



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

**Sintomas Psicopatológicos e Suporte Social na
Gravidez e no Pós-Parto:
Um olhar sobre a parentalidade**

Ana Carolina Delgado Ferreira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Paula Saraiva Carvalho
Co-orientador: Prof. Doutor Samuel José Fonseca Monteiro

Covilhã, 21 de outubro de 2013

O som de um choro, uma fralda para mudar,
biberões para lavar e o sono a faltar.
A menina não pára de chamar pela mãe
o bebé chora, porque o boneco não tem.

A máquina de lavar zumbe constantemente,
não consigo um momento para me sentir distante.
Há carpetes para aspirar e pó para limpar,
não há tempo para engomar, mas há que cozinhar.

É perfeitamente indescritível, esta nova vida,
ninguém me avisou disto quando eu era uma querida.
Acabou o romance, a paixão, o divertimento
só uma filha que parla e chora a cada momento.

Ninguém com quem falar, todo o dia sozinha,
ninguém está em casa para uma conversinha.
Ir passear não dá, e chove sem cessar,
parece que a minha vida está a desmoronar.

Dia após dia, semana após semana,
os dias são rotina e as noites sem cama.
Um marido que se mata, a ganhar o sustento,
e o salário mal chega para pagar este tormento.

Os meus filhos cresceram, ano e meio passou,
alguém que chore e geme, é quase tudo o que sou.
Heloi abraça-me, Mathew dá-me um beijo na face
Um raio de sol para me ajudar a sair deste impasse.

(Lowdermilk, 2002)

In Lowdermilk, D. L; Perry, S. E. & Bobak, I. M. (2002). *O cuidado em enfermagem maternal*.
Artmed Editora: Porto Alegre.

Agradecimentos

Esta dissertação não teria sido possível de realizar sem o apoio, colaboração e empenho de diversas pessoas e entidades, que muito ajudaram para a sua concretização.

Começo por dirigir à Professora Doutora Paula Carvalho, orientadora desta tese, o meu mais sentido agradecimento, por todo o empenho, esforço, incentivo, dedicação, confiança depositada, ensinamentos e aprendizagens, bem como por todo o apoio e disponibilidade demonstrados ao longo deste percurso académico. Agradecer ainda pelas oportunidades proporcionadas ao longo da realização deste projeto, nomeadamente, a participação no 1º Congresso Mundial de comportamentos de saúde infanto-juvenil como oradora no Simpósio, subordinado ao tema "Gravidez e Infertilidade".

Endereço, de igual forma, o meu muito obrigada, ao Professor Doutor Samuel Monteiro por, numa fase posterior, me ter apoiado no desenvolvimento do projeto de investigação, demonstrando total disponibilidade para dar sugestões de melhoria e calma com que me transmitiu diversos conhecimentos estatísticos, bem como esclarecimento de eventuais dúvidas e questões relacionadas com o projeto.

A toda a minha família, principalmente pais, irmã, cunhado e sobrinho, pelo apoio, incentivo, carinho que sempre me prestaram, pela compreensão, pela minha indisponibilidade em vos dar atenção merecida e pelas ocasiões em que não foi possível estar com vocês e partilhar momentos de lazer e companheirismo. Aos meus pais por todo o apoio e amor incondicional ao longo da minha vida e durante a realização deste projeto. Sem eles não seria a pessoa que sou hoje ou teria conseguido concretizar grande parte dos meus sonhos. Pela crença inabalável na minha pessoa e nas minhas capacidades, apesar de todos os defeitos.

Um obrigada muito especial à minha irmã, minha companheira e minha confidente, acima de tudo uma grande amiga, obrigada por todos os momentos, por toda a partilha, por todos os desabafos, por todo o apoio absoluto que sempre me prestou e por acreditar sempre em mim. Sabes o que significas. Agradecer ainda ao meu sobrinho e afilhado maravilhoso, que certamente de Psicologia e investigações não usufrui de qualquer entendimento, mas que com o seu sorriso fantástico me proporcionou momentos absolutamente indescritíveis e me deu força para lutar e alcançar os meus objetivos.

Agradeço em particular, ao Tiago, o meu namorado, por todo o apoio, amor, companheirismo e muita paciência para suportar as minhas flutuações de humor e fraquezas, com quem sempre partilhei as minhas dúvidas, angústias e receios, podendo sempre ouvir uma palavra de coragem e incentivo. Obrigada por seres quem és, por fazeres parte da minha vida e por expressares através de um simples olhar uma força incrível que me faz querer ser sempre mais e melhor.

À minha grande amiga e colega de curso Ana Raquel, por tudo, por tudo mesmo, por todos os momentos, por todas as aventuras, por toda a amizade, por tudo o que vivemos juntas ao longo destes anos, por todas as aprendizagens, pela paciência, pelo bom coração, pela lucidez e apoio incondicional nos períodos mais difíceis na elaboração deste trabalho, pela partilha, entreadajuda, confiança e sinceridade. Obrigada, sobretudo, por seres quem és e pelo apoio que sempre me deste.

À minha amiga e colega Celina Ribeiro, por todo o apoio, por todas as sugestões, por todo o incentivo, por todos os momentos partilhados, pela ajuda na realização desta dissertação, nomeadamente dicas ao nível dos procedimentos estatísticos e fornecimento de material adequado de consulta, mas, acima de tudo, pela amizade partilhada.

Às minhas amigas e colegas Maria Inês, Ana Carolina, Mariana, Rosa e Teresa, por termos sido sempre uma equipa com força e garra apesar de todas as dificuldades inerentes à realização de uma dissertação. Foram sempre um grande incentivo, uma grande ajuda. Obrigada pelos momentos de partilha, ânimo, motivação e por terem sido sempre pilares muito importantes durante estes anos de vida académica.

À minha amiga Susete pela sua amizade, ânimo e interesse genuíno. Pelos momentos de partilha, pelos momentos de descontração, pela compreensão, incentivo, preocupação, pela amizade incondicional, pela ajuda na pesquisa de material bibliográfico de extrema importância e que em muito ajudou na concretização desta tarefa e pela preciosa ajuda na conclusão deste trabalho. Sem ti, tudo teria parecido mais difícil.

A todos os outros amigos pela preocupação e força, que, de uma forma ou de outra, ajudaram na materialização deste trabalho.

O meu sincero agradecimento vai também para todos os profissionais com os quais pude contactar- pessoal administrativo, enfermeiros, médicos e diretor do departamento do Centro Hospitalar Cova da Beira. Um agradecimento sentido à Berta, Sandra e Isabel, administrativas do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, do CHCB, pela disponibilidade prestada para me informarem das datas das consultas de Saúde Materna, bem como as datas das consultas de Puerpério. Agradecer ainda, em especial, à Enfermeira São, do mesmo departamento, por sempre me ter facilitado o contacto inicial com as gestantes e as encaminhar até à sala de aplicação do protocolo, bem como às restantes enfermeiras pela disponibilidade em autorizar a minha presença nas sessões de preparação para o parto.

O meu agradecimento sincero a todas as mulheres que participaram no projeto. Sem elas este trabalho não poderia ter sido realizado. Por terem dispensado o seu tempo, especialmente nesta fase das suas vidas, pela confiança disponibilizada, por terem partilhado aspetos íntimos das suas vidas, tendo a esperança de que os resultados do trabalho venham a ter implicações práticas e que outras mulheres e famílias possam beneficiar das mesmas.

Obrigada a todos, sem vós não teria sido possível!

Resumo

Introdução - A Gravidez tem sido muitas vezes referida como um período de tranquilidade e bem-estar. No entanto, na literatura têm aparecido alguns resultados contraditórios. Este trabalho pretende contribuir para um maior conhecimento dos fatores que se associam ao aparecimento de estados emocionais negativos durante este período de tempo.

Método - A amostra deste estudo é constituída por um total de cerca de 81 grávidas, com idades entre os 18 e os 41 anos de idade. Para a avaliação foi utilizado o *Questionário Sociodemográfico*, composto por questões relacionadas com o suporte social e antecedentes clínicos, composto por 22 pergunta; *Inventário de Sintomas Psicopatológicas* (BSI, Derogatis, 1993; Canavaro, 1995), que pretende avaliar sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia - Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo - e três índices globais - Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP); *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo* (EPDS, Cox, 1988; Augusto et al, 1996) que pretende medir a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias, para identificar a frequência de risco para a Depressão pós-parto nas puérperas e, por fim, a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS, Ribeiro, 1999), a qual pretende avaliar quatro dimensões relacionadas com a perceção de suporte social - Satisfação com amigos, Intimidade, Satisfação com a família e Atividades Sociais.

Resultados - Os resultados deste estudo sugerem que de facto existe uma relação entre o suporte social e o aparecimento de sintomas psicopatológicos e de Depressão, sendo que aquelas em que parece não existir perceção de apoio manifestam valores mais elevados de sintomas psicopatológicos.

Conclusões- Enfatiza-se que é de extrema pertinência, no contexto da promoção da educação para a saúde durante a gravidez e no pós-parto, a identificação dos fatores de risco que promovem o desenvolvimento de estados emocionais negativos nessas mulheres grávidas e puérperas, a fim de prevenir consequências adversas para a mãe e para a criança. Neste sentido, deve ressaltar-se a importância de realizar intervenções de melhoria para minimizar o aparecimento de sintomas psicopatológicos, de forma a ajudar as mulheres grávidas a terem uma melhor adaptação à maternidade, podendo desenvolver-se e promover-se intervenções personalizadas de acordo com o estilo de vida e contextos em que se inserem.

Palavras-chave

Gravidez, Parentalidade, Sintomas Psicopatológicos, Risco Psicopatológico, Suporte Social.

Abstract

Introduction - Pregnancy has often been construed as a period of serenity and well-being. However, the literature has shown some contradictory results. This work aims to contribute to a greater understanding of the factors associated with the appearance of negative emotional states during this period.

Method - the sample of this study consists in 81 pregnant women, aged between 18 and 41 years old. For the assessment a Sociodemographic Questionnaire was used, consisting of 22 questions, related to social support and medical history; Brief Symptom Inventory (BSI, Derogatis, 1993; Canavarro, 1995), that assess psychopathological symptoms through nine dimensions - Somatization, Obsessions-Compulsions, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation and Psychoticism - and three global indexes - General Symptom Index (GSI), Total Positive Symptom (TPS) and Positive Symptom Index (PSI); the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox, 1988; Augusto et al, 1996), that assess the presence and intensity of the depressive symptoms in the last seven days, to identify the risk occurrence for postpartum depression in mother, lastly, the Social Support Satisfaction Scale (ESSS, Ribeiro, 1999), that assess four dimensions related with the perception of social support - Satisfaction with friends, intimacy, satisfaction with family and social activities.

Results- The results of this study suggest that in fact there is a relationship between social support and the emergence of psychopathological symptoms and depression, and those in which there seems to be a lack of support demonstrating higher values of psychopathological symptoms.

Conclusions- It's of utmost relevance in the context of promoting health education during pregnancy and postpartum, the identification of risk factors that promote the development of negative emotional states in these pregnant women and mothers, in order to prevent adverse consequences for both mother and child. Thus, we should safeguard the importance of improvement interventions to minimize the appearance of psychopathological symptoms, in order to help pregnant women a better adapt to motherhood, and simultaneously develop and promote interventions customized to lifestyle and contexts in which they operate.

Keywords

Pregnancy, Psychopathological Symptoms, Psychopathological Risk, Social Support.

Índice

| | |
|--|------|
| Agradecimentos | v |
| Resumo | vii |
| Abstract..... | ix |
| Lista de Tabelas..... | xiii |
| Lista de Acrónimos..... | xv |
| Introdução..... | 1 |
| Capítulo I: Fundamentação Teórica | 3 |
| 1.1. Transição para a parentalidade | 3 |
| 1.2. Depressão (na Gravidez)..... | 10 |
| 1.3. Perturbações psicopatológicas no pós-parto..... | 13 |
| 1.3.1. Blues puerperal | 14 |
| 1.3.2. Depressão Pós-parto (DPP)..... | 15 |
| 1.3.3. Psicose puerperal..... | 20 |
| 1.4. Suporte Social (na Gravidez e no Pós-Parto): Influência da percepção de suporte social | 21 |
| Capítulo II: Estudo Empírico | 27 |
| 2.1. Apresentação do estudo e objetivos | 27 |
| 2.2. Metodologia..... | 29 |
| 2.2.1. Participantes | 29 |
| 2.2.2. Contexto da Amostra | 31 |
| 2.2.3. Instrumentos | 32 |
| 2.2.3.1. Questionário Sociodemográfico | 32 |
| 2.2.3.2. Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1982, traduzido e adaptado por Canavarro, 1999)..... | 33 |
| 2.2.3.3. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, J. L., Holden J. M., & Sagovsky, R. - 1987) | 35 |
| 2.2.3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999) | 36 |
| Capítulo III: Resultados | 43 |
| Capítulo IV: Discussão e Conclusões | 57 |

| | |
|---------------------------------|----|
| Referências Bibliográficas..... | 67 |
| Anexos | 77 |

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach

Tabela 2 - Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos do segundo momento de avaliação, através do alfa de Cronbach

Tabela 3 - Cálculo da confiabilidade da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach

Tabela 4 - Cálculo da confiabilidade da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach

Tabela 5 - Cálculo da confiabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social, do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach

Tabela 6 - Cálculo da confiabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social, do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach

Tabela 7 - Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI e a Escolaridade

Tabela 8 - Resultados obtidos, através do teste Kruskal Wallis, relativos ao EPDS e a Escolaridade

Tabela 9 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e Escolaridade

Tabela 10 - Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI e o Estado Civil

Tabela 11 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e o Estado Civil

Tabela 12 - Resultados obtidos, através do teste Kruskal Wallis, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Situação Socioprofissional

Tabela 13 - Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao EPDS e à Situação Socioprofissional

Tabela 14 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a Situação Socioprofissional

Tabela 15 - Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI e a Variável Gravidez

Tabela 16 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável Gravidez

Tabela 17 - Resultados obtidos, através do teste Kruskal Wallis, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Situação Socioprofissional

Tabela 18 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável Gravidez Atual

Tabela 19 - Resultados obtidos, através do t-test, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Tratamento psiquiátrico/psicológico

Tabela 20 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável Tratamento psiquiátrico/psicológico

Tabela 21- Resultados obtidos, através do teste Mann Whitney, relativos ao IGS do questionário BSI EPDS e à variável apoio do Companheiro

Tabela 22 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável apoio do companheiro

Tabela 23 - Resultados obtidos, através do t-test, relativos ao IGS do questionário BSI e à variável apoio dos pais

Tabela 24 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e à variável apoio dos pais e dos amigos

Tabela 25 - Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI, EPDS e à Variável Número de Filhos

Tabela 26 -Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e à variável Número de Filhos

Tabela 27 - Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Natureza de partos anteriores

Tabela 28 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável Natureza de partos anteriores

Tabela 29 - Resultados obtidos, através do t-test, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Nenhum acontecimento

Tabela 30 - Resultados obtidos, através do teste Kruskal Wallis, relativos ao IGS do questionário BSI, o EPDS e a variável experiência do parto

Tabela 31 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e à variável Nenhum acontecimento

Tabela 32 - Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e À variável Nenhum acontecimento

Tabela 33 - Correlação de Pearson entre os índices globais dos questionários BSI e ESSS

Tabela 34 - Correlação de Pearson entre os índices globais dos questionários EPDS e ESSS

Tabela 35 - Resultados obtidos, através do t-test para amostras emparelhadas, relativos ao IGS do questionário BSI, ao EPDS e ao ESSS durante a gravidez e no pós-parto

Tabela 36 - Medida de tendência central. Média relativa à amostra emparelhada, relativa ao IGS do questionário BSI, ao EPDS e ao ESSS durante a gravidez e no pós-parto

Lista de Acrónimos

| | |
|------|--|
| BSI | Inventário de Sintomas Psicopatológico |
| CHCB | Centro Hospitalar Cova da Beira |
| CTT | Correios de Portugal |
| DPP | Depressão Pós-Parto |
| DSCM | Departamento de Saúde da Criança e da Mulher |
| DSM | Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais |
| EPDS | Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo |
| ESSS | Escala de Satisfação com o Suporte Social |
| IGS | Índice Geral de Sintomas |
| ISP | Índice de Sintomas Positivos |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| TSP | Total de Sintomas Positivos |
| KS | Kolmogorov Smirnov |

Introdução

Este trabalho surge no âmbito da realização da dissertação como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre (2º Ciclo) em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, sob orientação da Professora Doutora Paula Carvalho e co-orientação do Professor Doutor Samuel Monteiro. Neste sentido propôs-se desenvolver uma investigação cujo tema pretende analisar os Sintomas Psicopatológicos e o Suporte Social em mulheres grávidas (em qualquer trimestre da gravidez) e no pós-parto (entre o primeiro e segundo mês, aquando a primeira consulta de puerpério).

A pertinência deste tema resulta do conhecimento de várias pesquisas científicas recentes que têm evidenciado as diversas alterações decorrentes nesta fase da vida da mulher, pois embora a gravidez seja muitas vezes referida como um período de tranquilidade e bem-estar, na literatura têm aparecido alguns resultados contraditórios, evidenciando que a transição para a parentalidade é caracterizada por alterações no funcionamento emocional. Numa perspetiva desenvolvimental, a gravidez e a maternidade são concebidas como um período de desenvolvimento, que à semelhança de outros períodos desenvolvimentais, exige um processo de adaptação à nova situação. Sendo este um período de transição, verificam-se enormes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos que, por si só, implicam *stress* e vão requerer respostas que, habitualmente, não integram o repertório comportamental dos futuros pais.

A Depressão é a mais comum das alterações do humor que podem ocorrer durante o período desde a conceção até ao fim do primeiro ano pós-parto e é também a que tem sido mais estudada dado o seu impacto na saúde e bem-estar da mulher, bebé e a sua família (Austin, 2004). A Depressão deve, então, ser encarada como um problema de saúde pública que implica melhor identificar, prevenir e tratar.

No que diz respeito à prevenção do aparecimento de estados de humor negativos é de extrema importância a identificação dos fatores de risco que possam estar associados ao seu desenvolvimento. Assim, torna-se importante salientar que a identificação das mulheres em risco será o ponto de partida para a deteção mais rápida dos sintomas e, conseqüentemente, possam beneficiar de medidas preventivas ou de uma intervenção precoce.

O objetivo do presente trabalho consiste essencialmente em estudar os sintomas psicopatológicos e Depressão, bem como a influência do suporte social nestas duas dimensões. Visa também apresentar os fatores de vulnerabilidade e processos responsáveis pelo desenvolvimento de sintomas psicopatológicos durante a gravidez e no pós-parto, contribuindo para um maior conhecimento dos fatores que se associam ao aparecimento de estados emocionais negativos durante este período de tempo.

Assim, através da análise de diversos fatores abordados em estudos internacionais e nacionais relativos a diversas dimensões, pretendemos tentar estabelecer uma relação com a nossa investigação e quais os resultados e conclusões que dele podemos retirar.

Desta forma, no CAPÍTULO I será abordada a transição para a parentalidade e todas as mudanças que ocorrem nesta fase da vida da mulher; a Depressão (aspectos epidemiológicos e diferenças de género) para posteriormente existir uma ênfase específica na Depressão perinatal, debruçando-nos sobre as questões da classificação diagnóstica, bem como fatores de risco. Existe ainda um enfoque sobre as perturbações psicopatológicas do pós-parto, como o *Blues Puerperal*, Depressão Pós-Parto e Psicose Puerperal. Finalmente, será abordada a questão do suporte social e todos os aspetos subjacentes ao mesmo.

O CAPÍTULO II é referente ao estudo empírico, em que serão apresentados os objetivos do estudo, a metodologia utilizada, os instrumentos e todos os procedimentos executados para se conseguir realizar este projeto.

No CAPÍTULO III será apresentada a descrição de todos os resultados obtidos após tratamento estatístico.

Para finalizar, o CAPÍTULO IV terá a sua ênfase na discussão dos resultados e conclusões que deles retiramos, bem como limitações e sugestões para estudos futuros.

Capítulo I: Fundamentação Teórica

1.1. Transição para a parentalidade

A gravidez é um processo que corresponde a uma etapa que medeia a concepção e o parto e envolve um período de cerca de 40 semanas, podendo assim considerar-se como um período temporalmente definido. O estar grávida representa, do ponto de vista psicológico, um virar da mulher para si mesma, o investimento no seu próprio corpo, na sua imagem, no que ela contém: vida, uma vez que tudo se passa dentro da mulher. Esta vivência é um processo complexo, que implica grandes transformações e adaptações no seio da família e na comunidade (Leal, 2005).

A gravidez e o nascimento de um filho podem ser vistos como um passo para um mundo desconhecido (Bahadoran, Mohseni & Heidarali, 2008). O bebé tem uma missão existencialista, ou seja de continuidade geracional, servindo de elo de ligação entre a família nuclear e a família de origem, sendo também o elemento que rejuvenesce aquele sistema familiar, que supõe que os adultos avancem uma geração e se tornem cuidadores da geração mais nova, despoletando-se novas funções (maternal, parental e filial) e novos papéis (pai, mãe, filho) (Relvas & Lourenço, 2001).

A maternidade é um projeto a longo prazo, que requer que a mulher deseje não só ter um filho, mas que também deseje ser mãe (Leal, 2005). Assim, de acordo com Leal (2005), a maternidade envolve a suficiente prestação de cuidados e a dádiva de amor que possibilitem um desenvolvimento sadio e harmonioso da criança recém-nascida. O ser mãe ou pai é, sobretudo, um processo dinâmico de construção e desenvolvimento pessoal que despoleta todo um conjunto de processos irreversíveis e suscetíveis de modificar a identidade pessoal, os papéis e as funções de todo um sistema familiar (Canavarro, 2006).

As mudanças para a nova tarefa de ser mãe podem observar-se particularmente ao nível dos papéis sociais e das relações interpessoais, as quais requerem uma renegociação consigo mesma e com os outros (Colman & Colman, 1994; Schwengber & Piccinini, 2003). A passagem da mulher grávida para a mulher mãe surge na literatura designada como a transição para a parentalidade, referindo-se ao período que medeia o início de uma gravidez e os primeiros meses após o nascimento de uma criança. Mesmo antes da concepção e do parto, a mulher ou o casal, formulam certas expectativas e concepções acerca do bebé, caracterizadas por algumas dualidades, que irão influenciar este período de transição (Gonçalves, 2008).

A transição para a parentalidade é pautada pela mudança a diversos níveis, nomeadamente biológicos, psicológicos e sociais, exigindo um processo de adaptação árduo, onde importa cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento. Os futuros pais terão de ajustar-se a uma variedade de transformações, principalmente a mãe, que se irá confrontar com mudanças que ocorrem tanto ao nível biológico (Hung, 2005), com alterações no seu

próprio corpo; como em situações ocorridas ao longo do período de gestação ou no parto ou de expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a gravidez e em torno do bebê, as quais implicarão uma obrigatória reestruturação na rede de relações conjugais, familiares e sociais (Conde & Figueiredo, 2007; Hung, 2005), envolvendo uma significativa quantidade de stress quer para a mãe, quer para o pai, quer para a família em geral (Brigido, 2010).

