>
Autores	J. Milgrom, C. Schembri, J. Eickson, J. Ross, A. Gemmill.
Ano/País	2011/Austrália
Intervenção	Curso para a Parentalidade: para prevenir a Depressão Pós-Parto
Áreas Temáticas	A transição para a maternidade e parentalidade Reduzir fatores de risco da DPP e promover fatores protetores –. Fornecer competências de resolução de problemas para lidar com dificuldades futuras ao nível emocional e decorrentes da transição para a parentalidade.
Formato	Sessões de grupo dirigidas às grávidas e aos companheiros. Suporte ao casal na transição
Esquema / Duração	Intervenção iniciada antes do parto, sendo desenvolvida até ao pós-parto.
<b>Título</b>	<b>Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study</b>
Autores	J. Fisher, K. Wynter, H. Rowe.
Ano/País	2010/ Austrália/ Nova Zelândia
Intervenção	Programa psicoeducacional Universa: I What Were We Thinking (WWWWT) Intervenções breves assentes nos fatores de risco modificáveis.
Áreas Temáticas	1 Módulo- temperamento da criança; choro, incrementando as competências na resposta assertiva às necessidades da criança, reconhecimento de cansaço: minimizar as experiências de humilhação através do aumento da compreensão e da empatia, por parte do companheiro; necessidades de sono, rotinas de alimentação e de sono. 2 Módulo -Parentalidade imaginária vs real, aspetos difíceis/prazerosos do nascimento da criança, conhecer ganhos e perdas na parentalidade, pensar sobre as experiências, identificar falhas no suporte social.
Formato	Totalmente On-line
Esquemas/ Duração	Intervenção desenvolvida no pós-parto, a partir das 4 semanas de vida do bebé.
<b>Título</b>	<b>Establishing Family Foundations: Intervention Effects on coparenting, parent/infant well-being, parent-child relations</b>
Autores	M. Feinberg, M. Kan.
Ano/País	2008/ Pensilvânia
Intervenção	Intervenção dirigida a casais grávidos do primeiro filho, Sessões - baseadas na teoria conceptual da coparentalidade
Áreas Temáticas	Relação conjugal, autogestão das emoções e do conflito, resolução de problemas, comunicação, estratégias de suporte mútuo para promover parentalidade positiva. Auxílio na consciência/ antecipação das áreas de insatisfação na coparentalidade e gestão desta através de comunicação positiva, resolução de problemas, técnicas de gestão de conflitos.
Formato	12 Interações em vídeo para cada casal. Material didático, exercícios e treinos comportamentais
Esquema/ Duração	Intervenção iniciada entre as 20 e as 32 semanas de gravidez até ao pós-parto.
<b>Título</b>	<b>Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes.</b>
Autores	S. Matthey, D. Kavanagh, P. Howie, B. Barnett, M. Charles.
Ano/País	2004/ Austrália / Sydney
Intervenção	Programa de preparação para parentalidade dirigido a casais

Áreas Temáticas	<p>Questões psicossociais sobre tornar-se pais pela primeira vez.</p> <p>Foco Empatia: questões psicossociais do pós-parto: - maior compreensão dos conceitos do pós-parto; - identificar comportamentos que ajudam e não ajudam a lidar com os stressores da parentalidade; - providenciar aos participantes estratégias de sucesso para lidar com o stress da parentalidade, - normalizar sentimentos de stress, isolamento, falta de confiança no pós-parto.</p> <p>Sessão extra: completar checklist de conceitos no pós-parto. Informações várias</p>
Formato	<p>Discussão de conceitos do próprio e do parceiro em grupos separados/em casal/em pequenos grupos/alargados para solucionar dificuldades.</p> <p>sessões + 1 extra.</p>
Esquema/ Duração	<p>A intervenção inicia-se no final do segundo ou início do terceiro trimestre e desenvolve-se até ao sexto mês pós-parto.</p>





## APENDICES



## **APENDICE I – Guiões Focus Group**



### **A – Guião - Mulheres grávidas e seus companheiros**

- 1- Vivências emocionais experienciadas na gravidez atual ou anteriores? Alterações emocionais experienciadas?
- 2- Fatores de risco para as alterações emocionais?
- 3- Fatores protetores?
- 4- Sugestões protótipo de promoção da saúde mental materna no período perinatal?
  - Temas a abordar?
  - Formatos? Grupo? Casal? Só Grávidas?
  - Quando iniciar?
  - Quando terminar?
  - Local? Espaço na Unidade de Saúde? Em casa? As duas opções?

