



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

GRAVIDEZ E SAÚDE MENTAL – CARACTERIZAÇÃO DE UM GRUPO DE GRÁVIDAS UTENTES EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Sara Mesquita de Figueiredo Moutinho

Porto, julho, 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

GRAVIDEZ E SAÚDE MENTAL – CARACTERIZAÇÃO DE UM GRUPO DE GRÁVIDAS UTENTES EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre
em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Sara Mesquita de Figueiredo Moutinho

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria Raul Xavier

Porto, julho, 2019

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Raul Xavier, pela sua excelente orientação e profissionalismo, pela sua disponibilidade e incentivo, pelo seu entusiasmo e conhecimento e por todos momentos de reflexão conjunta.

Aos meus pais por todo o vosso apoio, amor e confiança. Por todos os valores que me transmitiram e por me ajudarem a tornar este sonho possível. Obrigada!

Aos meus irmãos, Tomás e Pedro, pelo apoio e carinho.

À Joana e à Carol, pelo caminho que percorremos juntas ao longo destes 5 anos. Obrigada pelas nossas conversas, pelos desabafos trocados, pelo vosso apoio constante. Pelos nossos momentos mais difíceis, que acabamos sempre por superar. Pela verdadeira amizade que construímos.

À Márcia e à Bia, as minhas amigas de sempre, pelo apoio e energia positiva.

Ao Vitor, pelo teu apoio, carinho, amor e paciência.

À Bianca, pela boa relação criada ao longo deste projeto desenvolvido em conjunto, pelos momentos de partilha e de reflexão.

À Doutora Maria de Lurdes Sarmento, pelo seu carinho e pelos conselhos dados nesta reta final.

A todos os meus professores, pela partilha de conhecimentos e pelo profissionalismo demonstrado.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo caracterizar a Saúde Mental de Grávidas Utentes dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente no que diz respeito à ansiedade e depressão. A amostra foi constituída por 57 grávidas utentes em Cuidados de Saúde Primários, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos.

O protocolo de avaliação utilizado na recolha de dados foi constituído pelo questionário de dados sociodemográficos, gravidez e paridade; pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens; e pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

Os resultados demonstraram que a amostra em estudo apresenta vários níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva e que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre ambas as condições, apontando para uma elevada comorbilidade. Foi ainda evidenciado que os valores de ansiedade e de depressão estão correlacionados positivamente com a idade das mães. Não foram encontradas associações entre níveis de ansiedade e de depressão com a escolaridade da mãe, número de filhos e tempo de gestação.

O presente estudo está integrado num programa de intervenção parental mais vasto, designado “Crescer em Grande”, o que permitiu trazer alguns contributos para este programa.

Palavras Chave: Gravidez, Ansiedade pré-natal, Depressão pré-natal, Cuidados de Saúde Primários; Saúde Mental.

Abstract

The aim of the present study was to characterize the Mental Health of Pregnant Patients of the Primary Health Care, namely with regard to anxiety and depression. The sample consisted in 57 pregnant patients in the Primary Health Care, between the ages 18 and 42.

The evaluation protocol used in the data collection consisted in the socio-demographic, pregnancy and parity data questionnaire; Depression Anxiety Stress Scales with 21 items; and Brief Symptom Inventory.

The results have shown that the sample in study presents multiple levels of anxiety and depressive symptomatology and that there is a statistically significant positive correlation between both the conditions, suggesting a high comorbidity. It was also pointed out that the anxiety and depression values are positively correlated with the age of the mothers. No associations between anxiety and depression levels with the mother's education, number of children and gestation period were found.

The current study is integrated in a wider parenting intervention program, named "Crescer em Grande", which allowed some contributions to this program.

Keywords: Pregnancy, Prenatal Anxiety, Prenatal Depression, Primary Health Care, Mental Health.