Numa abordagem desenvolvimental, diversos autores (e.g. Bibring, 1959; Caplan, 1960; Colman & Colman, 1994), conceptualizam a gravidez e a maternidade como períodos de desenvolvimento que compõem o ciclo de vida, caracterizando-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas e viver uma crise própria, crise essa percebida como um momento de reorganização necessário e que permitirá à mulher a sua adaptação a uma nova condição, a de ser mãe (Canavarro, 2006).

Acresce ainda a pressão no seu papel materno e a necessidade de suporte social, fundamental para a adaptação da mulher ao período gravídico e a qualidade do seu papel enquanto mãe. Neste sentido, Honrado (2001), no seu estudo refere-se ao conceito de Adaptação Materna, que dá conta do ajustamento da mãe às características do bebê, que remete para a relação entre a díade. Assim, é apresentado como um constructo que engloba um conjunto de cinco variáveis psicológicas, que parecem ser bons indicadores do nível de adaptação de uma mulher à situação de nascimento de um filho, nomeadamente a tríade Stress, Ansiedade e Depressão, sendo que ao existir um destes fatores a adaptação à nova situação será mais difícil; o Suporte Social, sendo esta variável muito importante na integração da mãe nesta nova fase e, por fim, a Autoeficácia, definida por Bandura (1980) como a crença ou expectativa que uma pessoa tem na sua capacidade, para atingir determinado nível de exigência de uma tarefa dentro de determinado domínio psicológico, pelo que é de extrema importância na medida em que a mulher deve sentir que tem essa capacidade para que a sua adaptação seja feita de forma harmoniosa.

Os receios e as preocupações da mulher estão presentes ao longo de toda a gravidez e acompanham as mudanças habituais da evolução da gestação. O 1º trimestre de gravidez corresponde ao início da gestação e caracteriza-se pelo conhecimento e aceitação do novo estado, quer pela grávida quer pelo meio social que a rodeia. Por esta altura, dão-se discretas alterações corporais que são frequentemente acompanhadas por náuseas e vômitos, desejos alimentares, oscilações de humor, aumento de sensibilidade e medo de abortar. Segundo Colman e Colman (1994), o 1º trimestre de gravidez corresponde a uma primeira fase da gestação que se designa de “integração”. Neste período, a mulher deve aceitar que está grávida, mudar hábitos de vida e preparar-se a si e à família para o nascimento do filho (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Geralmente descrito como o período mais estável em termos psicológicos, o 2º trimestre de gravidez, segundo Field & Widmayer (1982) caracteriza-se pela percepção dos movimentos fetais e decorrente reconhecimento do feto como ser separado da mãe, pelo que a grávida passa a sentir-se fortemente investida pelo feto que, pelos seus movimentos, lhe comunica o seu bem ou mal-estar. Colman e Colman (1994) designaram o 2º trimestre de fase

de “diferenciação”, pois neste período a grávida começa a aperceber-se da sua incapacidade para controlar o processo de desenvolvimento do feto, compreendendo a sua autonomia (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Por sua vez, o 3º trimestre caracteriza-se pela satisfação em terminar uma gestação bem-sucedida e pela ansiedade resultante da antecipação do parto. Para Colman e Colman (1994), o 3º trimestre corresponderia à fase de “separação”, em que a grávida percebe o parto como o processo, a partir do qual, se irá desligar da gravidez (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Na perspetiva de Brazelton (1981), os níveis de ansiedade habituais na gravidez permitem à mulher adaptar-se ao seu novo papel de mãe mas, para isso, é fundamental uma certa plasticidade psicológica (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

A maternidade implica então, em si e só por si, um fator de risco psicológico? Não há dúvida que a maternidade implica um grande esforço psicológico para mulher, obrigando-a a inúmeras mudanças no seu equilíbrio psicológico, biológico e social, mudanças principalmente a nível interpessoal e social, podendo ser definido como um esforço que se assemelha a um estado patológico passageiro (Brazelton & Cramer, cit in Gonçalves, 2008). Neste sentido, a maternidade pode ser considerada como um período de risco psicológico para ambos os pais, suscetível de provocar o aparecimento de sintomatologia e perturbação psicopatológica de alguma gravidade (Gonçalves, 2008). Desta forma, pode considerar-se que a gravidez e puerpério são associados a alterações significativas no estado de saúde psicológica e fisiológica da mulher, pelo que requer especial atenção (Otchet, Carey & Adam, 1999).

Há uma forte evidência que o ajustamento psicológico e afetivo da mulher, durante a gravidez, sofre alterações, podendo existir riscos associados de início ou exacerbação de perturbações psicológicas (Pereira, Santos & Ramalho, 2004; Brockington, 2004).

Pode então dizer-se que a gravidez é um período de transição onde se verificam enormes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos. A sociedade em geral defende que a gravidez é um momento que proporciona mais união ao casal e na família, no entanto, Gonçalves (2008) alerta para a possibilidade destas expectativas não se confirmarem. Ao nível do sistema conjugal, o nascimento de um filho previamente idealizado pode significar a concretização de um desejo mútuo e o consolidar dos laços afetivos entre ambos, mas pode também ser perspetivado como uma ameaça à união do casal, surgindo dificuldades em partilhar a atenção com um terceiro elemento (Gonçalves, 2008).

Levar a bom termo todas estas tarefas dependerá de uma variedade de fatores, que se podem agrupar em aspetos relativos ao indivíduo, ao bebé e ao meio (familiar, social e cultural) (Conde & Figueiredo, 2007). Assim, as fases distintas vão ajudar a futura mãe na tarefa de preparação para a maternidade, a ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturações de relações para incluir um novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única (Canavarro, 2006).

Apesar do evoluir dos tempos e das diferentes perspetivas acerca da maternidade, a mãe continua a sentir-se e a ser uma figura central na vida do bebé, procurando assumir o papel de “*boa mãe*” - visão estereotipada das funções maternas que por vezes levam a uma conceção errada de maternidade. Segundo a teoria da vinculação de Bowlby (1988), a mãe detém a responsabilidade de ser a principal figura na vida do bebé, enquanto figura que presta cuidados básicos e que tem a função da sua proteção. Terá ainda a tarefa de fornecer uma “*base segura*” ao bebé, interpretando os seus sinais, dando-lhes um sentido (“*sensibilidade materna*”) (Gonçalves, 2008). Assim, a teoria da vinculação afirma a necessidade humana que os indivíduos têm de desenvolverem ligações afetivas de proximidade, com o objetivo de atingirem segurança que lhes permita explorar o mundo. As relações de vinculação são únicas e exclusivas, constituindo importantes recursos na procura de conforto e apoio, que contribuem para o desenvolvimento de um sentido interno de segurança pessoal, pelo que constitui um aspeto muito importante no desenvolvimento do bebé (Matos & Costa, 1996).

Existem resultados de investigações já efetuadas neste domínio (Piccinini, Levandowski, Gomes, Lindenmeyer & Lopes, 2009; Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005), em que é sugerido que a vinculação dos progenitores ao filho antes de nascer, permite-lhes a interiorização precoce do feto, através de certas imagens, expectativas e preocupações, incorporando-o no seio familiar, criando, desta forma, um modelo relacional que servirá como um importante precursor da relação da tríade pai-mãe-bebé após o nascimento.

Klaus e Kennell (1976), ainda no seguimento da teoria da vinculação, introduziram o termo “*bonding*” para nos falarem da relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé. Segundo estes autores, esta relação estabelecer-se-à desde que se verifiquem os primeiros contactos entre a mãe e o bebé, sendo facilitada pela adequação do sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebé, ainda, a sua formação estará privilegiada num período sensível, localizado nos momentos imediatos ao parto (Figueiredo, 2003). Pode defender-se que os primeiros momentos e os contactos iniciais entre a mãe e o bebé, são críticos para a qualidade futura dos cuidados maternos e determinantes para o desenvolvimento e bem-estar subsequentes do bebé.

Este conceito tem vindo, contudo, a ser parcialmente posto em causa, pois embora o período que se segue ao parto ofereça as condições ótimas para o estabelecimento da vinculação da mãe ao bebé, tal não parece observar-se para todas as mulheres. Apontando-se que a afeição das mães pelo filho é gradual e pode demorar alguns dias a instaurar-se, sobretudo nos casos em que o parto fora muito difícil ou doloroso (Figueiredo, 2003).

Desta forma, pode concluir-se, que nesta fase da vida da mulher ocorrem várias alterações fisiológicas no organismo materno. Em algumas situações, pode ocorrer um desequilíbrio nessas alterações, o que suscita a hipótese de a gestante apresentar uma vulnerabilidade maior para o surgimento de estados de humor negativos, podendo resultar em patologias mais severas, entre elas, a Depressão (Lima & Tsunehiro, 2008).

As principais preocupações desenvolvimentais que contribuem para o aumento da ansiedade são a própria gravidez, pelas complicações físicas que podem surgir, condição sociocultural, vida profissional, pela possibilidade de ficarem desempregadas e a vida familiar e interpessoal (Conde & Figueiredo, 2007). No entanto, todas estas preocupações tendem a diminuir ao longo da gravidez à medida que existe a adaptação à transição de papéis para a parentalidade (Pinho, 2009).

Para além de todos estes processos desenvolvimentais específicos da gravidez, existem, igualmente, tarefas inerentes à mesma, que a mulher vai ter de se desenvolver e tentar-se adaptar. Ainda que não seja consensual, pois cada mulher leva o seu tempo, as tarefas que a maternidade implica, foram organizadas em fases, de acordo com o tempo cronológico da gravidez e puerpério, que descrevemos em seguida.

A primeira tarefa remete-nos para o primeiro trimestre, que se refere à aceitação da gravidez e nos diz que independentemente de uma gravidez ser planeada ou não, surge uma ambivalência pelo desejo e receio de estar grávida, sendo que a família tem um papel muito importante nesta fase. A segunda tarefa desenvolvimental diz respeito à aceitação da realidade do feto (2º trimestre), na qual a mulher dirige as suas atenções para as alterações do corpo e onde tem início a percepção do bebé e a interação mãe/filho, após sentir os primeiros movimentos. Relativamente à terceira tarefa, a mesma refere-se à reavaliação e reestruturação da relação com os pais (2º trimestre), iniciando-se a reaproximação com os pais ou outra figura significativa, dando oportunidade para resolver ou agravar conflitos. No que concerne à quarta tarefa, a mesma aponta para a reavaliação e reestruturação com o cônjuge/companheiro (3º trimestre), sendo também denominada como a fase do desafio, na medida em que o parceiro romântico passará a pai de um filho e terá de repartir responsabilidades. Quanto à quinta tarefa, a mesma endereça-nos para a aceitação do bebé como pessoa separada (3º trimestre), sendo considerada como o período de maior ansiedade, aproximação do parto, com ambivalência pelo fim da gravidez e o desejo de continuar grávida. No que toca à sexta tarefa, a mesma diz respeito ao puerpério, em que a mulher terá de se integrar na realidade das funções de ser mãe. Por fim, a sétima tarefa (puerpério) que nos encaminha para a reavaliação e reestruturação da relação com os outros filhos, isto porque embora as múltiparas revelem menos ansiedade relativa às tarefas que já conhecem, também apresentam menos tempo para o novo ser (Canavaro, 2006; Figueiredo, 2000).

Deste modo, a chegada de um filho inicia uma nova fase de vida da mulher denominada de puerpério, caracterizando-se como uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, tal como referido. De acordo com Kitzinger (1996), o puerpério é um período que se inicia após o parto com duração aproximadamente de 3 meses. No entanto, no caso das mulheres que vão ser mães pela primeira vez (i.e. primíparas), esta fase pode estender-se, uma vez que a inexperiência associada a sentimentos de ansiedade, medo, esperança, entre outros, podem levar a um quadro de instabilidade.

Segundo Santos (2002, cit in Soares & Varela, 2007) o puerpério refere-se ao período que se inicia logo após parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas

pela gestação no organismo materno retornam às condições normais. Neste período ocorrem adaptações fisiológicas e comportamentais complexas nas mulheres.

O puerpério pode ser dividido em três fases: imediato, tardio e remoto. A primeira fase corresponde ao período compreendido entre o 1º ao 10º dia após o parto, durante o qual se desenrolam todas as modificações necessárias ao retorno do funcionamento do organismo da mulher ao estado anterior à gravidez. A segunda fase vai do 11º ao 25º dia, onde se desenrolam todas as manifestações de recuperação e regeneração da genitália materna. Segue-se a terceira fase e seguido do remoto, com término impreciso, na dependência da lactação, normalmente em torno de 6 semanas, permeados por processos físicos, sociais e psicológicos, inerentes à maternidade (Baião e Deslandes, 2006).

Os primeiros dias após o parto são retratados por uma série de emoções e expectativas diversas experimentadas pela mulher, e por sua vez, a turbulência destes sentimentos promovem uma labilidade no quadro emocional que alterna entre a euforia e a Depressão. Assim, o perfil psicológico da mulher no puerpério caracteriza-se por uma série de sentimentos que serão traduzidos em reações diversificadas (Gonçalves, 2008).

Alguns autores afirmam que na fase puerperal a mulher se encontra exposta a maiores riscos de aparecimento de perturbações mentais, nomeadamente distúrbios ansiosos, em relação a outras fases da vida, uma vez que apresentam características peculiares e as suas defesas tanto físicas como psicossociais são direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebé (Zanotti, Saito, Rodrigues e Otani, 2003; Faisal-Cury e Menezes, 2006). Acrescentam ainda que as puérperas precisam de novos tipos de apoio para as ajudar nas suas novas funções, enquanto mães (Nystrom & Ohrling, 2004).

Não é de admirar que um processo que impõe tantas exigências, como é o caso da gravidez, tenha invariavelmente associada a presença de ansiedade, mesmo que excluamos a sua dimensão patológica. De facto, existe consenso quanto à existência de uma morbilidade aumentada para a sintomatologia psicopatológica de tipo ansioso ou depressivo, durante a gravidez. Assim, a maior parte dos autores considera que muitas mulheres apresentam valores elevados de sintomatologia ansiosa durante a gestação (Conde & Figueiredo, 2003).

Um dos fatores que provoca também alguma sintomatologia ansiógena durante a gravidez é a antecipação da experiência do parto. A experiência que a mulher prevê vir a ter durante o parto é determinada por um vasto e diverso conjunto de fatores, os quais tem a ver com as normas que vigoram na cultura e sociedade a qual pertence, mas também com dimensões de ordem individual, particularmente relacionadas com a experiência de cada mulher, ou com a experiência de pessoas que lhe são próximas.

O modo como a grávida antecipa o parto, determina muitas dimensões importantes do seu bem-estar e comportamento em relação a esta experiência, nomeadamente os seus medos e receios, assim como o tipo de preparação que irá realizar, o local que irá escolher, o recurso ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, as pessoas que irá ou não desejar ter presentes, entre outros aspetos. Dado que muito do comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como previamente concebe esta experiência, importa

perceber melhor a forma como a grávida antecipa o parto, nomeadamente para a ajudar a preparar-se e a participar mais adequadamente no parto (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

A maior parte das mães descreve um mesmo conjunto de acontecimentos, que são específicos, a propósito da experiência de gravidez e parto (Figueiredo, Costa, & Pacheco, 2002). Com efeito, existem dimensões que estão sempre presentes e são universalmente reconhecidas como parte integrante da experiência de parto, em todas as sociedades, nomeadamente, a elevada preocupação com a dor e com a morte associadas ao parto (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

O parto é geralmente considerado uma experiência difícil, pela maior parte das mães, o que resulta fundamentalmente da dor que é sentida, e existem algumas evidências empíricas que a dor sentida durante o parto, interfere no estado emocional da mãe após o mesmo (Lyons, 1998).

O medo é a resposta mais prevalecte quando a mulher é questionada acerca da experiência de parto. Este medo refere-se sobretudo à dor e ao mal-estar que pode vir a sentir durante o parto (Figueiredo, Mendonça, Costa, Pedroso, Leite, et al., 1982; Westbrook, 1978), assim como ao risco de vida que o parto pode implicar, quer para a mãe quer para o bebé. A antecipação da dor e o medo associado ao parto são reconhecidos como algumas das causas que justificam o estado de maior ansiedade que vulgarmente é descrito na grávida (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Astbury (1980) refere que a antecipação do parto representa uma situação particularmente ansiógena, implicando um aumento da ansiedade até um nível máximo no final da gravidez, ansiedade essa que diminuiu no pós-parto para níveis inferiores aos verificados na gravidez. A importância desta evidência resulta do facto de que níveis elevados de ansiedade da mulher estarem associados a piores resultados obstétricos, nomeadamente a ocorrência de parto prematuro e de complicações médicas, assim como ao aumento da mortalidade e morbidade da mãe e do bebé (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005). Sendo o parto um momento tão importante e, tudo indica, tão propulsor para o aparecimento da ansiedade é de extrema importância que a mulher se sinta acompanhada a partir do momento em que entra em trabalho de parto, sendo que o apoio emocional sob a forma de incentivo, elogios, reafirmação e a percepção de uma presença física contínua têm sido reconhecidos como componentes-chave nos cuidados durante o parto (Madi, 2001).

Outro fator que pode ser entendido como gerador de ansiedade, levando a uma pior adaptação da mãe à maternidade é a imagem corporal, pois a mesma, forçosamente vai sendo alterada ao longo da gravidez, sendo acompanhadas de alterações psicológicas. Atualmente qualquer mulher valoriza a imagem corporal, constituindo um ideal de beleza. Na gravidez o conflito entre a autoimagem e o corpo idealizado pode aumentar e tendo em conta todas as alterações que ocorrem, num curto espaço de tempo, exigem, da mulher, uma adaptação rápida (Pinho, 2009).

Os níveis elevados de ansiedade na gravidez que se associam ao stress parental durante as primeiras semanas do pós-parto, assim como a ansiedade na gravidez parecem relacionar-se com o surgimento de Depressão pós-parto, cuidados maternos desadequados e dificuldades no temperamento e comportamento da criança (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Na verdade, o risco psicopatológico associado à maternidade tem sido descrito e verificado empiricamente e tem-se observado, entre outras, a desadaptação à gravidez e o risco de emergência de perturbação psicopatológica ou de cuidados maternos inadequados no pós-parto (Pacheco, Figueiredo, Costa & Pais, 2005).

Pode concluir-se que além de todas as adaptações com as quais a mulher se depara, nomeadamente no que remete para o seu papel materno, as novas mães podem experienciar ainda uma panóplia de mudanças ao nível emocional (Cheng, Fowles & Walker, 2006).

1.2. Depressão (na Gravidez)

Desde a sua origem que o indivíduo se depara com sentimentos de desespero, apatia, indiferença, ausência de perspectiva e prazer, aspetos esses que podem resultar numa Depressão, no entanto, esta também pode, ser resultado de um desequilíbrio do organismo, que deve ser tratado (Paranhos & Werlang, 2009).

A Depressão *major* é vista pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública por satisfazer três critérios: (1) ser comum, (2) cada vez mais prevalente e (3) tratável. Pode ocorrer durante todo o ciclo de vida (Burt & Stein, 2002), causa grande sofrimento e atinge todos os grupos educacionais, económicos e raciais/étnicos (Buist et al., 2006).

Quimicamente, a Depressão é causada por um defeito nos neurotransmissores responsáveis pela produção de hormonas como a serotonina e endorfina, que dão a sensação de conforto, prazer e bem-estar (Andrade, 2003). Quando existe algum problema nesses neurotransmissores, a pessoa começa a apresentar sintomas depressivos como o desânimo e a tristeza, uma vez que acontece uma diminuição na quantidade de neurotransmissores libertados, pelo que um neurónio recetor captura menos neurotransmissores e o sistema nervoso funciona com menos neurotransmissores do que normalmente seria necessário (Andrade, 2003).

Embora não se tenha um cálculo exato, estima-se que cerca de 30% da população mundial sofra de Depressão (Marques, 2011). Em Portugal não existem dados de base populacional que permitam estabelecer com fidedignidade a prevalência da Depressão *major*, porém, um estudo efetuado em cinco países europeus, incluindo Portugal, refere uma prevalência pontual de Depressão *major* entre 2.4% (Ohayon & Schatzberg, 2002) e 4% (Ohayon & Schatzberg, 2003). É apontada como a perturbação que causa a maior proporção de incapacidade a nível mundial (Ventura, 2011), afetando principalmente as mulheres (Ragland et. al, 2012).

A ideia de que a mulher sofre mais de Depressão do que o homem é uma conceção disseminada entre a classe médica, sendo esta corroborada com os resultados dos estudos que têm vindo a ser efetuados nesta área. Em consequência, emergiu a ideia de que a Depressão tem não só um valor especial para a mulher, como também apresenta uma sintomatologia específica neste sexo (Teixeira, 1998).

A maior parte dos estudos epidemiológicos (e.g. Paykel e Cooper, 1991; Culbertson, 1997; Kornstein, 1997) demonstram a existência de uma maior incidência de Depressão na mulher, ainda que a razão inter-sexos difira consoante o tipo de Depressão considerado, por exemplo nos quadros depressivos de causa biológica (depressões endógenas) é menor, enquanto que nos quadros depressivos de causa predominantemente psicológica (depressões neuróticas) é maior, o que nos sugere que a maior incidência de Depressão nas mulheres resulta de fatores maioritariamente psicológicos (Teixeira, 1998).

Face aos dados dos diferentes estudos, várias explicações têm sido avançadas no sentido da compreensão e da melhor identificação dos fatores implicados na incidência diferencial dos quadros depressivos em relação ao género, as quais nos sugerem que eventualmente os resultados não revelam diferenças assim tão significativas entre os dois sexos, pois ainda que as mulheres, relativamente aos homens e para o mesmo nível de morbilidade, apresentem mais perturbações psiquiátricas, mostram também mais facilidade para pedirem apoio e conseqüente tratamento, daí os resultados sugeridos (Teixeira, 1998).

Outra linha de explicação para a diferença entre géneros é a linha social, a qual tenta explicar as diferenças a partir das condições específicas da mulher na sociedade moderna, quer ao nível do menor suporte social em relação ao homem, quer ao nível das condições específicas de reação ao stress (Teixeira, 1998).

Kendler *et al.* (1993) desenvolveram uma investigação acerca dos preditores para o desenvolvimento de estados depressivos na mulher, cujos resultados vieram revelar que os principais preditores para a vulnerabilidade feminina para a Depressão são acontecimentos vitais traumáticos, fatores genéticos, história anterior de Depressão major e neuroticismo (Teixeira, 1998).