### **B – Guião - Mulheres em pós-parto até aos 12 meses e seus companheiros**

- 1- Vivências emocionais experienciadas na gravidez e no período pós-parto até ao momento onde se encontram na situação atual ou anterior? Alterações emocionais experienciadas?
- 2- Fatores de risco para as alterações emocionais?
- 3- Fatores protetores?
- 4- Sugestões protótipo de promoção da saúde mental materna no período perinatal?
  - Temas a abordar?
  - Formatos? Grupo? Casal? Só Grávidas/ puérperas?
  - Quando iniciar?
  - Quando terminar?
  - Local? Espaço na Unidade de Saúde? Em casa? As duas opções?

### **C - Guião - Profissionais de saúde**

- 1- Perceção em relação às alterações emocionais materna no período perinatal (Gravidez até aos 12 meses após o parto)?
- 2- Factores de risco relacionados com as alterações emocionais maternas no período em estudo?
- 3- Factores protectores relacionados com as alterações emocionais maternas?
- 4- Dificuldades/ constrangimentos na abordagem da SM Materna ao nível dos CSP?
- 5- Sugestões protótipo de promoção da saúde mental materna no período perinatal:
  - Temas a abordar?
  - Formatos?
  - Quando iniciar?
  - Quando terminar?



**APENDICE II – Informação ao Participante e Consentimento informado**





## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é M. Graça Gonçalves Bento Sebastião, sou enfermeira na USF D. Francisco de Almeida do ACES Médio Tejo e estou atualmente a frequentar o VIII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e o X Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou a realizar um estudo de investigação sobre **“A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL - Da Evidência Científica à construção de um Protótipo de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários”**, sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Monteiro e da Professora Doutora Ana Paula Carneiro. O objetivo deste estudo é identificar as necessidades de intervenção a este nível, que permitam a construção de um protótipo de promoção da Saúde Mental Materna Perinatal em Cuidados de Saúde Primários.

Neste sentido, estou a solicitar-lhe a sua participação no estudo, no sentido de colaborar na identificação de fatores de risco e fatores protetores da saúde mental materna na gravidez e no pós-parto e na identificação de necessidades de intervenções promotoras da saúde mental materna em cuidados de saúde primários, agradecendo desde já a sua colaboração.

Assim, é pertinente esclarecer, determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente:

**Procedimento:** Será realizado uma reunião de grupo com outros participantes, onde lhe serão solicitadas algumas informações gerais sobre si, bem como a partilha de informação e opinião respeitante à temática proposta. Todas as intervenções serão gravadas em suporte magnético, transcritas para papel e posteriormente analisadas pelo investigador e pelos professores que orientam o estudo. O uso da informação pretendida é exclusivamente para fins académicos. Nenhuma informação que o identifique será incluída na parte escrita da sua intervenção. O seu nome e o nome de outras pessoas que mencione serão substituídos por um código. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos seus resultados através de consulta pública do relatório ou contactando diretamente o investigador.

**Riscos:** não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. A sua participação não causará impacto na sua saúde presente ou futura.

**Benefícios:** vai ter a oportunidade de refletir sobre a sua experiência com um enfermeiro interessado nesta temática. Pode também experimentar alguma satisfação por participar num estudo em que pode ajudar a encontrar estratégias para promover a saúde mental materna.

**Alternativas:** a sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine uma folha (consentimento informado), onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre alternativa de não ser entrevistado, recusar responder a qualquer questão ou parar a entrevista quando quiser, abandonado o estudo, o que não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma que tem sido.

**Confidencialidade:** os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade da sua entrevista será mantida. As gravações serão cuidadosamente guardadas destruídas no final do estudo. Este estudo foi sujeito a aprovação pelo ACES Médio Tejo, Comissão de Ética da ARSLVT e pela UICISA.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: **966336723 (Enf.ª Graça Sebastião)**.

**Custos:** A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

A enfermeira/investigadora

\_\_\_\_\_ (M. Graça Gonçalves Bento Sebastião)

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver pela Enf.<sup>a</sup> M. Graça Gonçalves Bento Sebastião, com o título **“A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL - Da Evidência Científica à construção de um Protótipo de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários”** fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Participante”. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo e autorizo a gravação áudio da entrevista.

**Assinatura do(a) participante**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/2020

**Assinatura da enfermeira/investigadora**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/2020

**(para o participante)**

-----

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver pela Enf.<sup>a</sup> M. Graça Gonçalves Bento Sebastião, com o título **“A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL - Da Evidência Científica à construção de um Protótipo de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários”** fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Participante”. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo e autorizo a gravação áudio da entrevista.

**Assinatura do(a) participante**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/2020

**Assinatura da enfermeira/investigadora**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/2020

**(para a investigadora)**