Lista de Abreviaturas

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

CeG – Crescer em Grande

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens

IGS – Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

TSP – Total de Sintomas Positivos

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Níveis de gravidade da EADS-21

Tabela 2 - *Alfa de Cronbach* das subescalas do BSI, na amostra do estudo e na versão portuguesa

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 4 - Dados relativos à gravidez e paridade

Tabela 5 - Comparação entre a população padrão e a amostra do estudo - subescala da Ansiedade e subescala da Depressão da EADS-21

Tabela 6 - Comparação entre a população padrão e a amostra do estudo - subescala da Ansiedade e subescala da Depressão do BSI

Tabela 7 - Resultados das subescalas da EADS-21 com base nos níveis de gravidade

Tabela 8 - Resultados das subescalas do BSI com base nos pontos de corte

Tabela 9 - Associação entre subescalas da EADS-21 e subescalas do BSI

Tabela 10 - Associação entre Ansiedade e Depressão e idade e escolaridade

Tabela 11. Diferenças entre Ansiedade e Depressão e empregabilidade

Tabela 12. Associação entre Ansiedade e Depressão e variáveis associadas à gravidez e paridade

Índice de Anexos

Anexo 1 – Questionário de dados sociodemográficos, gravidez e paridade

Anexo 2 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens

Anexo 3 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Anexo 4 – Formulário de Consentimento Informado

Índice

Introdução.....	1
Parte I - Enquadramento Teórico	4
1. Gravidez	4
2. Saúde Mental durante a gravidez	5
3. Cuidados de Saúde Primários e Modelo <i>TouchPoint</i>	11
Parte II – Estudo Empírico	13
1. Objetivos e hipóteses.....	13
2. Método	14
2.1. Amostra	15
2.2. Instrumentos de recolha de dados	15
2.3. Procedimentos	18
2.3.1. Recolha dos dados.....	18
2.3.2. Análise dos dados.....	19
3. Resultados	20
4. Discussão.....	26
Conclusão	31
Referências Bibliográficas	33
Anexos.....	45

Introdução

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde e tem como tema a Gravidez e a Saúde Mental de utentes grávidas acompanhadas em Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A gravidez é geralmente considerada uma fase de bem-estar emocional e de expectativas positivas, tanto para a mulher como para a sua família (e.g., Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016; Misri & Lussin, 2012). No entanto, o período da gravidez envolve grandes mudanças físicas, psicológicas e sociais na mulher grávida, que podem estar ligadas ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (e.g., Akbarian, Kohan, Nasiri, & Ehsanpour, 2018; Ghaffar et al., 2017; Misri & Lussin, 2012). A depressão e a ansiedade materna são exemplos desses problemas, que são comuns durante a gravidez e também após o parto (e.g., Akbarian et al., 2018; Alipour, Lamyian, & Hajizadeh, 2012; Ghaffar et al., 2017).

Estes problemas de saúde mental podem ter impacto na relação precoce entre mãe-bebé e na prestação de cuidados, o que por sua vez poderá trazer repercussões para o desenvolvimento da criança (e.g., Brandão, Brites, Nunes, Pires, & Hipólito, 2018; Figueiredo & Lamela, 2014; Matthews, Huberty, Leiferman, McClain, & Larkey, 2017). Diversos autores têm vindo a destacar a importância das relações precoces. Por exemplo Gomes-Pedro (2017) destaca esta ideia descrevendo as relações precoces como fator essencial, que irá influenciar as experiências futuras da criança, tendo, portanto, impacto no seu desenvolvimento. A preocupação com o desenvolvimento saudável da criança, é, pois, dependente do bem-estar dos pais, assim como do desenvolvimento do papel parental (e.g., Sparrow, 2013).

A gravidez corresponde, como já referi, a uma primeira fase de um longo processo em que inúmeras alterações vão ocorrendo, às quais a mulher e a família terão que se adaptar (e.g., Conde & Figueiredo, 2003; Ghaffar et al., 2017), numa ligação compreensível com o que decorrerá depois do bebé nascer. O Modelo *TouchPoint*, desenvolvido por Brazelton (1994, 1999, 2003) corresponde a um modelo preventivo que tem tido grande impacto na compreensão deste processo, e que poderá ajudar a antecipar os momentos previsíveis do desenvolvimento do bebé e a relação entre os pais-bebé, através de cuidados antecipatórios e de parceria com os profissionais de saúde.

É importante ainda ter em conta que em Portugal, nas duas últimas décadas, se tem assistido a uma redução acentuada dos indicadores de fecundidade, o que por sua vez terá um impacto negativo na evolução da população portuguesa. Cada vez mais a estrutura etária da

população se assemelha a uma pirâmide etária invertida, com uma diminuição das gerações mais jovens (Bravo, 2016). Só nos últimos anos se tem assistido a um retomar do número de nascimentos (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2019; PORDATA, 2019a). Esta realidade sublinha a importância atribuída à gravidez e nascimentos saudáveis e ao desenvolvimento positivo das crianças que marcou o final do século XX e está a marcar o início do século XXI (Mendes et al., 2016).