A sintomatologia depressiva pode emergir no período gravídico, sendo que existem autores que afirmam que a gravidez é o maior evento psicossocial que incrementa a vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas depressivos (Ragland et al., 2012). Nos últimos anos, amostras recolhidas em diferentes países, indicam que entre 8-10% e 20% das mulheres estão deprimidas durante a gravidez, subindo a prevalência para 50% em amostras de grávidas pertencentes a comunidades desfavorecidas (Figueiredo, 2005). Salienta-se ainda que a sintomatologia presente durante a gravidez não difere dos sintomas apresentados em qualquer outra fase da vida da mulher (Roomruangwong & Epperson, 2011).

Um grande número de autores alertam para o facto das mulheres que se deprimem na gravidez geralmente já estiveram deprimidas anteriormente, e, em metade dos casos, vão deprimir-se no pós-parto, ou seja grande parte das puérperas deprimidas já manifestaram a

perturbação durante a gravidez ou anteriormente (Gorman et al.,2004, cit in Gonçalves, 2008).

As circunstâncias associadas à presença de Depressão na gravidez são, em grande parte, as mesmas que a investigação tem assinalado em associação com a presença de Depressão durante o puerpério, nomeadamente, história anterior de Depressão, condições sociodemográficas desfavoráveis, circunstâncias de vida adversas, baixos níveis de suporte social e problemas relacionais, existindo algumas mais específicas no puerpério, tais como um pior estado geral de saúde, menos cuidados de saúde pré-natais e sobretudo um maior consumo de substâncias, bebidas alcoólicas e de tabaco (Figueiredo, 2005).

Demonstrada a existência, durante a gravidez, de uma morbilidade aumentada para a sintomatologia ansiógena, é importante considerar as consequências e implicações da sua presença para a saúde e desenvolvimento cognitivo, motor e emocional do bebé, tanto durante a gestação, como após o nascimento, e explicar os mecanismos pelos quais tais implicações acontecem (Conde & Figueiredo, 2003).

Uma análise global e integradora dos resultados de várias investigações (Conde & Figueiredo, 2003) afirma que pode não ser a ação direta das situações de stress que dá origem a determinadas complicações para o feto ou para a mãe, mas sim o facto de o stress ser percebido ou não pelo indivíduo, como fazendo parte da sua vida (stress crónico), bem como a perceção existente de possuir ou não estratégias capazes para fazer face a situações adversas.

Tem sido comprovado que os fatores sociais e psicológicos maternos podem influenciar o curso da gestação, bem como o bem-estar e saúde da mãe e do feto, desde o início do desenvolvimento intra-uterino. Ao nível das complicações para o bebé que está a ser gerado, parecem existir evidencias (Conde & Figueiredo, 2003) que mostram que malformações estruturais podem emergir no contexto de problemas psicossociais aumentados, em especial problemas nas relações familiares, bem como níveis elevados de ansiedade estado poder-se-ão correlacionar com a presença de anomalias congénitas neo-natais.

A maioria das investigações desenvolvidas neste sentido centram-se, sobretudo, no estudo do impacto da ansiedade materna no tempo de gestação e no peso do bebé à nascença, verificando-se que mães expostas ao stress no período pré-natal dão à luz crianças claramente mais cedo e com peso à nascença significativamente inferior à média para a idade gestacional, sendo que mulheres com elevados níveis de ansiedade e elevado impacto de acontecimentos negativos de vida, têm um risco de parto prematuro quase três vezes acrescido quando comparadas com mulheres com baixa ansiedade e baixo stress percebido (Conde & Figueiredo, 2003). Outros autores (Li, Liu & Odouli, 2009), através dos seus estudos, asseveram que mulheres grávidas com sintomas depressivos estão, igualmente, em maior risco de parto prematuro, podem surgir efeitos adversos no crescimento fetal e estado de nutrição do bebé (Roomruangwong & Epperson,2011), podendo aumentar a probabilidade de complicações obstétricas (Nasreen, Kabir, Forsell & Edhborg, 2011).

Estudos prospectivos, como o de Gonçalves (2008) realçam que recém-nascidos de mães deprimidas na gravidez apresentam menor desenvolvimento neurocomportamental, assim como maior indisposição e inconsolabilidade, interferindo negativamente com a sua disponibilidade para interagir positivamente com a mãe.

Conclui-se, desta forma, que a Depressão perinatal pode ter consequências bastante nefastas e impactos negativos, causando muito sofrimento na mãe e no próprio bebé, pelo que nenhum sintoma deve ser menosprezado. É da responsabilidade de todos os profissionais de saúde estarem atentos a todos os sinais de alerta, para que, de uma forma eficaz, possam planejar uma intervenção e minimizar os efeitos colaterais.

1.3. Perturbações psicopatológicas no pós-parto

Ao longo deste intenso processo que é a maternidade, ocorrem momentos de felicidade, prazer e satisfação associados ao surgimento de um novo membro na família, no entanto, existem algumas evidências de que, em alguns casos, poderão iniciar-se perturbações emocionais graves, havendo portanto um incremento ao nível da morbidade psiquiátrica, nomeadamente Depressão e ansiedade (Fatoye, Adeyemi & Oladimeji, 2004)

As perturbações psicopatológicas no pós-parto são definidas por Kaplan e Sadock (1999) como doenças mentais com o início no primeiro ano após o parto e que se manifestam por desequilíbrios de humor psicóticos e não psicóticos. Na literatura mais recente aparecem como perturbações de humor que não são específicas do puerpério, mas que se iniciam após o parto, ou seja, o parto atua como um fator desencadeante (Camacho et al., 2006).

Tem sido estudado o papel de diversas variáveis na génese dos distúrbios psicopatológicos do puerpério, tendo-se concluído que algumas são de cariz demográfico, como a idade, o estado civil, o nível educacional; clínico, nomeadamente a ocorrência anterior de psicopatologia ou de distúrbio psicológico durante a gestação; psicossocial, relativo ao suporte social do companheiro, vida familiar, acontecimentos de vida, stress, dificuldades socioeconómicas, a sensibilidade interpessoal e o neuroticismo, a autoestima materna, o auto-criticismo e a autoaceitação, as estratégias de coping e os estilos de vinculação; e a variável biológica (Ferreira, 2007).

A literatura aponta ainda para variáveis relacionadas com a mulher (como o decurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, tipo de relacionamento passado com a mãe, entre outros), o bebé (como o temperamento, saúde física e peso à nascença) e o meio envolvente (como o relacionamento conjugal, apoio por parte do meio relacional mais próximo e apoio institucional) (Canavarro, 2006).

Em relação aos fatores psicossociais, vários autores destacam as dificuldades na relação conjugal, a ocorrência e intensidade de acontecimentos de vida (por exemplo, por perda de um dos pais ou por morte do bebé, por anormalidade na gravidez ou no parto, por história de infertilidade no casal, ou por perda anterior de um outro filho), as dificuldades adaptativas

de longa duração (a desarmonia no casamento, o estado civil de solteira e circunstâncias sociais de pobreza), e a inexistência ou fragilidade da rede de suporte social. Quanto à importância da gravidez ter sido ou não desejada, ainda não há um consenso entre os autores para a ocorrência de estados de humor negativos (Ferreira, 2007).

Ressalta-se a pertinência da identificação dos fatores de risco, a detecção, prevenção e intervenção precoce (Austin, 2004), nos transtornos emocionais do período pós-natal de forma a possibilitar ações preventivas imediatas. Os benefícios dessa atuação não se restringem ao bem-estar das mães, mas também se refletem positivamente nas crianças e nas famílias (Ferreira, 2007).

A ocorrência de sintomas depressivos, após o nascimento de um bebê, de acordo com Sotto-Mayor e Piccinini (2005), pode ser preocupante tanto para a mãe e para a criança, como para a família, uma vez que esse período tem sido enfatizado como propício para o surgimento de problemas emocionais nas mães, destacando-se os transtornos psicoafectivos.

Sendo a Depressão uma condição psicopatológica que, mesmo em níveis subclínicos, pode afetar o desenvolvimento da gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto, torna-se relevante compreender de que forma pode repercutir negativamente na saúde materna, fetal e para a criança, bem como a adaptação do marido/companheiro ao nascimento do filho ou mesmo no ambiente familiar (Schwengber, 2002 & Ferreira, 2007).

Assim, as perturbações mencionadas na literatura como estando associadas ao período do pós-parto, incidentes na mãe, podem assumir variadas formas, destacando-se o *Blues* puerperal, a Depressão puerperal e a psicose puerperal, podendo ainda existir transtornos na ligação mãe bebê, o abuso infantil, infanticídio, entre outros (Flynn, 2005).

Neste capítulo vamos debruçar-nos sobre a explicação das psicopatologias mais prevalentes durante este período da vida da mulher.

1.3.1. *Blues* puerperal

O *Blues* pós-parto tem sido descrito como uma perturbação de humor transitória e moderada, que se inicia nos primeiros dias após o parto, mais especificamente no 3º até ao 4º dia do puerpério, manifestando-se pela labilidade emocional e humor deprimido, crises de choro, irritabilidade, mudanças bruscas de humor, ansiedade, indisposição, insegurança fadiga, insónia e perda de apetite (Figueiredo, 2001). Os sintomas têm a duração de apenas umas horas e raramente permanecem mais de 2 dias, podendo estender-se, no entanto, até pelo menos 10 dias depois do parto (Yalom, Lunde, Moos, & Hamburg, 1968).

A taxa de prevalência de *Blues* pós-parto tem sido estimada pela maioria dos autores entre 40 a 60% (Nagata et al., 2000), sendo este um fenómeno referenciado em realidades socioculturais muito diversas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, bem como sentimentos de incapacidade (Soares & Varela, 2007)

A maioria dos autores é unânime em considerar que as mudanças de humor no momento imediato ao nascimento do bebe não estão relacionadas com variáveis

sociodemográficas, nem com complicações obstétricas na sequência do parto, com a vulnerabilidade prévia a doença psicopatológica, com circunstâncias adversas de vida e nem com o apoio social que a mãe recebe (Yalom, 1968; Figueiredo, 2001).

A ocorrência de *Blues* parece relacionar-se com variáveis psicológicas, nomeadamente com a presença de problemas emocionais durante a gravidez e algumas características da personalidade, como ansiedade e neuroticismo e reações negativas relativas ao parto (como por exemplo, perante a aparência física do bebé), (Henshaw, 2003).

Todavia, para alguns autores, o aparecimento deste quadro poderá estar relacionado com variações hormonais que ocorrem na mulher no momento que se segue ao parto, ou seja, a queda de progesterona, a baixa de estrogénios e o aumento de prolactina (Figueiredo, 2001; Henshaw, 2003).

Contudo, é claro na literatura que o *Blues* pós-parto não se trata de uma perturbação psicopatológica, é geralmente considerado como algo natural e adaptativo e que parece favorecer, inclusive, a aproximação entre a mãe e o bebé (Figueiredo, 2001).

Fatores como história psiquiátrica, apoio social, contexto cultural, aleitamento natural e paridade podem estar relacionados com a evolução de *Blues* pós-parto para Depressão materna (Miller, 2002).

Susman (1996) refere que, ao persistir ou intensificar-se a tristeza materna, o sujeito pode estar a desenvolver um quadro de Depressão, cujos critérios clínicos diagnósticos são os mesmos do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) para a Depressão major, que consideram a duração do evento em pelo menos 2 semanas, com, no mínimo, cinco dos seguintes sintomas: humor deprimido, anedonia, mudanças significativas no peso ou apetite, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa, capacidade diminuída de pensar, de concentrar-se, indecisão, pensamentos recorrentes de morte.

Esta perturbação é a que ocorre mais precocemente após o parto, sendo que as repercussões para o bebé são mais diminutas, em relação a outras patologias (Marques, 2003).

1.3.2. Depressão Pós-parto (DPP)

De acordo com Wilkinson, Moore e Moore (2003), a Depressão é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza, consistindo numa perturbação de humor, de gravidade e duração variáveis, que é recorrente e frequentemente acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica. Recorrendo a uma definição mais específica e esclarecedora desta perturbação, pode dizer-se que se trata de uma perturbação de humor que ocorre em estreita relação com o parto, que preenche os critérios de um episódio depressivo major (O'Hara, 1997).

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro clínico severo e agudo que requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois devido à gravidade dos sintomas, há que se

considerar o uso de medicação. Todo o ciclo gravídico-puerperal é considerado como período de risco para o psiquismo, devido à intensidade da experiência vivida pela mulher. Mesmo mulheres com boa organização psíquica podem-se deparar com situações em que a rede social falha. A DPP acomete entre 10% e 20% das mulheres (Maia et al, 2011), após o nascimento de um filho podendo começar na primeira semana após o parto até ao terceiro ou quarto mês após o parto, podendo perdurar até dois anos (Motta, Lucion & Manfro, 2005) e embora apresente um prognóstico bastante favorável, existe um risco acrescido de se desenvolverem novas depressões, mesmo que não relacionadas com novas gestações ou maternidades (Marques, 2003). No período pós-parto, a sintomatologia depressiva não difere qualitativamente da que ocorre em outras fases da vida, podendo ser diagnosticada e tratada adequadamente em nível primário de atenção à saúde. Contudo, menos de 25% das puérperas acometidas têm acesso ao tratamento e somente 50% dos casos de Depressão pós-parto são diagnosticados (Ruschi, 2007).

Apesar da ocorrência e da importância deste transtorno, a avaliação da Depressão no período puerperal é difícil devido à fronteira imprecisa e, às vezes, arbitrária entre as formas clínicas, as subclínicas e as não patológicas. Os limites entre o fisiológico e o patológico podem ser estreitos, o que pode gerar dúvidas em obstetras, clínicos ou mesmo psiquiatras (Camacho et al, 2006).

Por vezes os sintomas de Depressão pós-parto podem surgir em algum outro momento do primeiro ano de vida do bebé e não necessariamente nas primeiras semanas. Mas os primeiros três meses do pós-parto equivalem ao período em que cerca de 70% das mães corre o risco de desenvolver sintomatologia depressiva (O'Hara, 1997). Ainda assim, é possível que na 10.^a semana se encontre um elevado número de mulheres a iniciarem uma Depressão pós-parto (Oates, cit in Figueiredo,2001).

Esta situação é especialmente importante, porque muitas das depressões pós-parto acabam por passar despercebidas, uma vez que ocorrem depois de as grávidas terem deixado a maternidade, e muitas vezes é vista, por estas últimas, como uma reação normal face ao período que acabaram de atravessar, servindo de ponte de passagem para a maternidade (Francisco et. al, 2007). Salienta-se que as alterações podem não se tornar aparentes até o quarto ou quinto mês do nascimento do bebé e, por isso, não serem consideradas como tendo sido despoletadas pela maternidade (Primo & Amorim, 2007).

É uma patologia que prevalece, essencialmente, em mulheres que experienciam dificuldades presentes no relacionamento com a família, como falta de suporte emocional da parte do marido ou situações de conflito com a família de origem, nomeadamente com a mãe (Marques, 2003).

Segundo Murray & Cooper (1997) e Flynn (2005) a Depressão pós-parto refere-se a um episódio depressivo sem indícios psicóticos, no entanto surgem sintomas que incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas. Os mesmos autores realçam

também que esta Depressão pode destacar-se das outras, no que diz respeito ao início, severidade, duração e consequências nefastas para a criança.

Os sintomas da Depressão puerperal são característicos do humor disfórico como tristeza, ansiedade, irritabilidade ou tensão, mudanças bruscas de humor, indisposição, doenças psicossomáticas, tristeza profunda, desinteresse pelas atividades do dia-a-dia, nomeadamente pela relação sexual, fadiga (Iaconelli, 2005), há alguma tendência para auto-reprovação e pessimismo, com possibilidade de existência de ideação suicida, ocorre perda de vitalidade, a ponto de existir autonegligência e abandono dos papéis e funções quotidianas, envolvendo ainda efeitos sobre a díade mãe-bebé (Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Pouco & Briggs-Gowan, 2001). Neste sentido pode surgir desmazelo no que diz respeito à prestação e de cuidados de saúde e satisfação das necessidades básicas do bebé, chegando ao extremo de pensamentos suicidas e homicidas em relação ao mesmo (Ramos & Furtado, 2007). A DPP pode ainda favorecer a ocorrência tanto de abuso, quanto de negligência, principalmente quando os sintomas depressivos sejam persistentes (Weinberg & Tronick, 1998; Hipwell et al, 2000).

Esta Depressão distingue-se ainda por se encontrar revestida com características ansiosas evidentes que implicam pensamentos intrusivos, sobre a segurança da criança, sentimentos de culpa relativamente ao papel maternal (Gale & Harlow, 2003), pensamentos recorrentes em causar danos ao bebé, assim como perda significativa de autoestima. Para além de que se trata de uma perturbação que se desenvolve especificamente em volta do desempenho do papel materno e do bebé (Figueiredo, 2001).

A Depressão materna caracteriza-se, além de todos os sintomas somáticos, por um sentimento de incapacidade e de inadequação, relacionados com a melhor maneira de lidar com o bebé. São frequentes os sentimentos de culpa, por não amar ou não cuidar o suficiente do bebé; ansiedade, existindo uma preocupação excessiva com a alimentação e bem-estar do bebé, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante (APA, 2000) e isolamento social (Brites, Moreira & Baptista, 2000).

Podem advir consequências no relacionamento conjugal, na adaptação do marido/companheiro ao nascimento do filho, e no desenvolvimento cognitivo, afetivo e social do bebé. Estes dados assumem particular relevância numa época em que, por um lado, melhoraram os meios clínicos e farmacológicos para o controlo e tratamento da Depressão, mas, por outro, se aprofundou o isolamento e o desenraizamento social nas sociedades urbanas, em que as pessoas deprimidas, como alguns casais que recentemente assumiram o papel de pais, se sentem muitas vezes encerradas em si próprias e sem possibilidade de recorrerem a ajuda terapêutica (Ferreira, 2007).

A cronicidade dos sintomas nesta perturbação pode advir do facto da maior parte das mães não pedirem ajuda especializada e de a patologia não ser detetada pelos técnicos de saúde primária que contactam com as mulheres, assim como a coexistência com circunstâncias psicossociais desfavoráveis (Figueiredo, 2001).

No fundo, o desenvolvimento equilibrado da criança depende, largamente, do comportamento parental, ou seja, das estratégias de *coping* e respostas dos pais às necessidades específicas da criança e das intervenções que dirigem a estes. Todavia, a Depressão pode de facto implicar uma incapacidade ao nível do planeamento e condicionar a sensibilidade materna, pois como a mãe se encontra demasiado centrada em si, nas suas preocupações, não está tão disponível para o que a rodeia, incluindo o seu bebé (Francisco et. al, 2007).

A Depressão puerperal tem motivado diversas investigações, ora para a deteção das variáveis de risco para o seu aparecimento, ora das consequências provenientes deste quadro para o desenvolvimento psicossocial da criança, numa perspetiva multifatorial. De entre as variáveis de risco para o aparecimento da Depressão pós-parto relatadas na literatura especializada estão as individuais e as psicossociais. As primeiras relacionam-se com a ocorrência prévia de episódios depressivos na mãe (O'Hara, 1997), história psiquiátrica familiar (Beretta et. Al, 2008), características estruturais e funcionais da personalidade da puérpera, estratégias de *coping* e variáveis ligadas a dificuldades na gestação. Já as variáveis psicossociais relacionam-se com os eventos adversos no período pré e pós-parto, com o prejuízo na relação conjugal e a ausência de apoio social (O'Hara, 1997), incluindo o familiar (Ramos & Furtado, 2007). Em mães mais velhas, fatores como a conjugação do papel maternal com outros papéis como a carreira profissional, poderá ocasionar situações de stress adicional, aumentando a vulnerabilidade da mulher para a Depressão (Gonçalves, 2008).

Os fatores de risco que maioritariamente têm sido referidos na literatura como contributo para o aparecimento de Depressão neste estágio de vida são os acontecimentos de vida adversos que ocorrem na vida da mulher ou "*life events*", que incluem situações como o desemprego materno e/ou paterno, abandono por parte do pai da criança, grandes dificuldades financeiras e ocorrência de problemas de saúde na família da puérpera; o número de filhos (Lee et. al, 2007), a ausência de suporte social, especificamente do apoio emocional do companheiro/marido, família e amigos ou seja de uma rede de apoio, que funciona como fator protetor da mulher perante a possível ocorrência desta perturbação e as dificuldades e insatisfação quanto à relação conjugal (Figueiredo, 2001). Assim, pode concluir-se que fatores como autoestima, estado civil, nível socioeconómico e o facto de a gravidez ter sido ou não planeada parecem ser preditores para o surgimento de Depressão pós-parto (Beck, 2001).

Existem outros fatores de risco que têm vindo a ser estudados e demonstram uma alta correlação com a DPP. Entre eles, temos mulheres com sintomas depressivos durante ou antes da gestação, com histórico de transtornos afetivos, mulheres que sofrem de tensão pré/pós menstrual, que passaram por problemas de infertilidade, que sofreram dificuldades na gestação, submetidas à cesariana, primíparas, vítimas de carência social, mães solteiras, mulheres que perderam pessoas importantes, que perderam um filho anterior, cujo bebé apresenta anomalias, que vivem em desarmonia conjugal ou que se casaram em decorrência da gravidez (Iaconelli, 2005;).

Relativamente à relação conjugal considera-se que a qualidade e o ajustamento no relacionamento conjugal interfere de forma significativa no facto de a puérpera vir ou não a desenvolver uma Depressão pós-parto (Figueiredo, 2001), encontrando-se a referência de que a mulher com Depressão pós-parto percebe de forma negativa o apoio do cônjuge, descrevendo a sua relação com o cônjuge pela falta de intimidade ou do denominado apoio emocional/instrumental, na medida em que descrevem a ausência de um cônjuge confiante e disposto a auxiliar nas tarefas familiares e cuidados do bebé. Neste sentido, Gonçalves (2008) consolida este aspeto referenciando um estudo realizado por Logsdon e Usui (2001) em que ao avaliarem a importância do suporte social concluíram que os preditores da Depressão pós-parto são os mesmos nas diversas amostras de mulheres: a importância dada ao suporte, o suporte recebido e a proximidade com o companheiro.

De acordo com as investigações realizadas por Ferreira (2007), os estados depressivos das mães influenciam negativamente o desenvolvimento físico, cognitivo e social dos recém-nascidos e aumentam o risco de morbilidade psiquiátrica dos respetivos maridos.

Alguns estudos efetuados sobre as consequências da Depressão puerperal para os bebés apontam que os recém-nascidos de mães deprimidas apresentam menor orientação e menor sensibilidade aos sinais maternos e as crianças mais velhas, poderão apresentar défices de atenção e limitações no desenvolvimento cognitivo, além de se concentrarem menos nas atividades de brincar (Ramos & Furtado, 2007).

Papousek (1997) aponta que as falhas na comunicação entre a mãe e o bebé, comuns na Depressão pós-parto, podem levar a choro excessivo da criança, demonstrando a existência de uma correlação significativa entre Depressão materna, duração do choro, insatisfação conjugal e temperamento difícil do bebé. Também Berg (2009), corroborou esta informação, afirmando que os sintomas depressivos provindos dos pais, especialmente da mãe, durante a gravidez pode ser um fator de risco para o choro infantil excessivo.

Tronick (1997), verificou que a Depressão materna compromete a capacidade da mãe e eventualmente da díade para regular mutuamente a interação. Já para Brockington (1996), a Depressão pós-parto é um dos fatores que provoca transtornos na ligação mãe-bebé, prejudicando a interação, podendo, contudo, algumas vezes, o transtorno na ligação mãe-bebé ser o fator que favorece a ocorrência de Depressão na mãe. Quando a mãe não consegue oferecer respostas suficientes para atender às necessidades do seu bebé, ela pode experienciar reações de ansiedade, Depressão e vergonha. Embora geralmente, nas investigações que relacionam a Depressão pós-parto e o desenvolvimento do bebé, o foco seja o impacto da desordem de humor da mãe sobre os bebés, é importante salientar que algumas características do bebé, como temperamento e comportamentos difíceis, têm repercussões no funcionamento parental, levando a sentimentos de desamparo e Depressão nos pais (Ramos & Furtado, 2007).

Segundo Beardslee et al. (1983, cit in Marques, 2003) há vários aspetos da doença depressiva que também têm de ser tomados em consideração quando avaliamos o risco psicopatológico para a criança. Assim, destaca-se o momento de início da Depressão face à

idade da criança; a gravidade/cronicidade da doença; a ausência de recuperação entre os episódios depressivos agudos e a existência de hospitalizações (e portanto de separações da criança). Todavia, há que ter a noção que nem todas as crianças filhas de mães deprimidas desenvolvem psicopatologia, apesar de pertencerem indiscutivelmente a um grupo de risco.

A Depressão Pós-parto deve ser encarada como um problema de saúde pública que implica melhor identificar, prevenir e tratar. Apesar dos frequentes contactos das mulheres grávidas/puérperas com os profissionais de saúde durante todo o período perinatal, a Depressão perinatal/DPP muitas vezes não é identificada (Riecher-Rössler, 2005).

Em suma, pode concluir-se que o diagnóstico precoce é fundamental e, para isso, é necessário um acompanhamento em todo ciclo gravídico-puerperal, sendo esta a melhor forma de evitar, atenuar ou reduzir a duração desta perturbação.

1.3.3. Psicose puerperal

A psicose puerperal é comumente aceite na comunidade psiquiatra como a mais grave de todas as formas de insanidade mental. Trata-se de uma perturbação psicopatológica caracterizada por um emergir súbito de sintomatologia psicótica, que ocorre entre as 48 horas e duas semanas após o parto, sendo que os estudos empíricos nesta área (Feinemann, 2000) indicam que nenhum caso estudado se iniciou antes do terceiro dia ou depois da quarta semana do puerpério.

Esta perturbação parece ser pouco prevalente, nomeadamente 1 a 2 mulheres em 1000 nascimentos, podendo caracterizar-se por ansiedade severa, alucinações e delírios, os quais frequentemente requerem tratamento intensivo e, por vezes, hospitalização (Coutinho e Saraiva, 2008). Apesar de se tratar de uma perturbação de maior risco para a mãe e para o bebé, comparativamente com as outras perturbações do puerpério, estima-se que tenha uma taxa de prevalência menor, podendo oscilar entre 0,01 a 0,02 %.

As mulheres com psicose puerperal apresentam um estado confusional agudo e uma significativa labilidade de humor, oscilando muitas das vezes entre um comportamento ajustado à realidade e ao bebé e uma perda de contacto com a realidade que a rodeia, que poderá levar a sentimentos de rejeição ou mesmo de hostilidade para com o bebé, que pode não ser reconhecido como da própria (Gonçalves, 2008).

A maioria dos autores considera-a como uma forma de Depressão maníaca com surtos de euforia hiperativa seguidos de episódios de “desespero desmedido”. De facto os sintomas maníacos estão particularmente presentes na psicose puerperal, quando comparada com a psicose que ocorre noutras alturas da vida da mulher (Feinemann, 2000).

Os sintomas mais comuns da psicose puerperal são confusão, insónia, desorientação, agitação, comportamentos bizarros, ideias de referência e alucinações, sendo que alterações de sono, irritabilidade e letargia podem ser dos primeiros sintomas a ocorrer. Contudo, trata-se de uma perturbação transitória, cuja duração é variável, pelo que a maioria das mulheres

saem do hospital dois meses após a sua entrada. Salienta-se que é ainda possível que a sua recuperação demore entre 5 a 12 meses (Figueiredo, 2001).

Os fatores mais evidentes envolvidos na psicose pós-parto são os biológicos, à semelhança do que se sucede no *Blues* pós-parto, nomeadamente as variações hormonais que ocorrem no pós-parto, sobretudo a queda dos níveis de progesterona e/ou estrogénio, juntamente com a vulnerabilidade psicopatológica da mulher, e a ocorrência prévia de perturbação psicopatológica (Figueiredo, 2001). Este quadro aparece, assim, associado tanto à história de problemas psiquiátricos da mulher, principalmente a perturbação bipolar de humor, como a episódios anteriores de psicose pós-parto, o que irá aumentar o risco de subsequentes episódios (Gale & Harlow, 2003; Flynn, 2005).

Alguns autores, como Kendell, Chalmers, Platz (1987), verificaram e identificaram como fatores de risco, a primiparidade e ausência do companheiro, não tendo encontrado nenhuma outra variável psicossocial que mostrasse ter qualquer significado na explicação desta perturbação (Figueiredo, 2001). Já López e Llop (2007), remetem para história pessoal ou familiar de psicose puerperal ou doença psicótica, especialmente psicose afetiva.

É de salientar que a psicose puerperal é um quadro clínico de emergência médica, que requer tratamento psiquiátrico e consequente hospitalização, uma vez que pode manifestar-se através de sintomas muito intensos, incluindo rumações graves ou pensamentos delirantes a respeito do bebé (APA, 2000), pelo que as consequências deste estado são extremamente adversas para a mãe e para o bebé, ou mesmo para a relação de ambos, possuindo elevada probabilidade de recorrência (Gonçalves, 2008). Como situação extrema da ocorrência deste estado poderá surgir o infanticídio, o qual está associado, com maior frequência, a episódios psicóticos no pós-parto, com alucinações de comando ou delírios de possessão envolvendo o bebé (Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005).

1.4. Suporte Social (na Gravidez e no Pós-Parto): Influência da perceção de suporte social

A década de 70/80 é considerada como um marco teórico na conceptualização do conceito de suporte social. Existem múltiplas definições para este conceito, para além de diversas formas de o mensurar (Rios, Torres & Díaz, 1992).

A definição mais antiga foi apresentada por Moos, em 1973, como referem Rios e colaboradores (1992), ao enumerarem uma lista histórica de 19 definições de suporte social, sendo que, da diversidade, salienta-se o facto de suporte social incluir diferentes tipos de suporte, e que o mesmo remete para a perceção individual.

O suporte social, de acordo com Antunes e Fontaine (2005), refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos, na forma de afeto, companhia, assistência e informação, ou seja, refere-se a tudo o que proporcione ao indivíduo sentir-se

valorizado e seguro. Assim, é muito importante que haja empenho e esforço da família e dos amigos para propiciar a percepção de suporte social.

O suporte social pode ser ainda entendido como um processo que envolve interações com outras pessoas e um conjunto de fatores socio ambientais que atuam de forma protetora, capacitando os indivíduos a lidarem mais adequadamente com stressores ambientais (Lima, 1999; Lett et al, 2007).

Adotando uma definição mais recente, pode dizer-se que o suporte social se refere a um conjunto de mecanismos que, através das relações interpessoais, protegem os indivíduos dos efeitos prejudiciais do stress na sua saúde, bem-estar e na qualidade de vida, que deve estar presente independentemente dos acontecimentos de vida negativos (Serra, 2002).

O suporte social deixou de ser entendido como um conceito unitário, para passar a ser multidimensional e pode ser considerado como a percepção que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado, estimado, valorizado e que pertence a um grupo com obrigações mútuas. Ou de uma forma mais geral, refere-se a diferentes graus de necessidades de afeto, aprovação, pertença e segurança num grupo (Bloom, 2000; Abreu-Rodrigues & Seidl, 2008).

No geral, as fontes mais importantes de suporte são a família, amigos e, os profissionais de saúde, sendo que os primeiros se referem à rede de suporte social informal e o último à rede de suporte social formal (Pereira & Lopes, 2002).

Na vida de qualquer sujeito, a componente social é muito importante, tanto para a saúde como para as doenças, embora continue a ser alvo de discussão o que é que pode ser considerado como variável social no imenso domínio do conceito de suporte social, sendo que a investigação tanto se refere a aspetos objetivos do social tais como, quantidade de amigos, frequência de contactos, intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais, como a aspetos subjetivos nomeadamente a percepção que o indivíduo tem da adequação e da satisfação com a dimensão social da sua vida (Ribeiro, 1999).

Assim, podem considerar-se dois níveis de análise do suporte social (Seidl & Tróccoli, 2006). No nível estrutural analisam-se as características das redes sociais (quanto ao tamanho, composição, densidade, dispersão e homogeneidade). No nível funcional, avaliam-se os conteúdos funcionais das relações (suporte emocional, instrumental, informativo e o de avaliação ou estima). Estes dois níveis de suporte social estão relacionados, uma vez que, dependendo do tamanho da rede social, o indivíduo terá mais ou menos oportunidade de experimentar diferentes tipos de suporte funcional (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira & Piccinini, 2011).

Um último nível de suporte social representa os diferentes tipos de suporte, atualmente divididos da seguinte forma (Hamilton, Sandelowski & Faan, 2004): Emocional, Afetivo ou de Estima, que ocorre quando o indivíduo se sente estimado pelos outros (quando recebe amor, amizade, apoio, segurança), apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a sua autoestima; Percetivo, permitindo ao indivíduo efetuar uma avaliação mais correta do seu problema, dar-lhe outro significado e estabelecer objetivos mais realistas; Informativo, que corresponde às informações e conselhos que

ajudam a compreender melhor as situações difíceis de perceber, facilitando a tomada de decisão; Instrumental, que consiste na ajuda concreta em termos materiais/serviços que o indivíduo recebe de forma a resolver um problema e, por fim; Convívio Social, que se traduz no sentimento de estar acompanhado, de fazer parte de uma rede social, e participar em várias atividades sociais.

Todos os tipos de suporte social são úteis, mas dependendo do grau de controlo do stress, há uns com um efeito mais consistente que outros. O suporte instrumental e informativo, são úteis quando a situação é controlável, pois ajudam a resolver o problema de forma definitiva, mas, quando a situação não é controlável, o apoio emocional é o único possível, pois facilita o controlo de emoções negativas, quando existem poucas soluções. O apoio percetivo é útil para corrigir a distorção da realidade e é muito utilizado em intervenções terapêuticas (Serra, 2002).

Assim, é muito importante a construção da rede de relacionamentos entre pessoas, concetualizada como rede social ou *social network*, tratando-se de um construto multidimensional onde os recursos psicológicos e materiais disponibilizados ao indivíduo possibilitam lidar com os acontecimentos diários (Barnes, 1954 cit in Alarcão & Sousa, 2007).

Desta forma, rede de apoio social pode ser definida como um conjunto de pessoas que mantém relações específicas, com significado mútuo, no quadro de apoio social (Alarcão & Sousa, 2007), ou seja, consiste na disponibilidade de sistemas e de pessoas significativas que proporcionam apoio e reforço às estratégias de *coping* do indivíduo perante situações de vida, sendo que pode incluir a família extensa, os amigos, colegas de trabalho, relações comunitárias e serviços de saúde, de credo religioso ou político, incluindo tanto as relações íntimas como aquelas ocasionais (Falceto, 2002).

Existem hipóteses que tentam explicar o papel do suporte social no estado de saúde (Ogden, 1999). A Hipótese do Efeito Principal sugere que a simples presença de suporte social é benéfica e, a sua ausência causadora de stress. De outra forma, a Hipótese da Protecção Contra o Stress sugere que o suporte social influencia a apreciação do indivíduo sobre o stressor, no sentido da protecção.

De acordo com diferentes concepções, a presença de suporte social influencia diretamente o impacto emocional de uma doença, sendo que suporte social apresenta um efeito protetor com repercussões positivas no ajustamento emocional do indivíduo, por exemplo a uma doença, mas só se isso for uma necessidade do indivíduo. Assim, afirma-se que por um lado o suporte emocional tem uma influência direta no impacto da doença e, por outro, o suporte tem um efeito protetor sobre o acontecimento de vida negativo e, por conseguinte, no ajustamento emocional (Kornblith et al., 2001).

Desta forma, a avaliação que indivíduo executa sobre o apoio recebido tem sido relacionada a diversos desfechos positivos na saúde física e mental, influenciando a maneira de perceber situações estressantes, o bem-estar emocional e psicológico e até a longevidade dos indivíduos (Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007). Como referem Rodin e Salovey (1989, cit. in Ribeiro, 1999), o suporte social alivia o distress em situação de crise, pode inibir o

desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo se encontra doente tem um papel positivo na recuperação da doença.

O nascimento de um filho é um evento que modifica a vida do casal, especialmente a da mãe. A resposta da mulher a estas mudanças é influenciada por fatores individuais e ambientais, destacando-se, como um dos fatores mais importantes que influencia o seu bem-estar, o apoio que ela recebe daqueles que a rodeiam, especialmente do pai do bebê (Rapoport & Piccinini, 2006). A disponibilidade de apoio social facilita uma maternidade responsiva, principalmente sobre condições stressantes, promovendo o desenvolvimento de um apego seguro mãe-bebê, além de afetar diretamente a criança, através do contato dela com os membros da rede de apoio (Crockenberg, 1981).

A labilidade emocional é uma das características da mulher grávida, no entanto a mesma depende de vários fatores, nomeadamente a qualidade do apoio que recebe (Colman & Colman, 1994). Desta forma, a percepção de suporte social torna-se um possível fator protetor para o aparecimento de sintomas ansiógenos e depressivos, uma vez que essa assistência afetiva, combinada com procedimentos terapêuticos, tanto médicos como psicológicos, colaboram para a melhoria das pacientes que se encontram nesse período (Konradt et. al, 2011).

A percepção que uma mulher tem do seu relacionamento conjugal, em termos de satisfação, proximidade do relacionamento e apoio do parceiro, parece estar relacionada com a sintomatologia depressiva durante a gravidez e o pós-parto. Mulheres com elevados níveis de stress durante a gestação ou que carecem de um companheiro confiante são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento da Depressão pós-parto (Pereira, Santos & Ramalho, 2004).

Pereira e os seus colaboradores (2004) evidenciam que uma comunicação medíocre com o companheiro está associada com a severidade de alguns sintomas no 1.º trimestre de gravidez. Uma relação conjugal debilitada tem sido associada a uma hospitalização devido a parto prematuro e a uma maior necessidade de administração de sedativos e tranquilizantes (Pereira, Santos & Ramalho, 2004).

Uma relação insatisfatória com o companheiro pode tornar-se um impedimento sério na satisfação com a gravidez e adaptação ao papel de mãe. Tem sido sugerida uma associação entre a qualidade da relação marital, o trabalho de parto prematuro e duração do trabalho parto. As mulheres com baixo suporte social na presença de stress (e.g., uma relação conflituosa) apresentam três vezes mais probabilidade de ter complicações durante a gravidez quando comparadas com as que têm um elevado suporte social. Realça-se pois, a pertinência da centralidade da relação conjugal e suporte social no ajustamento da mulher à gravidez e ao recém-nascido (Pereira, Santos & Ramalho, 2004).

É importante realçar também o apoio dos profissionais de saúde, no sentido de formar e informar, apoiar e orientar de forma a vivenciar a maternidade de forma saudável. Para Colman e Colman (1994), os novos papéis que a mulher terá de desempenhar na gravidez suscitam ansiedade e desafios, sentimentos, estes, para os quais os médicos muitas vezes não

estão sensibilizados, direcionando a sua atenção apenas para a mulher no seu contexto físico (Pinho, 2009).

É da competência dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a promoção de saúde do sujeito, família e comunidade, nomeadamente promoção da saúde da mulher grávida, pois muitas vezes, principalmente em primíparas não estão preparadas para a maternidade, podem sentir-se amedrontadas pela falta de experiência e pela incerteza das suas necessidades, não sabendo como as expressar. Torna-se assim necessário que se possibilite um clima de liberdade, onde a mulher se sinta à vontade e possa expressar o que de facto sente e o que vivencia neste período (Walin, 2007; Mendes, 2003).

Pode entender-se, então, o suporte social como sendo uma componente na vida do sujeito, capaz de promover a sua saúde, indispensável na sua vida, e que se exprime na forma como este se relaciona com o meio envolvente (Pinho, 2009).

Podemos concluir que o suporte social que cada indivíduo percebe da sua rede social influencia, de diferentes formas, a sua saúde física e mental, perante uma situação de stress.

Capítulo II: Estudo Empírico

2.1. Apresentação do estudo e objetivos

A pertinência deste tema resulta do conhecimento de várias investigações científicas recentes que têm evidenciado que nesta fase da vida da mulher ocorrem alterações fisiológicas no organismo materno para adaptá-lo às novas condições impostas pelo abrigo ao novo ser (Nascimento, Amorim, Primo & Castro, 2009) e em algumas situações, pode ocorrer um desequilíbrio nessas alterações, o que suscita a hipótese de que a gestante apresenta uma vulnerabilidade maior para o surgimento de estados de humor negativos, podendo resultar em patologias mais severas, entre elas, a Depressão (Lima & Tsunehiro, 2008).

Sendo a Depressão uma condição psicopatológica que, mesmo em níveis subclínicos, pode afetar o desenvolvimento da gravidez, tanto para a mãe quanto para o feto, torna-se relevante compreender de que forma se pode repercutir negativamente na saúde materna, fetal e para a criança, bem como a adaptação do companheiro ao nascimento do filho ou mesmo no ambiente familiar (Schwengber, 2002; Ferreira, 2007).

No contexto da promoção da educação para a saúde durante a gravidez e no pós-parto, é de extrema importância a identificação dos fatores de risco que promovem o desenvolvimento de estados emocionais negativos nas mulheres grávidas e puérperas, a fim de prevenir consequências adversas para a mãe e para a criança. Neste sentido, deve ressalvar-se a importância de realizar intervenções de melhoria para minimizar o aparecimento de sintomas psicopatológicos, de forma a ajudar as mulheres grávidas a terem uma melhor adaptação à maternidade, podendo desenvolver-se e promover-se intervenções personalizadas de acordo com o estilo de vida e contextos em que se inserem. Assim, todo este conhecimento poderá ajudar os profissionais de saúde a mais facilmente detetarem, durante a gravidez, as mulheres que estão mais vulneráveis a desenvolver estes estados, podendo identificá-las antes do parto para um acompanhamento mais próximo e adoção de estratégias preventivas.

Partindo deste pressuposto, propusemo-nos a avaliar a existência de sintomas psicopatológicos durante a gravidez e no pós-parto, bem como avaliar a perceção de Suporte Social neste mesmo período.

Pretende-se, desta forma: (1) Avaliar sintomas psicopatológicos na gravidez e no pós-parto; (2) Avaliar níveis de Depressão na gravidez e no pós-parto; (3) Avaliar níveis de suporte social na gravidez e no pós-parto; (4) Compreender se existem diferenças na existência de sintomas psicopatológicos e de Depressão nos dois momentos de avaliação, assim como comparar os dados sócio demográficos recolhidos (estatuto socioeconómico, idade, estado civil, se necessitou de apoio psicológico, etc.) com o nível de sintomas psicopatológicos (índice geral de sintomas), e o Suporte Social desta amostra específica.

Este estudo que pretende avaliar a mesma amostra em dois momentos distintos, com um período de interregno entre dois meses a dois meses e meio, com o objetivo de identificar

e descrever mudanças nos indivíduos ao longo do tempo e correlacional/descritivo, na medida em que se propõe avaliar a relação entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis e acontecimentos. Assim, com este estudo, propomo-nos a relacionar variáveis independentes¹ como as sociodemográficas, com variáveis dependentes¹ como o nível de sintomas psicopatológicos e a percepção do Suporte Social.

Deste modo as proposições de investigação colocadas e passíveis de serem verificadas são as seguintes:

H₁= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e Depressão em função da variável nível de escolaridade.

H₂= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e Depressão em função da variável estado civil.

H₃= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e Depressão em função da variável situação socioprofissional.

H₄= Existem diferenças ao nível dos índices de sintomas psicopatológicos e Depressão em função da variável planeamento da gravidez.

H₅= Mulheres com antecedentes clínicos e dificuldades na atual gravidez revelam maiores índices de sintomas psicopatológicos e Depressão.

H₆= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão em função da variável tratamento psiquiátrico/psicológico.

H₇= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão em função da variável apoio do companheiro.

H₈= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão em função da variável apoio dos pais e amigos.

H₉= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão em função da variável número de filhos.

H₁₀= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão em função da variável natureza dos partos anteriores.

H₁₁= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão em função da variável acontecimento de vida específico.

H₁₂= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão no pós-parto em função da variável experiência de parto.

H₁₃= Existe uma associação estatisticamente significativa entre os índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão e a variável suporte social.

H₁₄= Existem diferenças nos índices de percepção de suporte social existentes durante a gravidez e no pós-parto.

H₁₅= Existem diferenças nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão durante a gravidez no pós-parto.

¹ Mesmo sendo um estudo de natureza não experimental, foi usada esta terminologia para facilitar a apreensão do posicionamento das variáveis.

Desta forma, como variáveis deste estudo fazem parte, variáveis independentes, que nos remetem para as variáveis que provocam mudanças no comportamento a medir, tais como as características sociodemográficas, idade, estado civil, escolaridade, situação sócio-profissional, agregado familiar, assim como dados clínicos, relativos à gravidez atual, história psiquiátrica prévia e vivência da gravidez (ansiógenos e aspetos responsáveis pelo aparecimento ou aumento da ansiedade).

Consideram-se como variáveis dependentes, aquelas que dependem dos procedimentos de investigação, habitualmente são aquelas que procuramos como resposta para a pergunta, ou seja, é o resultado obtido com os procedimentos de investigação (Sousa, 2005). Assim, como variáveis dependentes desta investigação temos os sintomas psicopatológicos, os sintomas depressivos e a perceção de suporte social.

2.2. Metodologia

2.2.1. Participantes

Neste estudo participaram 81 sujeitos, os quais responderam validamente aos questionários aplicados, formando assim a amostra. A amostra é classificada como não probabilística e, por conveniência, uma vez que se acederam aos elementos da população que demonstraram interesse e disponibilidade para participar no estudo (Santos & Candeloro, 2006).

Tendo em conta a especificidade do estudo, os participantes do mesmo são todos do sexo feminino. As suas idades variam entre os 18 e os 41 anos de idade, sendo a média de 31.26 anos de idade (DP= 4.85). Devido aos objetivos propostos, optou-se por descrever a amostra mais pormenorizadamente.