A família corresponde ao contexto social central onde o desenvolvimento da criança ocorre, e na qual cada membro – nomeadamente a mãe - desempenha um papel específico, passando pela proteção e provisão alimentar, até aos estímulos adequados a cada fase do desenvolvimento e onde os relacionamentos entre estes membros familiares são primordiais (e.g., Carr, 2014; National Scientific Council on the Developing Child, 2007). É preciso, no entanto, não só considerar os problemas e dificuldades que vão surgindo no relacionamento entre pais-bebé, ou até mesmo entre o casal, como também considerar os riscos médicos e os problemas de saúde mental dos adultos durante a gravidez (Redshaw & Henderson, 2016), nomeadamente a depressão e a ansiedade pré-natal que segundo a literatura estão associados a consequências e resultados adversos no desenvolvimento futuro da criança (Kingston & Tough, 2013; Schetter & Tanner, 2012). Sabe-se que durante esta fase 7 a 20% das grávidas são afetadas pela depressão e ansiedade pré-natal (e.g., Biaggi et al., 2015). Muitas mulheres não são diagnosticadas com a perturbação, atingindo, no entanto, sintomas “subclínicos” (Dean et al., 2018), sintomas estes que também poderão colocar em risco tanto as mulheres grávidas como os seus filhos (Deave, Heron, Evans, & Emond, 2008; Levine, Alderdice, Grunau, & McAuliffe, 2016).

Hoje em dia, em Portugal, não é conhecido nenhum programa de intervenção baseado no Modelo *Touchpoint* que possa ser integrado, universalmente, nas consultas básicas de rotina durante a gravidez e nos primeiros anos de desenvolvimento da criança, no âmbito dos CSP. É, pois, neste contexto, que o presente estudo se insere. Integrado numa equipa mais vasta que se encontra a realizar investigação sobre este tema, o presente estudo descritivo, exploratório/piloto tem como objetivo caracterizar a Saúde Mental de Grávidas Utentes dos CSP, contribuindo para a compreensão da realidade portuguesa e servindo de base à planificação final do programa de intervenção parental “Crescer em Grande” - CeG, a integrar na consulta de saúde materna e saúde infanto-juvenil nos CSP, que a equipa está a desenhar. O programa de intervenção parental mais vasto CeG, baseado no modelo *Touchpoint*, corresponde a um projeto de promoção para a saúde da criança e da família e a eficácia da sua implementação será analisada num estudo longitudinal que integra dois grupos: o grupo de intervenção CeG, e

o grupo controlo que receberá os cuidados habitualmente prestados nessas consultas (Fareleira, Xavier, & Martins, 2017).

O presente trabalho, poderá ser considerado como estudo exploratório (e.g., Piovesan & Temporini, 1995) dado que corresponde, tanto quanto é do nosso conhecimento, ao primeiro estudo que se foca na caracterização da ansiedade e depressão pré-natal em grávidas acompanhadas em CSP, no nosso país. É também considerado um estudo piloto (Piovesan & Temporini, 1995) do CeG, dado que permite servir de base e testar os instrumentos previamente definidos para o estudo longitudinal, neste caso a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007). Complementarmente, uma outra dissertação foi desenvolvida, também servindo de base ao estudo CeG, a qual utilizou esta mesma amostra de grávidas, explorando, no entanto, outras variáveis como a vinculação pré-natal materna e a vivência psicológica da gravidez.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira corresponde ao enquadramento teórico que se divide em três subtópicos. O primeiro aborda o processo e a vivência psicológica da gravidez, o segundo tem em conta a Saúde Mental da grávida (ansiedade e depressão pré-natal) e o seu impacto para o desenvolvimento da criança. Atendendo ao facto de o presente estudo estar inserido no CeG, projeto de intervenção baseado no Modelo *TouchPoint*, que será realizado no âmbito dos contextos de saúde primários, achou-se relevante realizar um terceiro subtópico integrador destes elementos.