Relativamente ao estado civil, a maioria das grávidas encontra-se casada ou em união de facto (92.6%), 6.2% são solteiras e apenas uma grávida é divorciada, o que corresponde a 1.2%. Quanto à escolaridade das gestantes, 39.5 % possuem Bacharelato/Licenciatura, 38.3% possuem Ensino Secundário (12º ano), 13.6% remetem-nos para o 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano), 7.4% frequentaram o Mestrado/Doutoramento e, por fim, 1.2% possuem o 2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano). Assim, podemos contemplar que as gestantes possuem elevada escolaridade.

No que diz respeito à Situação Socioprofissional, a maioria das mulheres grávidas encontra-se empregada (77.8%), sendo que as restantes se encontram desempregadas (17,3%), são estudantes (2,5%) ou encontram-se noutra situação (2,5%).

No que concerne ao agregado familiar da grávida, 61.7% vivem com o companheiro, 33.3% vivem com o marido e os filhos, 2.5% vivem sozinhas, 1.2% vivem com os pais e igualmente 1.2% vive com o companheiro e com as irmãs.

Passemos agora a descrever as características sociodemográficas dos companheiros, os quais participaram 80 neste estudo. Relativamente à idade, a mesma varia entre os 22 e os 45 anos de idade, sendo a média de 33.28 anos de idade (DP= 4.98). Relativamente à escolaridade dos mesmos a maioria possui o Ensino Secundário (38.3%), seguidos de 24.7% correspondentes a Bacharelato/Licenciatura, 19.8% frequentaram o 3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano), 12.3% dizem respeito aos companheiros que possuem o 2º Ciclo do Ensino Básico (5º e 6º ano), 2.5% têm o Mestrado/Doutoramento e apenas 1.2% são relativos ao 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano).

Por fim, no que se refere à sua situação socioprofissional, pode afirmar-se que 82.7% dos companheiros se encontram empregados e 11.1% desempregados, sendo que os restantes 6.2% encontram-se numa outra situação não especificada.

Reportando-nos agora para história obstétrica das mulheres grávidas, bem como os seus ansiógenos no decorrer da gestação, comprovamos que as mulheres que fizeram parte deste estudo se encontram entre as 28 e 41 semanas de gestação, sendo que a maior prevalência incide sobre as 37/38 semanas (18.5%), logo seguidos de 16% referentes às 32 semanas. Remetendo de seguida para o que diz respeito à gravidez atual, existem evidências de que em 81.5% dos casos a gravidez foi planeada/desejada, 16.0% não foi planeada, mas foi aceite por ambos os pais, sendo que apenas em dois casos, a gravidez não foi planeada e não aceite por ambos os pais. Ressalta-se que em 85.2% das grávidas a gestação ocorreu dentro da normalidade, contudo 14.8% sofreram abortos espontâneos antes desta gravidez e tiveram dificuldade em engravidar. É de salientar, ainda, que 69.1% das mulheres são primíparas e as restantes 30.9% já possuem outros filhos. Destas 30.9% que já tiveram contacto com a maternidade, 16% tiveram um parto normal e 13.6% o mesmo ocorreu de cesariana.

Relativamente à necessidade das mulheres em algum momento da vida terem de recorrer a tratamento psiquiátrico ou psicológico apenas 9.9% afirmam terem sentido essa carência, sendo que a maior causa do tratamento remete-nos para Depressão.

No que diz respeito ao apoio percebido pela grávida nesta fase da sua vida, as mesmas indicaram que percebem receber esse suporte por parte do companheiro (95.1%), sendo que 90.1% dessas afirmam mesmo receber todo o apoio que esperava. Depois, segue-se a mãe e o pai (55.6% e 35.8% respetivamente), como sendo as pessoas mais significativas e de quem mais recebem apoio neste período. Outros significativos como amigos, médico ou irmãos, foram também assinalados pelas mulheres.

A variável alusiva aos aspetos que parecem causar mais ansiedade encaminha-nos principalmente para fatores como a saúde do bebé (75.3%), a antecipação do parto (60.5%) e a incapacidade de responder às necessidades requeridas pelo bebé (21%). Seguem-se aspetos relativos à falta de apoio e ao aspeto físico durante a gestação e após o parto.

Por último, de forma a finalizar as variáveis sociodemográficas, no que diz respeito aos acontecimentos de vida possam ter sido responsáveis pelo aparecimento ou aumento da ansiedade e/ou tristeza, a grande maioria das mulheres, referenciaram que nenhum acontecimento parece ter despoletado esses sentimentos (75.3%), sendo que as restantes

evidenciaram a perda do emprego (7.4%), a morte de familiares (7.4%) ou mesmo a existência de doenças como sendo os principais agentes desta causa.

No que respeita às características sociodemográficas dos dados obtidos no pós-parto, no qual participaram apenas 66 das 81 mulheres iniciais, verificamos que tal como na primeira fase da recolha, a maioria das mulheres são casadas (90.9%), possuem bacharelato (37.9%), encontram-se empregadas (81.8%), vivem com o companheiro (63.6%), a gravidez foi planeada (80.3%) e decorreu sempre dentro da normalidade (84.8%).

Relativamente à experiência do parto, 53% das mulheres afirmam que o parto correspondeu às expectativas, sendo que a minoria (21.2%), atestou que a experiência do parto foi pior do que o que esperavam. Ainda nesta fase do puerpério foi apurado que as mulheres continuam a ter perceção de ter todo o apoio que esperavam por parte do companheiro (97%) e da mãe (65.2%). No que se refere aos aspetos que causam ansiedade, mais uma vez a maioria das puérperas ressaltam a saúde do bebé (74.2%) e as necessidades da criança (31.8%). Finalizando, nesta fase, segundo a maioria das mulheres 80.3%, não houve qualquer acontecimento de vida que tenha despoletado o aparecimento de ansiedade ou angústia.

2.2.2. Contexto da Amostra²

A amostra foi recolhida no Centro Hospitalar Cova da Beira, nomeadamente na consulta externa de Obstetrícia/Ginecologia, do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher.

O Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) localiza-se na região da Cova da Beira e abrange o eixo geográfico Covilhã-Fundão-Belmonte, pelo que serve as populações das regiões supra referidas.

O Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E., assume-se como uma unidade hospitalar moderna e inovadora e que tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde, com eficiência, qualidade e em tempo útil, à população da sua área de influência, e a todos os cidadãos em geral, adotando sempre uma postura de igualdade, legalidade, proporcionalidade, colaboração, humanismo, dignidade e, acima de tudo, competência e responsabilidade que possibilitam uma atitude centrada no paciente e na promoção da saúde da comunidade, respeitando os valores de cada doente e da respetiva família.

É visto como uma estrutura básica para garantir o bem-estar da população que abrange através da prestação de cuidados de primazia. Foi construído segundo padrões de alta qualidade, pelo que se tornou na maior e mais sofisticada unidade de saúde de toda a região e, conseqüentemente, na mais valiosa resposta a uma população com cerca de cem mil habitantes.

Assim, o Centro Hospitalar Cova da Beira, tendo por base os seus princípios e valores, os quais estão difundidos entre os seus colaboradores, assume-se como uma Instituição de

² Informação retirada de www.chcbeira.min-saude.pt.

referência, pela qualidade das práticas clínicas e como um centro integrado de prestação de cuidados e de promoção de competências, na investigação e no ensino das ciências da saúde.

No que respeita à consulta externa de Obstetrícia/Ginecologia, a mesma tem como principal missão e valores a prestação de cuidados médicos, diagnósticos e terapêuticos, de qualidade nas áreas assistenciais da Obstetrícia e da Ginecologia, e seus ramos de diferenciação; desenvolvimento, em articulação com outras instituições, Serviços e Unidades, cuidados preventivos que permitam implementar a saúde das populações que serve; Desenho, criação e disponibilização de acessibilidade à informação e à assistência que satisfaçam as necessidades do público que a ele venham a recorrer; Promoção da pesquisa nas áreas administrativa, biológica e médica, laboratorial e clínica; Disponibilização de ensino pré e pós-graduado no âmbito da enfermagem, medicina e biomedicina; Estudo das condições necessárias à amenização do sofrimento das suas parturientes e doentes e criar as condições para a sua implementação; Desenvolvimento e prática de meios de gestão interna adequados à boa rentabilização dos seus recursos e, por fim, incentivar e acarinhar os seus colaboradores a todos os níveis profissionais, visando um exercício de qualidade, tendente à satisfação dos seus objetivos profissionais e assim à sua integração harmoniosa na equipe de trabalho em que estão inseridos e de que se pretende se deverão orgulhar.

2.2.3. Instrumentos

Após uma pesquisa ponderada e uma análise detalhada, foram apurados os questionários que se revelaram adequados à recolha de informação relativa aos objetivos propostos, nomeadamente o questionário sociodemográfico, o inventário de sintomas psicopatológicos, a escala de Depressão pós-parto e a escala de satisfação com suporte social.

Passaremos, então, de seguida, a caracterizar os instrumentos referidos:

2.2.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sócio demográfico (c.f. anexo 1) foi realizado pela mestranda e é composto por questões relacionadas com o suporte social e antecedentes clínicos, formado por 22 perguntas maioritariamente de resposta fechada, embora constem, também, perguntas de resposta aberta. Inclui essencialmente questões de cariz sociodemográfico, nomeadamente idade, escolaridade, estatuto sociodemográfico, entre outros, mas também interrogações relacionadas com aspetos da gravidez e ansiógenos associados. Salienta-se que existe também um questionário sociodemográfico para o pós-parto (c.f. anexo 2), apenas com questões relacionadas com aspetos relacionados com a experiência do parto, ansiógenos e acontecimentos de vida stressantes.

2.2.3.2. Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1982, traduzido e adaptado por Canavarro, 1999)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é um inventário que pretende avaliar sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais de avaliação de perturbações emocionais. É um instrumento que funciona como bom indicador de sintomas do foro psicopatológico e discriminador de saúde mental, permitindo distinguir indivíduos com perturbações emocionais (Canavarro, 2007).

É um inventário de auto resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala tipo *Likert* que varia entre “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4). O BSI avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, Depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) (Moreira & Gonçalves, 2010). A versão portuguesa foi aferida por Canavarro (1995), com 551 sujeitos (clínicos e não clínicos). O Alpha de Cronbach das escalas oscilou entre 0.71 e 0.85, o que indica uma boa consistência interna (Patrão, 2070).

Assim, as nove dimensões primárias foram descritas da seguinte forma: Somatização, que reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores musculares e outros equivalentes somáticos de ansiedade são igualmente componentes de somatização (inclui sete itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37); Obsessões-Compulsões, cuja as cognições, impulsos e comportamentos que são percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui sete itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36); Sensibilidade Interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (inclui quatro itens: 20, 21, 22 e 42); Depressão, sendo que os itens que compõem esta dimensão, refletem o grande número de indicadores de Depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui sete itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50); Ansiedade, na qual são contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos de ansiedade também foram considerados (inclui seis itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49); Hostilidade, que inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera (inclui cinco itens: 6, 13, 40, 41 e 46); Ansiedade fóbica, sendo definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do

comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (inclui cinco itens: 8, 28, 31, 43 e 47); Ideação Paranóide, que representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação (inclui cinco itens: 4, 10, 24, 48 e 51) e, por fim, psicoticismo: Esta escala foi desenvolvida de modo a representar este construto como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, e sintomas primários da esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui cinco itens: 3, 14, 34, 44 e 53) (Canavarro, 2007).

Quatro dos itens do BSI (11, 25, 39 e 52), contribuem para as dimensões descritas, ainda que não pertençam a nenhuma delas. No entanto, dada a sua relevância clínica, são considerados nas pontuações dos três Índices Globais, que foram descritos por Derogatis (1993) da seguinte forma: Índice Geral de Sintomas (IGS), que diz respeito a uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados; Índice de Sintomas Positivos (ISP) que oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados, e por último, o Total de Sintomas Positivos (TSP), ou seja, enquanto que o ISP é uma medida de intensidade dos sintomas, o TSP representa o número de queixas somáticas apresentadas. Teoricamente um indivíduo pode apresentar um ISP baixo, indicando que os sintomas que tem não são particularmente intensos e perturbadores, mas possuir um TSP elevado, apontando para uma constelação complexa de sintomatologia (Canavarro, 2007).

Pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral. A idade mínima recomendada é de 13 anos, com a condição de um técnico se encontrar disponível para esclarecer eventuais dúvidas em relação a alguns itens. O ponto de corte para a população portuguesa é de 1.7, pelo que a partir deste valor existe indicação de perturbação psicopatológica (Canavarro, 2007).

No que diz respeito à análise de confiabilidade, o nosso estudo obteve um Alpha de Cronbach de .94 no primeiro momento de aplicação (c.f. tabela 1) e de .96 no segundo (c.f. tabela 2), o que corresponde a uma consistência interna excelente.

Tabela 1

Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach.

| | Cronbach's Alpha |
|-----|---------------------|
| BSI | .943 |

Tabela 2

Cálculo da confiabilidade do Inventário de Sintomas Psicopatológicos do segundo momento de avaliação, através do alfa de Cronbach.

| | Cronbach's Alpha |
|-----|---------------------|
| BSI | .957 |

2.2.3.3. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, J. L., Holden J. M., & Sagovsky, R. - 1987)

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) foi desenvolvida em 1987 pelo professor Cox em 1987 (adaptada e validada para a população portuguesa por Augusto et al em 1999) para triagem no pós-parto de mulheres em ambulatório. Desde a sua validação, confirmaram-se evidências de que é, de facto, uma ferramenta confiável e sensível na deteção de Depressão (Augusto, A., Kumar, R., Calheros, J. M., Matos, F. & Figueiredo, E. (1996).

É um instrumento de autoavaliação composto por 10 itens referentes aos sintomas depressivos frequentemente observados no puerpério, assim sendo os itens da escala correspondem a vários sintomas de Depressão clínica, dizem respeito a sintomas psíquicos como humor depressivo (sensação de tristeza, auto desvalorização e sentimentos de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, baixa de energia, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insónia ou hipersónia) e alterações do comportamento (crises de choro)(Ruschi, Sun, Mattar, Filho, Zandonade & Lima, 2007).

A avaliação geral é feita pela pontuação total, que é determinada pela soma das pontuações de cada um dos 10 itens. Pontuações mais altas indicam a existência de mais sintomas depressivos. Esta escala pode ser usada entre 8 semanas após o parto e pode também ser aplicada para a seleção de Depressão durante a gravidez (Menezes et. al, 2012).

Assim, pretende medir a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias, para identificar a frequência de risco para a Depressão pós-parto nas puérperas, de forma a detetar precocemente a sua ocorrência e facilitar o planeamento dos cuidados a prestar à mãe e ao bebé (Ruschi, Sun, Mattar, Filho, Zandonade & Lima, 2007).

No que diz respeito às pontuações obtidas foi encontrado que o ponto de corte do mesmo se situa entre 9 e 13, isto significa que entre estes valores estamos perante alguns sintomas de angústia, sendo que acima de 13 existem indícios de Depressão, pelo que a mulher deve ser encaminhada, de forma a ter acompanhamento adequado.

Relativamente à consistência interna, considerando-se as propriedades do EPDS, encontrou-se um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,87, indicando alta consistência interna do instrumento (Figueira, Corrêa, Malloy-Diniz & Romano-Silva, 2009). No nosso estudo foi possível verificar a mesma corresponde a .78 no primeiro momento de avaliação (c.f. tabela 3) e de .85 no segundo (c.f. tabela 4), o que equivale a uma consistência interna boa e muito boa, respetivamente.

Tabela 3

Cálculo da confiabilidade da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach.

| | Cronbach's Alpha |
|------|---------------------|
| EPDS | .776 |

Tabela 4

Cálculo da confiabilidade da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach.

| | Cronbach's Alpha |
|------|---------------------|
| EPDS | .852 |

2.2.3.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999)

Relativamente à classificação do instrumento utilizado, trata-se de um instrumento que avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido, ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte (Carneiro, 2012).

A versão final da ESSS é constituída por 15 frases que são apresentadas para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações, que pretende avaliar a satisfação com o suporte social percebido. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de Likert com cinco posições, «concordo totalmente», «concordo na maior parte», «não concordo nem discordo», «discordo na maior parte», e

«discordo totalmente», distribuídos por quatro subescalas (satisfação com as amizades; actividades sociais; intimidade e família) (Santos, Ribeiro, Lopes, 2003).

A solução fatorial escolhida inclui quatro fatores que explicam 63,1% da variância total. A consistência interna (alfa de Cronbach) da escala total é de 0,85.

Na cotação da Escala, pelo somatório dos itens de cada sub-escala obtém-se o *score* correspondente a cada sub-escala. O somatório dos 15 itens produz um *score* total de satisfação com o suporte social. Quanto mais elevados os valores, maior satisfação com o suporte social percebido. É de salientar que existem itens invertidos (Ribeiro, 1999).

A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. Não há pontos de corte que possam ser considerados como deficitários, isto é, todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e se for baixa ou elevada isso não significa que seja deficitário (Carneiro, 2012).

De seguida apresenta-se a descrição de cada sub-escala e os itens correspondentes: Satisfação com Amizades que engloba 5 itens (3, 12, 13, 14, 15) e diz respeito ao grau de satisfação com número vezes que se é procurado pelos amigos; quantidade de amigos e de tempo disponível para estar com os amigos; e tipo de amigos; Satisfação com Actividades Sociais, engloba 3 itens (2, 7, 8) e refere-se ao grau de satisfação com as actividades sociais, na sua participação, frequência e número; Satisfação com Família, com 3 itens (9, 10, 11), que remete para o grau de satisfação com o relacionamento com a família, quantidade de tempo disponível para estar com a família, e actividades realizadas em conjunto, por último surge a subescala Satisfação com Intimidade, cuja inclui 4 itens (1, 4, 5 e 6) e reflete o grau de satisfação com o apoio que se tem disponível, em situações de necessidade, e disponibilidade em ter alguém verdadeiramente íntimo (Ribeiro, 1999).

No que concerne à consistência interna respeitante à nossa investigação, a mesma padece de .74 no primeiro momento de avaliação (c.f. tabela 5) e de .89 no segundo (c.f. tabela 6), o que significa que se obteve boa fiabilidade no primeiro momento e muito boa no segundo.

Tabela 5

Cálculo da confiabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social, do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach.

| | Cronbach's Alpha |
|------|---------------------|
| ESSS | .735 |

Tabela 6

Cálculo da confiabilidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social, do primeiro momento de avaliação, através do alfa de Cronbach.

| | Cronbach's Alpha |
|------|---------------------|
| ESSS | .889 |

3. Procedimentos

Primeiramente iniciou-se a exploração do tema no que diz respeito ao estado da arte, desenvolvendo de seguida a questão de investigação e gerando hipóteses de investigação, bem como o delineamento dos objetivos do projeto.

Entre outubro e dezembro de 2012, foram obtidas as seguintes autorizações: (1) Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira (c.f. anexo 3), (2) Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira (c.f. anexo 3), (3) Professora Doutora Maria Cristina Canavarro para a utilização da versão Portuguesa do BSI, (4) Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro para utilização da escala de Satisfação com o Suporte Social e (5) Professor Doutor Amílcar Augusto para utilização da versão portuguesa da escala de Edimburgo do Professor Cox.

Do protocolo de investigação fazem parte questionários de autorresposta que incluem o BSI, a EPDS e a ESSS, assim como várias questões para avaliação dos fatores de risco, dados sociodemográficos, bem como algumas questões relacionadas com o suporte social e antecedentes clínicos. Este último foi realizado pela mestranda, com questões de pertinência ao nível dos objetivos do estudo.

A colaboração das participantes foi voluntária, com obtenção de consentimento informado (c.f. anexo 4) das mesmas, sendo que ao longo de todo o estudo foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos preconizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação em Psicologia, sendo que envolveu a resposta aos questionários que fazem parte do protocolo. Salienta-se que a recolha de informação, tendo em conta o objetivo do estudo, foi realizada em dois momentos distintos, isto é, ao longo do período perinatal, no terceiro trimestre de gravidez (entre as 28 e as 41 semanas) e, posteriormente no pós-parto (6 a 8 semanas após o parto). Nas análises levadas a cabo neste trabalho foram utilizados todos os dados relativos a ambos os momentos.

Os questionários foram aplicados pela mestranda envolvida no projeto, de forma a administrar a entrevista da melhor forma e facilitar a criação de consensos e convenções sobre as questões mais problemáticas, sendo que a aplicação a cada participante demorou cerca de vinte minutos.

Ressalva-se que questões sobre características sociodemográficas das mulheres grávidas (idade, estado civil, estado socioeconómico, etc.), características sociodemográficas do companheiro/cônjuge, bem como história obstétrica da mulher grávida (semanas de gravidez, questões relacionadas com a gravidez atual, gravidezes anteriores, etc.) e necessidade de acompanhamento psicológico ao longo da vida, surgem apenas no primeiro momento de aplicação do protocolo.

As restantes questões respeitantes aos aspetos que causam ansiedade nas mulheres, acontecimentos responsáveis pelo surgimento de ansiógenos, a perceção de suporte, sintomas psicopatológicos e sintomas depressivos surgem em ambos os momentos de aplicação.

Antes da aplicação dos instrumentos foi pedido às participantes que lessem atentamente as instruções e que, ao longo do preenchimento, fossem colocando todas as questões ou dúvidas que fossem surgindo em relação às afirmações, de modo a obter consistência nas respostas e atenuar a ambiguidade.

Assim, previamente ao início da recolha de dados, o projeto de investigação (objetivos, metodologia e protocolo de investigação) foi apresentado ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira, à comissão de Ética e a todos os membros do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher (DSCM), Diretor do departamento, enfermeiros e administrativos, para que se pudessem definir as estratégias de colaboração, a fim de se solicitar a colaboração das mulheres grávidas. Igualmente, o modo de abordagem às mulheres com vista a convidá-las a participar foram também discutidos em equipa, de modo a uniformizar a sua aplicação.

Desta forma, a primeira fase da recolha iniciou-se em Janeiro de 2013 e prolongou-se até meados de Maio do mesmo ano, tendo ocorrido na consulta externa da Obstetrícia do CHCB, sendo que as grávidas eram selecionadas, de acordo com o trimestre de gestação, pelas enfermeiras que, posteriormente, as encaminhavam para a investigadora para aplicação do protocolo. Foram ainda recrutadas algumas grávidas nas aulas de preparação para o parto que ocorriam na mesma instituição.

A segunda fase de recolha ocorreu entre as 6 e 8 semanas após o parto, na consulta de puerpério das gestantes anteriormente referenciadas, sendo que a data das consultas foi obtida com a colaboração da administrativa do internamento da Obstetrícia. Houve casos em que não foi possível proceder à avaliação na consulta externa (constrangimentos de tempo, tempo prolongado da consulta ou não comparecimento das consultas no dia marcado), pelo que alguns dos protocolos foram enviados ao domicílio da amostra, sendo que era cedido um envelope já endereçado e selado para que o pudesse remeter pelos CTT, ainda assim, em alguns casos não obtivemos resposta. Este momento da recolha foi finalizado no término do mês de Agosto de 2013, tendo-se obtido mortalidade da amostra em cerca de 18.5 %, sendo que não foi possível colmatá-la. Ainda assim, todos os dados foram utilizados.

Tentámos, ainda, proceder à recolha no Centro de Saúde da Covilhã, uma vez que no nosso país a maioria das grávidas saudáveis segue a sua gravidez nos CS, sendo acompanhada pelo seu médico de família, contudo, não foi possível devido às burocracias que o processo

exigida e às limitações temporais. Desta forma, privilegiamos o CHCB, pois abrange uma grande área de atuação, envolvendo diferentes eixos geográficos. Ainda assim e visto que a amostra foi recolhida apenas no último trimestre da gravidez, as mulheres inquiridas encontravam-se com uma gravidez saudável e não frequentavam o hospital por deterem qualquer problema gestacional, uma vez que a partir das 36 semanas são encaminhadas para o centro hospitalar para terem um acompanhamento mais regular e pormenorizado.

Desta forma, os critérios de inclusão deste trabalho requeriam apenas que as participantes tivessem mais de 18 anos de idade e se situassem no terceiro trimestre de gravidez.

Assim, o trabalho de recrutamento implicou a seguinte sequência de etapas: (1) contactar diariamente com as enfermeiras do DSCM para verificar se os médicos tinham agendadas consultas com utentes grávidas pertencentes ao terceiro trimestre de gravidez, uma vez que têm dias específicos para a sua realização; (2) anotar o nome da/s grávida/s com consulta marcada e, posteriormente, convocá-la a comparecer na sala de aplicação do protocolo para a convidar a participar na investigação.

Depois do contacto pessoal com a grávida, era explicado todo o procedimento utilizado, nomeadamente os objetivos do estudo, bem como explicar que os princípios éticos e deontológicos estariam claramente assegurados. Caso esta aceitasse participar e preenchesse todos os critérios demandados, procedíamos à avaliação. A grande maioria das mulheres abordadas aceitou colaborar, sendo que os motivos apresentados para recusa foram a falta de tempo e/ou desinteresse pelo tema. A avaliação foi realizada numa sala previamente destinada para o efeito, tendo este local a máxima privacidade possível, uma vez que por vezes estas mulheres manifestavam essa preocupação.

Por vezes as gestantes manifestavam alguma reticência em preencher o protocolo naquele preciso momento, pelo que era oferecida a possibilidade de o levar para preencher em casa, sendo que o devolveria na consulta da semana seguinte, facilitando, deste modo, a colaboração das participantes e contribuiu para evitar enviesamentos.

Salienta-se ainda a importância da ética presente na investigação, sendo que todas as pessoas que participam em investigações devem ser informadas por escrito e/ou verbalmente acerca da duração previsível de cada colaboração, objetivos e importância do projeto de modo a proporcionar-lhe elementos para a sua compreensão e tomada de decisão para colaborar ou não (Simões, 2002). Assim sendo, foi explicado às participantes a natureza e objetivos do estudo e obtido o consentimento informado para a sua participação voluntária, sendo que, em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) seria possível desistir de colaborar no projeto, sem que por isso fosse prejudicada no atendimento clínico que lhe é disponibilizado.

Dada a natureza do projeto foi necessário solicitar o nome das participantes, para a segunda fase da recolha, cumprindo um imperativo máximo da ética na investigação e avaliação psicológica, garantindo-se a confidencialidade das respostas individuais.

Assim, 81 mulheres responderam ao primeiro momento de avaliação e 66 fizeram parte da segunda fase do projeto.

A base de dados de trabalho foi construída de raiz, contemplando todas as variáveis presentes no protocolo, sendo que a sua informatização foi realizada pela aluna. Foi realizado, primeiramente, o tratamento de dados relativos à caracterização da amostra, em termos das variáveis sociodemográficas, de seguida, procedeu-se ao tratamento dos dados relativos ao pré-parto e pós parto estabelecendo relações causais entre as variáveis e finalmente, os dados obtidos no primeiro momento, foram comparados com os obtidos na segunda fase da recolha, submetendo os mesmos ao emparelhamento. Note-se que todo o tratamento de dados foi efetuado através do pacote computacional SPSS (versão 20).

Seguidamente foram descritos os resultados e realizada a discussão dos mesmos, com base no estado da arte. Salienta-se que a escolha das variáveis a ser tratadas, nomeadamente as sociodemográficas, foi executada através de um levantamento bibliográfico e de acordo com os objetivos definidos.

Por fim, foram retiradas as principais conclusões da investigação efetuada e relatadas as principais limitações e sugestões para estudos futuros.

Capítulo III: Resultados

Após uma detalhada e cuidada análise e tratamento dos dados retirados dos questionários aplicados, procedeu-se à descrição dos resultados. Para tal, foram analisados os seus pressupostos. O teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov (KS) foi aplicado para examinar se as variáveis em estudo apresentavam distribuição normal. Assim, através deste cálculo foi possível obter o tipo de testes que deveriam ser utilizados. Desta forma, sempre que o valor foi superior a um nível de significância de 5%, a amostra é considerada normativa, pelo que os testes utilizados são paramétricos (t-test, Anova, correlação de Pearson). Por sua vez, se o valor de $k_s < 0.05$, então a amostra é considerada não normativa, advindo a necessidade de empregar testes não paramétricos (Mann-Whitney; Kruskal Wallis).

Um outro passo considerado importante antes de prosseguir para a análise das proposições levantadas, foi o de auferir a quantidade de mulheres que obtiveram pontuações elevadas nos índices gerais de cada instrumento. Como tal, após essa análise, concluiu-se que, no que respeita ao pré-parto, a maioria das mulheres não possuem índices elevados de Psicopatologia (98.8% das mulheres), tendo ocorrido o mesmo em relação ao pós-parto (95.5% das mulheres), isto considerando o ponto de corte para a população portuguesa de 1.7, a partir do qual existe indicação de perturbação psicopatológica. Salientando-se que apesar de não possuírem psicopatologia, poderão estar presentes alguns sintomas.

Em termos da Depressão, possuímos valores semelhantes entre o pré e o pós-parto, isto é, para o primeiro momento 77.8% das mulheres não possuem qualquer indício de Depressão, 19.8% parecem estar perante alguns sintomas de angústia e 2.5% das gestantes apresentam sintomas depressivos. No que diz respeito ao pós-parto, 84.8 não auferem de sintomas, 12.1% parecem deter alguns sintomas e 3% das mulheres possuem valores indicativos da existência de Depressão.

Para finalizar, referente à perceção de suporte social, verificou-se um decréscimo bastante acentuado, sendo que durante a gravidez parece ter existido uma elevada perceção de suporte para com as gestantes, sendo que 95.1% das mesmas afirmaram sentir apoio por parte da sua rede de apoio, no entanto, no pós-parto essa maioria (95.5%) atestou que não se sentem apoiadas. Note-se que o facto de as mulheres se sentirem desapoizadas, não quer dizer que elas não detenham de apoio, isto porque o instrumento apenas avalia a sua perceção e não o real apoio que recebem. Deve salienta-se que uma vez que não existe ponto de corte para o instrumento, uma vez que o facto da mulher não percecionar apoio, não significa que ela não o detenha, para conseguirmos fazer distinção entre as mulheres com maior e menor perceção de suporte social, recorreremos ao cálculo da mediana teórica, sendo que a partir de 45 as mulheres possuem perceção de suporte social.

De seguida serão descritos todos os resultados com base em cada uma das variáveis. Assim, inicialmente foi avaliada a influência que a variável escolaridade poderia ter sobre os índices de sintomas psicopatológicos, sendo que os resultados obtidos nesta primeira

hipótese, H_1 , revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas ($F = .596$; $p = .667$), sendo que o mesmo aconteceu para a Depressão ($Z = 6.651$; $p = .156$), pelo que não permite rejeitar a hipótese nula, como se pode verificar na tabela 1 e 2.

Tabela 7

Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI e a Escolaridade

| | F | p |
|-----------|------|------|
| IGS_Final | .596 | .667 |

Tabela 8

Resultados obtidos, através do teste Kruskal Wallis, relativos ao EPDS e a Escolaridade

| | Z | p |
|-------------|-------|------|
| EPDS_Global | 6.651 | .156 |

Tabela 9

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e Escolaridade

| | Escolaridade | Média |
|-------------|--------------------------------------|-------|
| IGS_Final | 2º Ciclo Ensino Básico (5º e 6º ano) | .2070 |
| | 3º Ciclo Ensino Básico (9º ano) | .5673 |
| | Ensino Secundário (12º ano) | .4902 |
| | Bacharelato/Licenciatura | .4346 |
| | Mestrado/Doutoramento | .3642 |
| | Total | .4659 |
| EPDS_Global | 2º Ciclo Ensino Básico (5º e 6º ano) | 49.50 |
| | 3º Ciclo Ensino Básico (9º ano) | 57.55 |
| | Ensino Secundário (12º ano) | 38.06 |
| | Bacharelato/Licenciatura | 38.83 |
| | Mestrado/Doutoramento | 36.00 |

Relativamente à avaliação efetuada para verificar a influência que a variável estado civil poderia ter sobre os sintomas psicopatológicos, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ($F = 1.961$; $p = 0.148$), sendo que o mesmo foi verificado no que

diz respeito à Depressão ($F= 0.38$; $p= 0.684$), resultados estes que não nos permitem rejeitar a hipótese nula (c.f. tabela 10).

Tabela 10

Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI e o Estado Civil

| | F | p |
|-------------|-------|------|
| IGS_Final | 1.961 | .148 |
| EPDS_Global | .381 | .684 |

Tabela 11

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e o Estado Civil.

| | Estado Civil | Média |
|-------------|--------------------|--------|
| IGS_Final | Solteira | .7506 |
| | Casada/Viver Junto | .4493 |
| | Divorciada | .2830 |
| | Total | .4659 |
| EPDS_Global | Solteira | 6.600 |
| | Casada/Viver Junto | 5.306 |
| | Divorciada | 4.000 |
| | Total | 5.3704 |

No que concerne à apreciação feita em relação à influência da variável estatuto socioprofissional e o surgimento de sintomas psicopatológicos, verificou-se através dos resultados manifestos (c.f. tabela 12) que não existem diferenças estatisticamente significativas ($Z= 4.273$; $p= .233$) pelo que não permite rejeitar a hipótese nula.

No entanto, no que remete para a Depressão, podemos verificar que a situação socioprofissional poderá ter influência no aparecimento de sintomas depressivos, visto que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas ($F= 2.993$; $p= .036^*$) (c.f. tabela 13), pelo que a hipótese de investigação é parcialmente aceite. Neste sentido, observou-se que as mulheres estudantes ($M= 9.000$) foram aquelas que pontuaram mais alto, seguidas daquelas que identificaram outro aspeto sem ser o estar empregada, o que nos leva a concluir que as que não possuem qualquer emprego, são as que obtiveram pontuações mais elevadas, como se pode verificar na tabela 14.

Tabela 12

Resultados obtidos, através do teste Kruskal Wallis, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Situação Socioprofissional

| | Z | p |
|-----------|-------|------|
| IGS_Final | 4.273 | .233 |

Tabela 13

Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao EPDS e à Situação Socioprofissional

| | F | p |
|-------------|-------|-------|
| EPDS_Global | 2.993 | .036* |

*p<.05 ** p<.01 ***p<.001

Tabela 14

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a Situação Socioprofissional

| | Situação Socioprofissional | Média |
|-------------|----------------------------|-------|
| IGS_Final | Empregada | 38.34 |
| | Desempregada | 52.25 |
| | Estudante | 38.00 |
| | Outra | 49.00 |
| EPDS_Global | Empregada | 4.777 |
| | Desempregada | 7.214 |
| | Estudante | 9.000 |
| | Outra | 7.500 |
| | Total | 5.370 |

Remetendo-nos agora para a variável que diz respeito ao planeamento e aceitação da gravidez, podemos observar que não existem diferenças significativas tanto para os índices de sintomas psicopatológicos (F= 2.300; p= 0.107;), como para os sintomas depressivos (F= 1.482; p= .233;), pelo que a hipótese nula não pode ser rejeitada.

Tabela 15

Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI e à Variável Gravidez.

| | F | p |
|-------------|-------|------|
| IGS_Final | 2.300 | .107 |
| EPDS_Global | 1.482 | .233 |

Tabela 16

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável Gravidez

| | Gravidez | Média |
|-------------|---|-------|
| IGS_Final | Planeada/Desejada | .448 |
| | Não planeada mas aceite por ambos os pais | .4785 |
| | Não planeada e não aceite por ambos os pais | .9715 |
| | Total | .4654 |
| EPDS_Global | Planeada/Desejada | 5.197 |
| | Não planeada mas aceite por ambos os pais | 5.615 |
| | Não planeada e não aceite por ambos os pais | 9.500 |
| | Total | 5.370 |

Relativamente à análise efetuada aos antecedentes clínicos e às dificuldades atravessadas na gravidez, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para ambas as variáveis dependentes (c.f. tabela 17), isto é quanto aos sintomas psicopatológicos ($p=.693$; $Z= 1.454$) e à Depressão ($Z= .222$; $p= .974$). Assim sendo, não podemos rejeitar a hipótese nula.

Tabela 17

Resultados obtidos, através do teste Kruskal Wallis, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Situação Socioprofissional

| | Z | p |
|-------------|-------|------|
| IGS_Final | 1.454 | .693 |
| EPDS_Global | .222 | .974 |

Tabela 18

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável Gravidez Atual

| Gravidez Atual | | Média |
|----------------|--|-------|
| IGS_Final | Abortos espontâneos | 40.38 |
| | Recurso a tratamentos de infertilidade | 42.63 |
| | Dificuldades em engravidar | 54.63 |
| | Normal | 40.15 |
| EPDS_Global | Abortos espontâneos | 44.75 |
| | Recurso a tratamentos de infertilidade | 39.88 |
| | Dificuldades em engravidar | 37.13 |
| | Normal | 41.07 |

No que respeita à variável tratamento psiquiátrico/psicológico e a análise da sua influência nos índices de sintomas psicopatológicos e sintomas depressivos, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas para ambas, obtendo-se um grau de significância de $p = .441$; $t = .775$ e de $p = .600$; $t = .526$, respetivamente. Desta forma, a hipótese nula não poderá ser declinada.

Tabela 19

Resultados obtidos, através do t-test, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Tratamento psiquiátrico/psicológico

| | t | p |
|-------------|------|------|
| IGS_Final | .775 | .441 |
| EPDS_Global | .526 | .600 |

Tabela 20

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável Tratamento psiquiátrico/psicológico

| Tratamento psiquiátrico/Psicológico | | Média |
|-------------------------------------|-----|-------|
| IGS_Final | Sim | .556 |
| | Não | .456 |
| EPDS_Global | Sim | 6.000 |
| | Não | 5.301 |

Relativamente à percepção de apoio da gestante, por parte do companheiro e a sua interferência nos elevados índices de sintomas psicopatológicos e sintomas depressivos, apurou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que para os sintomas psicopatológicos obteve-se um grau de significância de $p= 0.111$; $U= 81.000$ e os sintomas depressivos de $p= 0.734$; $U= 138.500$. Assim, não nos permite rejeitar a hipótese nula.

Tabela 21

Resultados obtidos, através do teste Mann Whitney, relativos ao IGS do questionário BSI EPDS e à variável apoio do Companheiro

| | U | p |
|-------------|---------|------|
| IGS_Final | 81.000 | .111 |
| EPDS_Global | 138.500 | .734 |

Tabela 22

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável apoio do companheiro

| | Apoio do Companheiro | Média |
|-------------|-------------------------|-------|
| IGS_Final | Assinalaram | 40.05 |
| | Não assinalaram | 59.25 |
| EPDS_Global | Assinalaram | 40.80 |
| | Não assinalaram | 44.88 |

No que diz respeito à percepção que a gestante tem acerca do apoio por parte dos pais e dos amigos e a sua influência nas variáveis dependentes, podemos concluir que não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas para a variável apoio dos pais. Assim, para a variável apoio da mãe parece não existir influência ao nível dos sintomas psicopatológicos ($t= -.367$ $p= .715$;) e o mesmo se sucede com os sintomas depressivos ($t=- 1.308$; $p= .195$;) . No caso da variável apoio do pai, verificou-se a mesma situação, sendo que para os sintomas psicopatológicos se obteve um grau de significância de $p= .182$; $t=1.347$ e para os sintomas depressivos $p= .859$; $t= -.178$. Desta forma, a hipótese nula não pode ser alvo de rejeição.

Contudo, para a variável apoio dos amigos, parece existir algum entremetimento relativo aos sintomas psicopatológicos ($t= 2.435$; $p=.017$), corroborando parcialmente a hipótese de investigação, sendo que o mesmo não acontece para os índices de Depressão ($t=.883$ $p=.380$), não se rejeitando a hipótese nula.

Tabela 23

Resultados obtidos, através do t-test, relativos ao IGS do questionário BSI e à variável apoio dos pais

| | | t | p |
|--------|-------------|--------|-------|
| Mãe | IGS_Final | -.367 | .715 |
| | EPDS_Global | -1.308 | .195 |
| Pai | IGS_Final | 1.347 | .182 |
| | EPDS_Global | -.178 | .859 |
| Amigos | IGS_Final | 2.435 | .017* |
| | EPDS_Global | .883 | .380 |

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tabela 24

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e à variável apoio dos pais e dos amigos

| | | Apoio dos pais e amigos | Média |
|--------|-------------|-------------------------|--------|
| Mãe | IGS_Final | Assinalaram | .4532 |
| | | Não assinalaram | .4817 |
| | EPDS_Global | Assinalaram | 4.9111 |
| | | Não assinalaram | 5.9444 |
| Pai | IGS_Final | Assinalaram | .5349 |
| | | Não assinalaram | .4273 |
| | EPDS_Global | Assinalaram | 5.2759 |
| | | Não assinalaram | 5.4231 |
| Amigos | IGS_Final | Assinalaram | .6302 |
| | | Não assinalaram | .4155 |
| | EPDS_Global | Assinalaram | 6.0000 |
| | | Não assinalaram | 5.1774 |

Em relação ao facto da mulher ser mãe pela primeira vez ou se, por outro lado, já tem um ou mais filhos, chegámos à conclusão de que esta variável não interfere com o aparecimento de sintomas psicopatológicos ($p=.974$; $F=.73$;) e de Depressão ($F=.932$; $p=.429$);, não se verificando, portanto, diferenças estatisticamente significativas. Assim a hipótese nula não é passível de rejeição (c.f. tabela 25).

Tabela 25

Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI, EPDS e à Variável Número de Filhos

| | F | p |
|-------------|------|------|
| IGS_Final | .073 | .974 |
| EPDS_Global | .932 | .429 |

Tabela 26

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e à variável Número de Filhos

| | Número de filhos | Média |
|-------------|------------------|---------|
| IGS_Final | 0 | .4756 |
| | 1 | .4507 |
| | 2 | .3770 |
| | 3 | .4330 |
| | Total | .4659 |
| EPDS_Global | 0 | 5.3036 |
| | 1 | 5.1818 |
| | 2 | 6.5000 |
| | 3 | 11.0000 |
| | Total | 5.3704 |

No que diz respeito à natureza dos partos anteriores e a sua relação com o surgimento de sintomas psicopatológicos e Depressão, comprovou-se através dos resultados que para ambas as variáveis não se registaram diferenças estatisticamente significativas, obtendo-se um grau de significância superior a 0,05 para os sintomas psicopatológicos ($F=.254$; $p=.859$) e para a Depressão ($F=.265$; $p=.851$);. Assim, a hipótese nula não pode ser recusada.

Tabela 27

Resultados obtidos, através da ANOVA, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Natureza de partos anteriores

| | F | p |
|-------------|------|------|
| IGS_Final | .254 | .859 |
| EPDS_Global | .265 | .851 |

Tabela 28

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e a variável Natureza de partos anteriores

| | Natureza dos partos | Média |
|-------------|---------------------|--------|
| IGS_Final | Nenhum parto | .4824 |
| | Normal | .4393 |
| | Cesariana | .4575 |
| | Outro | .3140 |
| | Total | .4659 |
| EPDS_Global | Nenhum parto | 5.3519 |
| | Normal | 5.6154 |
| | Cesariana | 5.6364 |
| | Outro | 3.6667 |
| | Total | 5.3704 |

No que concerne ao facto de ter ocorrido algum acontecimento de vida que tenha despoletado o aparecimento de ansiedade ou tristeza relativamente à manifestação de sintomas psicopatológicos ($t=-1.569$; $p=.121$;) e de Depressão ($t=-1.735$; $p=.087$), foi observado que não existem diferenças significativas, pelo que a hipótese nula não pode ser rejeitada.

Tabela 29

Resultados obtidos, através do t-test, relativos ao IGS do questionário BSI e a variável Nenhum acontecimento

| | t | p |
|-------------|--------|------|
| IGS_Final | -1.569 | .121 |
| EPDS_Global | -1.735 | .087 |

Tabela 30

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e à variável Nenhum acontecimento

| | Nenhum acontecimento | Média |
|-------------|----------------------|--------|
| IGS_Final | Assinalaram | .4316 |
| | Não assinalaram | .5704 |
| EPDS_Global | Assinalaram | 4.9836 |
| | Não assinalaram | 6.5500 |

No que toca à variável experiência de parto, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação aos sintomas psicopatológicos ($Z=5.038$ $p=.081$;) e aos índices de Depressão ($Z=4.410$; $p=.110$), pelo que a hipótese nula não é passível de rejeição.

Tabela 31

Resultados obtidos, através do teste Kruskal Wallis, relativos ao IGS do questionário BSI, o EPDS e a variável experiência do parto

| | Z | p |
|---------|-------|------|
| IGS_PP | 5.038 | .081 |
| EPDS_PP | 4.410 | .110 |

Tabela 32

Medida de tendência central. Média relativa ao Índice Geral de Sintomas do BSI, EPDS e à variável experiência do parto

| | Experiência do parto | Média |
|---------|-----------------------------|-------|
| IGS_PP | Correspondeu às expetativas | 30.31 |
| | Melhor | 26.24 |
| | Pior | 30.29 |
| EPDS_PP | Correspondeu às expetativas | 38.13 |
| | Melhor | 27.74 |
| | Pior | 28.93 |

Relativamente à relação causal entre o suporte social e existência de sintomas psicopatológicos e Depressão averiguou-se que, através da correlação de Pearson, existem diferenças com um grau de significância bastante elevado para ambas as variáveis ($p=.000^{***}$), sendo que para os sintomas psicopatológicos obteve-se uma correlação negativa moderada ($r=-.398$), que nos indica que à medida que o suporte social diminui, existe um aumento dos sintomas psicopatológicos. O mesmo parece acontecer com os sintomas depressivos, isto é, adquiriram-se igualmente valores que resultam numa correlação negativa moderada ($r=-.430$), em que à medida que diminui o suporte social aumentam os sintomas de Depressão (c.f. tabelas abaixo). Desta forma, confirma-se a hipótese de investigação.

Tabela 33

Correlação de Pearson entre os índices globais dos questionários BSI e ESSS

| | | ESSS_Global | IGS_Final |
|-------------|---|-------------|-----------|
| ESSS_Global | r | 1.000 | -.398 |
| | p | | .000*** |
| IGS_Final | r | -.398 | 1.000 |
| | p | .000*** | |

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Tabela 34

Correlação de Pearson entre os índices globais dos questionários EPDS e ESSS

| | | ESSS_Global | EPDS_Global |
|-------------|---|-------------|-------------|
| ESSS_Global | r | 1.000 | -.430 |
| | p | | .000*** |
| EPDS_Global | r | -.430 | 1.000 |
| | p | .000*** | |

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Através do emparelhamento dos dados obtidos durante a gravidez e os que foram adquiridos no pós-parto, podemos observar na tabela que existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às variáveis sintomas psicopatológicos ($Z=-3.562$; $p=.000^{***}$) e suporte social ($Z=-6.991$; $p=.000^{***}$). O mesmo não acontece com a variável respeitante aos sintomas depressivos, uma vez que não existe significância ($Z=-1.492$; $p=.136$).

Analisando as médias obtidas podemos verificar que os sintomas psicopatológicos parecem ser mais acentuados durante a gravidez ($M=.4687$), atenuando-se no pós-parto ($M=0.3649$). Por sua vez, em termos de perceção de suporte social apuramos que no pós-parto

esta parece ser mais diminuta (M=38.303) em relação à gravidez (M=64.546). Assim, a hipótese de investigação, no que respeita aos sintomas psicopatológicos e ao suporte social é corroborada.

Tabela 35

Resultados obtidos, através do t-test para amostras emparelhadas, relativos ao IGS do questionário BSI, ao EPDS e ao ESSS durante a gravidez e no pós-parto

| | Z | p |
|---------------------------|--------|---------|
| IGSPP_Final-IGS_Final | -3.562 | .000*** |
| EPDS_GlobalPP-EPDS_Global | -1.492 | .136 |
| ESSS_GlobalPP-EPDS_Global | -6.991 | .000*** |

*p<.05 ** p<.01 ***p<.001

Tabela 36

Medida de tendência central. Média relativa à amostra emparelhada, relativa ao IGS do questionário BSI, ao EPDS e ao ESSS durante a gravidez e no pós-parto

| | Média |
|---------------|---------|
| IGS_Final | .4687 |
| IGSPP_Final | .3649 |
| EPDS_Global | 5.3182 |
| EPDS_GlobalPP | 4.8030 |
| ESSS_Global | 64.5455 |
| ESSS_GlobalPP | 38.3030 |

Capítulo IV: Discussão e Conclusões

Após análise e descrição de todos os resultados, revela-se importante fazer uma abordagem mais detalhada, tendo por base as pesquisas efetuadas na área, bem como as evidências presentes no estado da arte. Assim, iniciaremos este capítulo com a discussão dos resultados e tentar perceber se os mesmos são ou não corroborados com a informação presente na literatura. Numa fase posterior, proceder-se-á à fase de conclusões retiradas através dos resultados e dos dados obtidos em estudos com características semelhantes. Finaliza-se esta componente com um enfoque nas limitações encontradas na presente investigação, fornecendo sugestões de melhoria para estudos futuros.

No que diz respeito à avaliação referente aos sintomas psicopatológicos e de Depressão durante a gravidez e no pós-parto verificou-se que, relativamente à prevalência de Depressão durante a gestação, na nossa amostra, em particular, 19.8% das mulheres parecem estar perante alguns sintomas de angústia e 2.5% das gestantes apresentam sintomatologia depressiva, sendo este dado contraditório ao que frequentemente se encontra na literatura, a qual afirma que, nos últimos anos, amostras recolhidas em diferentes países, indicam que entre 8 % a 10% e 20% das mulheres estão deprimidas durante a gravidez (Figueiredo, 2005). Ainda assim, estes dados não devem ser descurados, uma vez que as mulheres que apresentam alguns sintomas poderão partir para um quadro depressivo, salientando-se mais uma vez a importância da prevenção precoce. No pós-parto, 12.1% das puérperas apresentam EPDS entre 9 e 13, o que nos revela que parecem estar perante alguns sintomas de angústia, sendo que apenas 3% das puérperas parecem apresentar Depressão (EPDS \geq 13) aos dois meses e meio/três meses após o parto. Estes dados não parecem estar em consonância com outros estudos realizados em Portugal (Augusto, et al, 1996), em que a prevalência de Depressão atinge maiores proporções. Estes resultados podem dever-se à dimensão reduzida da amostra, bem como às suas características, uma vez que as variáveis que surgem no estado da arte como sendo fatores preditores de Depressão são aquelas que se encontram em número mais reduzido na amostra.

Fazendo uma introspeção dos dois momentos de avaliação, cujo objetivo se prendia com a avaliação da diferença dos níveis de sintomas psicopatológicos e de Depressão nas duas fases (gestação e puerpério) pudemos verificar, após análise dos resultados, que de facto se apuraram diferenças entre as mesmas no que diz respeito aos sintomas psicopatológicos. Tal como no presente estudo, noutras investigações efetuadas (Lee et. al, 2007), os resultados encontrados parecem indicar que a sintomatologia psicopatológica é mais elevada na gravidez do que no período do pós-parto. Podbilewicz-Schuller (1997), de modo idêntico, num estudo que envolveu 124 mulheres primíparas, avaliadas durante o 3.º trimestre de gravidez e 2 meses após o parto, verificou que a Depressão e a ansiedade diminuem de valores mais elevados na gravidez para o pós-parto (Conde e Figueiredo, 2007). Também Lugina e colaboradores (2001) observaram uma tendência para o decréscimo das preocupações após o

parto, uma vez que parece existir um aumento do interesse e da confiança relativamente a aspetos relacionados com o bebé e com o papel parental.

No que diz respeito às discrepâncias encontradas na perceção de suporte social, foram realmente encontradas diferenças acentuadas relativamente ao pré e ao pós-parto, sugerindo-nos a presença de um decréscimo na perceção de suporte social da gravidez para o pós-parto, salientando-se mais uma vez que este facto não significa que a mulher não tenha apoio, mas uma vez que tendencialmente as pessoas da sua rede social se encontram mais focadas no bebé, a mãe pode sentir-se mais desapojada nesta fase, pelo que esta inexistência de perceção pode levar ao aumento de sintomatologia depressiva (Konradt et. al 2011). Assim, foi possível verificar que este tem bastante impacto nos sintomas psicopatológicos e nos sintomas depressivos, sendo que constitui um fator de vulnerabilidade e proteção, isto é, à medida que ocorre uma diminuição do suporte social, parece haver um incremento de psicopatologia. No presente estudo verificamos uma correlação bastante significativa e moderada entre suporte social e sintomas psicopatológicos, que corrobora a informação suprarreferida, sugerindo-nos que à medida que a perceção de suporte social diminui, existe um incremento nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão, demonstrando, desta forma, que tem uma grande importância ao nível emocional e da estabilidade, podendo atenuar o stress provindo de acontecimentos de vida e mudanças ocorridas nesta fase.

Num estudo efetuado por Airoso & Silva (2013), os resultados auferidos consolidam a esta informação, no qual se reforça a importância da existência de suporte social para a presença de menor sintomatologia de ansiedade, Depressão e stress, sendo que quanto menores forem estes sintomas, menores serão também as consequências adversas para a criança, nomeadamente quanto a um aspeto considerado crucial, a vinculação mãe-bebé. Verifica-se ainda, noutro estudo efetuado por Frizzo (2004) que o suporte social, seja durante a gestação ou no pós-parto pode dar grande suporte emocional, fornecendo uma base segura para a mãe, de forma a colmatar as inseguranças, angústias, ansiedade e stress subjacentes a esta fase da vida. Numa investigação efetuada por Dressen e Braz (2000) também se verificou a existência de relação entre a perceção de falta de suporte social durante a gravidez e a ocorrência de Depressão no período do pós-parto, principalmente se for fornecido pelo companheiro, sendo que mães separadas ou sem companheiros e provenientes de famílias não nucleares apresentam maior frequência de sintomas depressivos em estudos prévios (Konradt et al, 2011).

Outros autores (Lima & Tsunehiro, 2008) afirmam que nesta fase acresce a pressão no papel materno e a necessidade de suporte social, pelo que o mesmo é fundamental para a adaptação da mulher ao período gravídico e à qualidade do seu papel enquanto mãe.

Ainda relativo a este aspeto, foi encontrado outro estudo (Heh, Coombes & Bartlett, 2004) que vai ao encontro de toda a informação obtida, apurando que quanto maior for o suporte social percebido, menor o risco de desenvolver qualquer tipo de perturbação, salientando-se, mais uma vez, a importância que o suporte social tem na prevenção destes sintomas. E porquê? A verdade é que a gravidez por si só, cria vulnerabilidades na mulher,

pois não é apenas pautada por momentos de intensa felicidade, acarretando também muitas mudanças, mudanças essas que são, inevitavelmente, geradoras de stress. Assim, se todos os receios, medos e inseguranças próprios da gravidez puderem ser partilhados com alguém significativo para a mulher, estas mudanças e todas as alterações decorrentes da gestação serão mais facilmente aceites e ultrapassadas.

No que diz respeito ao presente estudo e relativamente às variáveis sociodemográficas, pode verificar-se, que existem resultados nos quais não se obteve significância, eventualmente devido à reduzida dimensão da amostra, ainda assim considera-se importante salientar alguns dados, uma vez que podem constituir indícios importantes para estudos futuros. A escolaridade e a situação socioprofissional parecem ser um aspeto relevante que poderá predispor a mulher à Depressão, apesar de não se terem obtido diferenças estatisticamente significativas. Ainda assim, examinando as médias, as mesmas indicam que as mulheres com mais baixa escolaridade e com nenhuma atividade profissional (estudante ou desempregada) são aquelas que obtiveram pontuações mais altas. Este dado permite-nos apurar que a baixa escolaridade associada à falta de atividade profissional, provavelmente pode originar um estatuto socioeconómico baixo, criando uma maior vulnerabilidade nas mulheres. Estudos elaborados por Pereira e Lovisi (2008) vêm ao encontro desta associação, ao afirmar que de facto a baixa escolaridade, desemprego ou o salário baixo são fortes fatores de risco, incrementando a probabilidade de desenvolver sintomas depressivos.

Relativamente ao estado civil observa-se que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, ao analisarmos as pontuações obtidas nas médias, vemos que as mulheres que não possuem uma relação conjugal estável (solteiras) apresentam pontuações mais altas em termos dos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão. Tendo em conta a importância do suporte social, e a importância do companheiro nesta fase de vida, os relacionamentos instáveis podem predispor a mulher para uma perceção de fraco suporte social. Assim, a qualidade da relação conjugal parece ser um fator de proteção importante, uma vez que tem tendência a condicionar o estado emocional da mulher grávida, sendo que se a relação for estável e segura, a mulher sentirá mais suporte, se, por outro lado, a relação for perturbada, também ela será uma fonte de ansiedade para a mulher, podendo incrementar os sintomas que a mulher já possa sentir. Num estudo de Pereira e colaboradores (2009), os autores afirmaram que mulheres solteiras ou divorciadas estão entre as que apresentam mais sintomas depressivos nesse período. Estas evidências são ainda corroboradas num estudo relacionado com os fatores de risco e desenvolvimento da Depressão na gestação (Nascimento, Amorim, Primo & Castro, 2009) em que se verificou que a situação conjugal estável ou presença de um parceiro e o apoio social contribuem para a prevenção de Depressão nas gestantes.

No que concerne ao apoio do companheiro, mais uma vez, não foi possível apurar diferenças com significância estatística, ainda assim, focando-nos nas pontuações médias obtidas é possível observar que apesar da maioria das mulheres terem a perceção de apoio social por parte dos companheiros, são aquelas que não sentem esse apoio que obtêm valores

mais altos em termos de sintomas psicopatológicos e de Depressão. Este indício vai ao encontro dos estudos realizados nesta área (Pereira, Santos & Ramalho, 2004), onde é comprovado e comumente aceite que a conceção que a mulher tem do seu relacionamento conjugal, em termos de satisfação, proximidade do relacionamento e apoio do companheiro, se relaciona com a sintomatologia depressiva durante a gravidez e o pós-parto.

O mesmo parece suceder-se com a variável planeamento de gravidez, pois também não foram obtidas diferenças significativas, embora possamos observar indícios de que as mulheres em que a gravidez não foi planeada e não foi aceite pelo casal, são aquelas que pontuam mais alto nos índices de sintomas psicopatológicos e de Depressão. Apesar de vivermos numa sociedade moderna e cada vez mais informada continuam a existir muitas gravidezes não planeadas, o que cria bastante ansiedade e stress na mulher. Considerando a necessidade de a mulher gerir de forma adequada todas as alterações no seu equilíbrio biológico, psicológico e social (Hung, 2005), sob risco de vivenciar um momento de crise que poderá propiciar a ocorrência de sintomas psicopatológicos, a falta de planeamento e consequente preparação para a gravidez e maternidade, constituem um risco acrescido da possibilidade de vivência destas patologias. A crise da gravidez considera-se ser um período essencial do ponto de vista do crescimento e integração maturativa da mulher, existindo variações individuais de acordo com a estrutura da personalidade, grau pessoal de ajustamento ao início da gravidez e ainda com o sistema familiar e o seu enquadramento (Rato, 1998).

No que concerne à variável respeitante ao número de filhos, verificamos que apesar de não se terem obtido diferenças estatisticamente significativas, podemos observar que são as mulheres com maior número de filhos que adquiriram pontuações mais altas nos índices de sintomas depressivos. Este aspeto é consolidado com o que é encontrado em estudos referentes aos fatores psicossociais, os quais indicam que o número de filhos influencia o aparecimento de estados de humor negativos (Lee et. al, 2007), isto é, um maior número de filhos é um fator predisponente para a manifestação de Depressão (Roomruangwong & Epperson, 2011). Este dado suscita-nos bastante interesse, uma vez que prevalece a ideia de que as primíparas, pela inexperiência e por todas as mudanças que um primeiro filho vem trazer ao nível pessoal e, consequentemente, no seio familiar, seriam aquelas que apresentariam níveis mais elevados de psicopatologia. Contudo, Canavarro (2001), explica muito bem esta questão, ao afirmar que existe uma necessidade das mulheres múltiparas em reestruturarem a relação com o(s) outro(s) filho(s), assim como de o(s) ajudar a se prepararem para o nascimento do irmão e integrar um novo ser na família. Teixeira (2009), em função dos resultados obtidos no seu estudo, complementa esta informação ao indicar que o início da gravidez é o período de maior vulnerabilidade psicológica, sobretudo em situação de primiparidade, sendo que o final da gestação pode também ser um período de grande ansiedade mas, sobretudo, para mulheres múltiparas. Tendo em conta a especificidade desta investigação e o facto de ter sido efetuada apenas em mulheres que se encontravam no final

da gravidez é consonante que se tenham obtido tais resultados, salientando-se a importância da intervenção dos profissionais de saúde logo desde o início da gravidez.

Em termos da variável respeitante às dificuldades na atual gravidez, nomeadamente dificuldades em engravidar, abortos espontâneos ou recurso a tratamento de fertilidade, verificamos que, de igual forma não existem diferenças estatisticamente significativas, ainda assim, surgem alguns estudos (Roomruangwong & Epperson, 2011), que indicam que existem fatores de risco que dizem respeito à gravidez em si, nomeadamente preocupações relacionadas com a gravidez, história de complicações obstétricas ou mesmo dificuldades na atual gravidez. Isto pode ser explicado pelo facto de todos estes aspetos arrastarem a mulher para muito stress emocional, pois o facto de ter que passar por procedimentos difíceis, o medo pavoroso de voltar perder o bebé e a ansiedade resultante da espera da eficácia dos tratamentos dificulta muito a manutenção do equilíbrio emocional da gestante, tornando-a mais vulnerável à Depressão, pelo que a mulher terá que ter muita resiliência de forma a conseguir recuperar das adversidades que foi atravessando nesta fase.

Uma outra variável sugerida e que revela grande pertinência em termos de investigação é o recurso a tratamento psiquiátrico ou psicológico em algum momento da vida da gestante, pois embora não se tenham obtido diferenças estatisticamente significativas, aquelas que assinalaram que já recorreram a ajuda psicológica, são aquelas que pontuam mais alto em ambas as escalas, sendo que todas as que assinalaram, identificaram a Depressão como principal causa desse recurso. Com rigor, existem autores (e.g. Gorman et al., 2004) que corroboram esta informação alertando para o facto das mulheres que se deprimem na gravidez geralmente já estiveram deprimidas anteriormente, e é muito provável que ocorra Depressão pós parto nessas mesmas mulheres (Gonçalves, 2008). Existem outros autores (Felice, Saliba, Grech & Cox, 2004; Marcus, Flynn, Blow & Barry, 2003; Kim, Mandell, Crandall, Kuskowski, Dieperink Buchberger, 2006) que afirmam que entre os fatores de risco frequentemente associados à Depressão no período gravídico-puerperal, o que é mais destacado pela maioria dos estudos analisados são os antecedentes psiquiátricos, principalmente história anterior de Depressão.

Relativamente à variável que se refere aos acontecimentos de vida que possam ter despoletado o aparecimento ou o agudizar da ansiedade ou tristeza nesta fase da vida, não se obtiveram dados significativos, ainda assim ao analisarmos as médias desta variável apuramos que as mulheres que indicaram a ocorrência de algum evento de vida, foram aquelas que pontuaram mais alto nas escalas. Segundo Figueiredo (2001), aqueles fatores que maioritariamente têm sido referidos na literatura como contributo para o aparecimento de Depressão neste estágio de vida são os acontecimentos de vida adversos que ocorrem na vida da mulher, que incluem situações como o desemprego materno e/ou paterno, abandono por parte do pai da criança, morte de familiares e ocorrência de problemas de saúde na família da puérpera, indo ao encontro do que foi revelado na presente investigação em que 14.8% das mulheres evidenciaram ter perdido o emprego e/ou terem passado por situações de morte no seio da família, o que nos leva a induzir que os eventos de vida stressantes parecem predispor

as mulheres a este tipo de patologias, na medida em que é vivenciado um momento de crise que oferece possibilidades favorecedoras ao stress, ansiedade e, conseqüentemente, à exaustão, sendo que o organismo é obrigado a fazer um esforço adaptativo para enfrentar e ultrapassar uma situação mais alarmante. Outros autores (Conde e Figueiredo, 2007), reforçam esta ideia, asseverando que fatores do domínio social, nomeadamente a vida profissional (em especial, a probabilidade de ficar desempregado) e a familiar e interpessoal (morrer um familiar ou ocorrência de problemas graves na família), encontram-se englobados nos acontecimentos de vida adversos, onde se focaliza a maior intensidade de preocupação das futuras mães ou mesmo dos pais, durante esta fase exigente das suas vidas (Conde e Figueiredo, 2007).

Tal como foi descrito pela literatura, o 3º trimestre de gravidez caracteriza-se pela percepção da mulher grávida de que se irá desligar da gravidez através do parto, sendo que a mãe se encontra muito focada no mesmo. Este é um aspeto ansiógeno pelo carácter antecipatório que a mulher faz do mesmo, como a preocupação subjacente às conseqüências negativas do mesmo no seu bem-estar e do bebé (Conde e Figueiredo, 2007). Desta forma, apesar de não se terem obtido diferenças significativas na presente investigação no que diz respeito a esta variável (parto), a grande maioria das participantes assinalou esse aspeto como gerador de ansiedade. Podemos analisar este facto através de estudos efetuados (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007), em que os resultados obtidos nos demonstram que a sintomatologia depressiva pode ser predita pelas complicações físicas decorrentes do parto, história de problemas obstétricos, tempo que demora a pegar no bebé, pior vivência do pós-parto e preocupações com a própria saúde e a do bebé. Relativa à situação de parto, é comumente reconhecido que o nascimento pode ser visto como um período de crise na vida da mulher (Conde e Figueiredo, 2007).

Remetendo-nos agora para o pós-parto, no presente estudo a variável experiência do parto não evidenciou diferenças significativas e, ao observar as médias, aquelas mulheres que pontuam mais elevado são as que afirmam que a experiência de parto correspondeu às expectativas. No entanto existem estudos (Righetti, Conne-Perreard, Bousquet, & Manzano, 1998) que não corroboram os resultados, demonstrando a existência de uma relação significativa entre a história de sintomatologia psicopatológica e a experiência do parto, nomeadamente experiência negativa e, conseqüentemente, sobre a Depressão pós parto. Costa e colaboradores (2007) no seu estudo, obtiveram resultados semelhantes ao de Righetti e colaboradores (1998), afirmando que uma experiência emocional mais negativa permite predizer maior sintomatologia depressiva, sendo que a qualidade experiencial do parto interfere no ajustamento emocional da mulher, pelo que é um aspeto muito importante a salientar em termos dos contextos de saúde. Esta variável parece também ter uma relação importante com o suporte social, uma vez que os resultados do estudo de Illiadou (2012) evidenciaram que o suporte dado às mulheres durante o trabalho de parto é claramente benéfico, manifestando uma diminuição dos sentimentos negativos sobre a sua experiência de parto.

De forma a finalizar a discussão dos resultados, torna-se importante salientar um estudo realizado por Roomruangwong e Epperson (2011), no qual foi igualmente utilizado o EPDS, no qual os autores identificaram que existem fatores determinantes no surgimento de Depressão, nomeadamente os fatores individuais, que incluem escolaridade mais baixa, mulheres que sofrem de problemas médicos e que possuem uma história pessoal e familiar de doença psiquiátrica. Em relação aos fatores respeitantes à gravidez, parecem estar relacionados aspetos como gravidez não planeada, preocupações relacionadas com a gravidez, história de complicações obstétricas ou mesmo dificuldades na atual gravidez. Em relação a fatores psicossociais, o estudo aponta para baixo estatuto socioeconómico, maior número de filhos, eventos de vida stressantes e falta de apoio por parte dos familiares ou amigos. Estes resultados parecem ser coincidentes com os que foram obtidos nesta investigação, pois ainda que muitos dos dados obtidos não tenham sido alvo de significância, os resultados sugerem, da mesma forma, que as mulheres grávidas com mais baixas qualificações, aquelas que não planeiam a gravidez e aquelas que tiveram dificuldades em engravidar, sofreram abortos espontâneos, recorreram a tratamentos de infertilidade, bem como as mulheres solteiras e desempregadas, as que têm mais filhos e as que receberam tratamento psicológico, mostram níveis mais elevados de Psicopatologia. Relativamente ao suporte social, esta é uma variável que parece ter bastante significância, demonstrando que existe uma influência do suporte social nos índices de sintomas psicopatológicos, ou seja, aquelas mulheres em que parece não existir perceção de apoio, nomeadamente do companheiro, manifestam valores mais elevados de sintomas psicopatológicos e de Depressão.

Após análise e discussão dos resultados considerados pertinentes, torna-se relevante retirar algumas conclusões da investigação efetuada. Assim, concluímos que realmente existem evidências que nesta fase ocorrem diversas alterações que suscitam a hipótese de que a gestante apresente grande vulnerabilidade para desenvolver estados emocionais negativos, nomeadamente a Depressão, sendo esta considerada um problema de saúde pública. O mesmo acontece com o suporte social, encarado como um fator de proteção importantíssimo, na medida em que se a mulher tiver perceção de suporte social mais facilmente conseguirá ultrapassar e colmatar todas as contrariedades que poderão advir desta fase da vida.

No contexto da promoção da educação para a saúde durante a gravidez e no pós-parto, a identificação dos fatores de risco que promovem o desenvolvimento de estados emocionais negativos nessas mulheres grávidas e puérperas, a fim de prevenir consequências adversas para a mãe e para a criança. Neste sentido, deve ressaltar-se a importância de realizar intervenções de melhoria para minimizar o aparecimento de sintomas psicopatológicos, de forma a ajudar as mulheres grávidas a terem uma melhor adaptação à maternidade, podendo desenvolver-se e promover-se intervenções personalizadas de acordo com o estilo de vida e contextos em que se inserem.

A prevenção precoce, por meio de ações e intervenções adequadas e que tenham em conta as variáveis associadas à Depressão, tais como aquelas que foram discutidas no

presente estudo, pode impedir as mães de desenvolverem psicopatologia e pode prevenir todos os problemas inerentes à mesma no seio familiar e pessoal. O desenvolvimento de medidas efetivas para a prevenção desta patologia, é a melhor dica para a redução da sua incidência, assim o acompanhamento das mulheres e da sua família revela-se crucial durante a gestação e o puerpério.

Na perspetiva da Psicologia da Saúde, considera-se que os profissionais de saúde/educação que estão envolvidos em trabalhos com gestantes desempenham um papel importante neste reconhecimento, diagnosticando e encaminhando as famílias para atendimento psicológico, podendo com este trabalho auxiliar o desenvolvimento infantil saudável, sendo que são os que se encontram em melhores condições de prevenir o aparecimento da DPP, uma vez que possuem o conhecimento necessário para propor a criação de programas preventivos na rede pública, voltados essencialmente para a saúde da grávida, saúde reprodutiva no geral e a importância de uma rede de apoio segura e estável (Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005)

Conclui-se, desta forma, no que diz respeito à Depressão, principalmente à Depressão pós-parto, que a mesma deve ser uma preocupação primária por parte dos profissionais de saúde, uma vez que pode ter consequências nefastas e afetar gravemente a saúde da mãe, desenvolvimento do bebé e até mesmo a díade mãe-bebé. Deste modo, a partir da compreensão das vicissitudes que caracterizam a vivência psicológica parental no que diz respeito à transição para a parentalidade, garantir-se-á uma prestação de cuidados adequados à mulher e a todos quanto a rodeiam, surgindo a possibilidade da diminuição da morbilidade associada a este período de vida.

No entanto, tal como em todos os estudos, no que diz respeito à investigação efetuada surgiram algumas limitações, que podem e devem ser colmatas em estudos futuros. Assim sendo, começa-se por salientar o facto de não se ter recorrido às soluções fatoriais do BSI, uma vez que teria sido importante tê-lo efetuado, já que o BSI é composto por diferentes dimensões que permitiam analisar mais pormenorizadamente o papel dos fatores de risco, nomeadamente um dos mais reconhecidos em diferentes estudos (Conde e Figueiredo, 2003b) para a sintomatologia depressiva na DPP, ou seja a sintomatologia ansiosa na gravidez, indicando que invariavelmente a mesma é muito frequente na gravidez, sendo mais frequente nesta fase do que em momentos não relacionados com a maternidade, pelo que é muito importante considerar esta variável e as consequências e implicações da sua presença para a saúde e desenvolvimento cognitivo, motor e emocional do bebé, tanto durante a gestação, como após o nascimento. Investir nas soluções fatoriais da Escala de Satisfação com o Suporte Social, também teria sido uma boa aposta em termos de investigação, de forma a compreender qual o tipo de apoio que a mulher mais preza e qual aquele que tem mais influência em termos de índices de sintomas psicopatológicos e Depressão.

A consideração de dois períodos (gravidez e pós-parto) permitiu adotar uma lógica mais abrangente na avaliação dos papéis das variáveis para com o surgimento de sintomas psicopatológicos e de Depressão, ainda assim, consideramos uma limitação o facto de termos

apenas recolhido amostra no CHCB, pois tornou a visão e a avaliação pouco alargada, uma vez que teria sido pertinente avaliar mulheres com características diferentes, nomeadamente relativo às variáveis sociodemográficas, como escolaridade ou o estatuto sócio-profissional.

Outra limitação que podemos apontar foi o facto de termos apenas recolhido amostra em gestantes que se encontrassem no terceiro trimestre de gravidez, o que nos impediu de elaborar uma abordagem mais abrangente, tentando-se verificar as discrepâncias existentes entre os diferentes trimestres, assim como verificar a disparidade entre as semanas de gestação, de forma a verificar se com o aproximar do parto, os sintomas ansiógenos sofrem algum incremento. Talvez fosse também importante ter um grupo de controlo através do qual pudéssemos fazer algumas comparações, isto é, um grupo de mulheres não grávidas, de forma a compreendermos se de facto os sintomas depressivos e psicopatológicos diferem das gestantes para mulheres que se encontrem numa fase normal da vida.

Dadas a dimensão e características da amostra, os resultados não podem ser generalizados para a população de mulheres portuguesas, no entanto, deve ter-se em conta a repercussão clínica dos resultados, pelo que se considera importante reproduzir o estudo com uma amostra de dimensão mais ampla para que se possa retirar conclusões mais generalizadas, incluindo, por exemplo gestantes nos vários trimestres de gravidez, tal como referido.

Este era um estudo com alguma complexidade que envolveu uma multidimensionalidade de variáveis, variáveis essas que não foram passíveis de verificação na presente investigação, nomeadamente o temperamento do bebé, variável considerada por alguns autores (e.g. Schwengber, 2002), como boa preditora de ansiedade e Depressão na gravidez.

Por fim, uma outra limitação, revelou-se em termos de referências bibliográficas de base, pois embora exista uma grandiosa panóplia de estudos internacionais efetuados, revelou-se ao longo da pesquisa bibliográfica o difícil acesso aos mesmos.

Apesar de todas as limitações e lacunas sentidas ao longo de todo este percurso, foi realmente gratificante elaborar um projeto destes na medida em que constituiu um momento único e inquestionável de aprendizagem e aquisição de conhecimentos e novas competências, remetendo-nos para o crescimento pessoal e profissional, estando na ânsia de que a investigação efetuada traga indícios importantes e benefícios para as mulheres nesta fase importante da vida e que todas as mudanças inerentes à mesma possam ser ultrapassadas de forma harmoniosa e possam desfrutar deste momento único da melhor forma.

Referências Bibliográficas

- Abreu-Rodrigues, M. & Seidl, E. M. F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18(40), 279-28.
- Airosa, S. & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, Depressão, stress e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 64-77.
- Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetric Gynecology Scand* 85(8), 937-944.
- Andrade, R. V. et al. (2003). Atuação dos neurotransmissores na Depressão. *Artigo não publicado*. Faculdade de Farmácia do Planalto Central/União Educacional do Planalto Central: Brasília.
- Antunes, C. & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. *Paideia*, 15(32), 355-66.
- Alarcão, M. & Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44, 353-376.
- APA. American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and statistical of mental manual disorders*. (4ª Ed.). Text revision. Washington-DC: American Psychiatric Association.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheros, J. M., Matos, F. & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of child bearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- Austin, M. P. (2004). Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archive of Woman Mental Health*, 7(1), 1-6.
- Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B. & Howells, G. N. (1980). Tests of the generality of self efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.
- Bahadoran, P., Mohseni, M. & Abedi, H. (2008). Mothers' experiences of postpartum period: a phenomenological study. *IJNMR*, 13(3), 110-115.
- Baião, M. R. & Deslandes, S. F. (2006). Alimentação na gestação e puerpério. *Revista de Nutrição*, 19(2), 245-253.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beretta, M. I. R.,... Dupas, G. (2008). Tristeza/depressão en la mujer: un enfoque en lo período gestacional y/o puerperal. *Rev. Electr. Enf.*, 10(4), 966-78.
- Berg, M. (2009). Paternal Depressive Symptoms During Pregnancy Are Related to Excessive Infant Crying. *Pediatrics*, 124(1), 96-103.
- Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. (pp.55-67). In L. Baider, C. Cooper, A. De-Nour (eds), *Cancer and the Family*, 2º Ed. New York: John Wiley & Sons.

- Buist, A. (2006). Perinatal depression - assessment and management. *Australian Family Physician*, 35(9), 670- 673.
- Burt, V.K. & Stein, K. (2002). Epidemiology of depression through the female life cycle. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (7), 9-15.
- Brigido, M. (2010). Variáveis psicológicas na adaptação ao nascimento de um filho. Ata do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia: Universidade do Minho.
- Brites, J., Moreira, C., & Baptista, A. (2000). Estudo dos fatores psicossociais relacionados com a Depressão pós-parto. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal, & M. R. Dias (Eds.), *Atas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 207-258). Lisboa: ISPA.
- Brockington, I. (2004). Post partum psychiatric disorders. *Lancet*, 36, 303-10
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E. & Rennó Jr, R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 33 (2), 92 - 102.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade - Representações e tarefas de desenvolvimento (pp. 17-49). In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento (pp. 17-49). In M. C., Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M: Gonçalves & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III). Lisboa: Quarteto Editora.
- Carneiro, A. R. G. (2012). Qualidade de vida, satisfação com o suporte social e o funcionamento social na esquizofrenia: estudo comparativo entre doentes residentes na comunidade e institucionalizados. *Tese de mestrado não publicada*. Porto: Universidade Católica.
- Carter, A. S., Garrity-Rokous, F. E., Chazan-Cohen, R., Little, C. & Briggs-Gowan, M. J. (2001). Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 18-26.
- Cheng, C., Fowles, E. R. & Walker, L. O. (2006). Pós-Parto Saúde Materna nos Estados Unidos: uma revisão crítica. *J Perinat Educ Verão*, 15(3), 34-42.
- Colman, L. L. & Colman, A.D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na Gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. Artigo integrado no projeto “Limiar da vida e da morte: imortalidade simbólica e vinculação da mãe ao

- bebé”, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Bolsa de Doutoramento).
- Conde A, Figueiredo B. (2003b). Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Revista de Psiquiatria Clínica* 24(3), 197-209.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2007). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 381-398.
- Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista Psiquiatria Clínica* 34(4), 157-165.
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E, R, A. (2008). Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3, 759-773.
- Crockenberg SB. Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Dev.* 1981;52(3):857-65.
- Dressen, M. A. & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicol Teor Pesq.*, 16(3), 221-231.
- Faisal-Cury, A. & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(3), 171-178.
- Falceto, O. G. (2002). A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno. *Tese de mestrado não publicada*. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Fatoye, F. O., Adeyemi, A. B, & Oladimeji, B. (2004). Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. *J Obstet Gynecol*, 24, 504-509.
- Feinemann, J. (2000). Sobreviver a Depressão pós-parto: Identificar, compreender e superar a Depressão pós-parto. (E. Viterbo, trad.). Lisboa: Ambar.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V. & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord.*, 82, 297-301.
- Ferreira, A. M. S. (2007). A Depressão no Processo de Maternidade. *Dissertação de mestrado não publicada*. Porto: Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Figueira, P., Corrêa, H., Malloy-Diniz, L. & M. A. Romano-Silva (2009). Escala de Depressão Pós-natal e Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*, 43(1), 79-84.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento da maternidade. In I. Soares (coord.). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 347-380). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.161-188). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud*, 3(3), 521-539.

- Figueiredo, B. (2005). Depressão na gravidez: Quais as consequências para a mãe e o bebé?. In I. Leal (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 23 - 47). Lisboa: Fim de século.
- Flynn, H. A. (2005). Epidemiology and phenomenology of postpartum mood disorders. *Psychiatric Annals*, 35 (7), 544 - 555.
- Francisco, V. L.,... Esteves, M. A. (2007). A Depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 2 (XXV): 229-239.
- Furtado, E. F. & Ramos, S. H. A. A. (2007). Depressão puerperal e interação mãe-bebé: um estudo piloto. *Psicologia em Pesquisa*, 1 (01), 20-28.
- Gale, S. & Harlow, B.L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24 (4), 257 - 66.
- Gonçalves, J. I. C. (2008). Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebé. *Tese de mestrado não publicada*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R. & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3), 1755-1769,
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. & Baltes, B. B. (2007). The relationship between received and perceived social support: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol*, 39, 133-144.
- Hamilton, J., Sandelowski, M. & Faan, R (2004). Types of social support in African, Americans with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(4), 792-800.
- Heh, S. S. , Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *Int J Nurs Stud.*,41(5), 573-579.
- Henshaw C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives Womens Mental Health*, 6 (2), 33 - 42.
- Hipwell A. E., Goossens F. A. , Meelhuish E. C. & Kumar, R. (2000) Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol*, 12, 157-75.
- Hobfoll, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer M. R. & Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among innercity pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol*, 63, 445-53.
- Honrado, A. (2001). Adaptação Materna a uma Situação de Nascimentos Múltiplos. *Dissertação de mestrado não publicada*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Hung, C. H. (2005). Measuring postpartum stress. *J Adv Nurs*, 50(4), 417-424.
- Iaconelli, V. (2005). Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. *Revista Pediatria Moderna*, 41 (4), 1-6.
- Iliadou, M. (2012). Supporting women in labour. *Health Science Journal*, 6(3), 385-391.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1999). *Tratado de Psiquiatria*. (6th ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Kim, H. G., Mandell, M., Crandall, C., Kuskowski, M. A., Dieperink, B. & Buchberger, R. L. (2006). Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Womens Ment Health*, 9(2), 103-7.
- Konradt, C. E., ... Pinheiro, R. T. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 33(2), 76-79.
- Kornblith, A., Herndon, J., Zuckerman, E., Viscoli, C., Horwitz, R., Cooper, M., Harris, L., Tkaczuk, K., Perry, M., Budman, D., Norton, L. & Holland, J. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 15(2), 443-454.
- Leal, I. (Ed.). (2005). *Psicologia da gravidez e da Parentalidade*. Fim de Século, Lisboa.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W. Fong, D. Y. (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 110, 1102-1112.
- Lett, H., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F.,... Schneiderman, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology* 26, 418-427.
- Li, D., Liu, L. & Odouli, R. (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24(1), 146-153.
- Lima, M.S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr.*, 21, 1-5.
- López, M. T. G. & Llop, R. O (2007). Sobre la psicosis puerperal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XXVII (100), 501-506.
- Lima, M. O. P. & Tsunechiro, M. A. (2008). Repercussões materno-fetais da Depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O Mundo da Saúde*, 32 (4), 530-536.
- Lugina, H. I., Christensson, K., Massawe, S., Nystrom, L., & Lindmark, G. (2001). Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: a study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Midwifery Womens Health*, 46 (4), 248-257.
- Lyons, S. (1998). A prospective study of posttraumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 91-105.
- Madi, B. C. (2001). Women's decision-making and factors affecting their choice of place of delivery: Systematic review and qualitative study. *Unpublished doctoral thesis*. University of Surrey: European Institute of Health and Medical Sciences.
- Maia, B. R., Marques, M., Bos, S., Pereira, A. T., Soares, M. J., Valente, J.,..., Azevedo, M. H. (2011). Epidemiology of perinatal depression in Portugal: Categorical and dimensional approach. *Acta Med Port*, 24(2), 443-448.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C. & Barry, K. L. (2003) Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health*, 12(4), 373-80.

- Marques, C. (2003). Depressão materna e representações mentais. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 85-94.
- Marques, M. V. P. (2011). Factores de risco da Depressão pós-parto: uma abordagem multidimensional. *Dissertação de mestrado não publicada*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Matos, P. M. & Costa, M. E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 45-54.
- Mendes, M. F. (2003). Puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde. *Dissertação de mestrado não publicada*. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Menezes, F. L., Oliveira, A. M. N., Lemos, L. A. P., Silva, P. A., Kerber, N. P. C., Silva, M. R. S. (2012). Frequência da Depressão puerperal na maternidade de um hospital universitário da região Sul. *Enfermeria Global*, 27, 419-429.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association*, 287,762 - 765.
- Moreira, N. A. C. & Gonçalves, R. A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1(XXVIII), 133-148.
- Motta, M. G., Lucion, A. B. & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da Depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev Psiquiatr*, 27(2),165-176.
- Murray, L. & Cooper, P. (1997) (Eds.). *Postpartum depression and child development*. New-York: The Guilford Press.
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y., & Honjo, S., (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (3), 209 - 217.
- Nascimento, S. R. C., Amorim, M. H. C., Primo, C. C. & Castro D. S. (2009). Fatores de risco para o desenvolvimento de Depressão na gestação. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 11 (2), 18-23.
- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y. & Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health*, 11(22), 1-9.
- Ogden, J. (1999). *Stress. Psicologia da Saúde*. Climepsi, Lisboa.
- O' Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray, & P. J. Cooper, (Ed.), *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New-York: The Guilford Press.
- Ohayon, M.M. & Schatzberg, A. F. (2002). Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1855-1861.
- Ohayon, M.M. & Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 39-47.

- Otchet, F., Carey, M. S. & Adam L. M. S. (1999). General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal?. *Obstetrics & Gynecology*, 94(6), 935-941.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R. & Pais, A. (2005). Antecipação da Experiência de Parto: Mudanças Desenvolvimentais ao longo da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1), 7- 41.
- Paranhos, M. E. & Werlang, B. G. (2009). Diagnóstico e intensidade da Depressão. *Barbarói*, 31, 111-125.
- Patrão, I. A. M. (2007). O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos. *Dissertação de doutoramento não publicada*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pereira, A. T,... Azevedo, M. H. (2011).The postpartum depression screening scale: is it valid to screen for antenatal depression?. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 227-38.
- Pereira, M. G., Santos, A. C. & Ramalho, V. (2004). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. Comunicação apresentada no Congresso de Psicologia da Saúde, Áustria.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2002). *O doente Oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Pereira, P. K. & Lovisi, G. M. (2008). Prevalência da Depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín.*, 35(4), 144-53.
- Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Pilowsky, D. L. Lima, L. A., Legay, L. F. (2009). Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 25(12), 2725-2736.
- Piccinini, C., Levandowski, D., Gomes, A., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. (2009). Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. *Estudos de Psicologia*, 26, 373-382.
- Pinho, M. M. P. S. B. (2009). Suporte social e adaptação à gravidez na adolescência. *Dissertação de mestrado não publicada*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Primo, C. C. & Amorim, M. H. C. (2007). Prevalência da Depressão e níveis imunológicos em mulheres após relaxamento. *Revista Enfermagem*, 15(1), 72-8.
- Ragland, D., Payakachat, N., Ounpraseuth, S., Stinnett, A., Dajani, N. & Stowe, Z. (2012). Depressive Symptoms in Pregnant Women: Does Diabetes Have an Impact?. *J Women's Health Care*, 1(4), 1-5.
- Rapoport, A. & Piccinini, C.A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16(1), 85-96.
- Rato, P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 405-413.

- Relvas, A. P. & Lourenço, M. C. (2001). Uma Abordagem Familiar da Gravidez e da Maternidade. Perspectiva Sistémica. In M. C. Canavarro (coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (cap.4). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.
- Righetti, M. V.; Conne-Perreard, E., Bousquet, A. & Manzano, J. (1998)- Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord*, 49(3), 167-180.
- Righetti, P., Dell'Avanzo, M., Grigio, M., & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Medical Psychology*, 96, 129-137.
- Riecher-Rössler, A. (2009). Prospects for the classification of mental disorders in women. *European Psychiatry*, 25(4), 189-196.
- Rios, L., Torres, M. & Díaz, L. (1992). Apoyo Social: implicaciones para la psicología de la salud. (pp. 81-143). In M. Simon (ed.), *Comportamiento y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Roomruangwong, C. & Epperson, C. N. (2011). Perinatal depression in Asian women: prevalence, associated factors, and cultural aspects. *Asian Biomedicine*, 5 (2), 179 - 193.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E. & Lima, V. J. (2007). *Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample*. *Rev Psiquiatr*, 29(3), 274-280.
- Santos, V. & Candeloro, R. J. (2006). *Trabalhos académicos uma orientação para a pesquisa e normas técnicas*. Porto Alegre: Editora Age Lda.
- Santos, C. S. B. V., Ribeiro, J. P. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoa com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M. & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61-68.
- Schwengber, D. D. S. (2002). A interação mãe-bebê e a experiência da maternidade de mães com e sem indicadores de Depressão no final do primeiro ano de vida do bebê. *Dissertação de mestrado não publicada*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da Depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22, 317-326.
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra.
- Simões, M.R. (2002). Implicações éticas e deontológicas subjacentes ao trabalho de adaptação e aferição de instrumentos de avaliação psicológica: O caso da versão portuguesa da WISC-III. *Psychologica*, 30, 387-406.

- Soares, C. & Varela, V. D. J. (2007). Assistência de enfermagem no puerpério em unidade de atenção básica: incentivando o autocuidado. *Relatório da prática assistencial não publicado*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Sotto-Mayor, I. M. B. & Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e Depressão maternal. *Psico*, 36(2), 135-148.
- Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Susman, J. L. (1996). Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract.*, 43(6), 17-24.
- Teixeira, J.M. (1998). A Depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatria em revista*, 11 (3).
- Teixeira, C. B. P. V. (2009). Ansiedade e Depressão em mulheres e homens durante a gravidez. *Tese de mestrado não publicada*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ventura, T. (2011). Depressão e comorbilidade: um caso clínico. *Rev Port Clin Geral*, 27, 36-42.
- Walín, E. (2007). *Teenage chilbearing in Sueden. Support from social network and midwife* (versão eletrónica). Stockholm: Karolinska Institut.
- Weinberg M. K. & Tronick E. Z. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102(5), 298-304.
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2003). *Tratar a Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Yalom, I. D., Lunde, D. T., Moos R. H. & Hamburg, D.A. (1968). Postpartum blues syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 18, 16 - 27.
- Zanotti, D. V., Saito, K. C., Rodrigues, M. D. & Otani, M. A. P. (2003). Identificação e intervenção nos transtornos psiquiátricos associados ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. *Revista Nursing*, 61 (6), 36-42.

Anexos

ANEXO 1: Questionário Sociodemográfico (durante a gravidez)

ANEXO 2: Questionário Sociodemográfico (Pós-Parto)

ANEXO 3: Pedido de autorização ao CHCB e departamento DSCM.