A segunda parte dedica-se à apresentação do estudo empírico e encontra-se dividida em quatro tópicos. O primeiro diz respeito aos objetivos e hipóteses a que este estudo se propõe estudar. O segundo aborda o método que, por sua vez, se encontra subdividido em amostra, instrumentos e procedimentos de recolha e análise dos dados. O terceiro e quarto tópicos abordam os resultados e a sua discussão. O trabalho termina com uma conclusão.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Gravidez

A gravidez é um processo que diz respeito ao período de aproximadamente 40 semanas, entre a concepção e o parto (e.g., Figueiredo, 2001). É uma experiência de vida e um dos eventos mais importantes do ciclo de vida da mulher e da sua família (e.g., Brandão et al., 2018; Sabogal & Rodríguez, 2019), marcado por inúmeras transformações que exigem um processo de adaptação árduo, no qual a mulher terá que cumprir um conjunto de tarefas de desenvolvimento (e.g., Conde & Figueiredo, 2003; Xavier, 2000). Delimitada no tempo, distingue-se da maternidade que, por sua vez, é um processo que corresponde a um projeto de longo-prazo apesar de assumir uma maior visibilidade nos primeiros anos de vida da criança, devido à prestação de cuidados (e.g., Figueiredo, 2001). Todo o processo de gravidez, permite à mulher que se prepare para ser mãe (Osorio-Castaño, Carvajal-Carrascal, & Rodríguez-Gázquez, 2017), ou seja, o projeto de maternidade vai sendo construído e consolidado de forma progressiva, enquanto que a gravidez corresponde a uma fase inicial (e.g., Canavarro, 2001).

A partir do momento em que a gravidez é confirmada, é necessário por parte da mulher uma reestruturação na sua vida para que esta experiência ocorra de maneira saudável tanto para ela como para o seu filho (e.g., Demarchi et al., 2017; Xavier, 2000), ou seja, existe uma preparação psicológica, a nível cognitivo (como o ensaio de papéis e tarefas maternas), a nível afetivo (ligando-se à criança) e a nível relacional ao iniciar-se o processo de reestruturação de relações para incluir o novo ser na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo, como pessoa única com vida própria (Canavarro, 2001). Todas estas alterações que vão surgindo, e toda esta adaptação, criam na mulher dúvidas e questões relativamente à sua identidade e ao seu auto-conceito.

Segundo a Psicologia Cognitiva, o modo como o indivíduo age e sente depende de representações esquemáticas que este possui da realidade. No caso da mulher grávida, é importante conhecer quais são as suas representações (conteúdo dos esquemas cognitivos) relativamente à gravidez e à maternidade de maneira a compreender aquele que é o seu comportamento tanto no decurso da gravidez como quando já é mãe (Canavarro, 2001). Segundo Canavarro (2001, p.21), “*as representações com que cada mulher caracteriza a gravidez e a maternidade dependem de uma diversidade de fatores que estão em constante mudança*”. Estes fatores, (mediados pelos processos cognitivos), dizem respeito à decisão de

engravidar, ao comportamento durante a gravidez e ao comportamento da mãe que são influenciados por fatores históricos e socioculturais, fatores genéticos e fatores desenvolvimentais (mediados pela personalidade). Os fatores históricos e socioculturais estão relacionados com a época histórica em que a mulher se encontra inserida e, portanto, com a forma como esta percebe a gravidez e a maternidade. Os fatores genéticos compreendem as características físicas e cognitivas assim com os traços de personalidade (Canavarro, 2001). Os fatores desenvolvimentais estão relacionados com a história pessoal do indivíduo e com as suas experiências e aprendizagens ao longo da vida (nomeadamente: relação com a mãe, experiências prévias de gravidez e de maternidade e a profissão), em que se destaca também o contexto relacional, no qual, a relação do bebé com a mãe tem especial importância (Canavarro, 2001).

Diversos autores têm vindo a enunciar várias fases desenvolvimentais, correspondentes ao período da gravidez, que dizem respeito tanto a alterações comportamentais como psicossociais e somáticas, nas quais se vão desenvolvendo um conjunto de tarefas psicológicas (e.g., Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2001; Justo, Bacelar-Nicolau e Dias, 1999). Justo, e colegas (1999) recordam a existência de três fases durante este período de gestação e das tarefas psicológicas subjacentes: *Integração* (aceitação da gravidez e reavaliação por parte da mulher da sua própria infância e da sua relação com a figura materna), *Diferenciação* (aceitação da realidade do feto e percepção dos primeiros movimentos fetais, momentos em que a grávida começa a compreender que existe um novo ser autónomo, o qual tem as suas próprias regras; esta segunda fase é também um momento de reavaliação do relacionamento com o parceiro) e *Separação* (preparação para o nascimento e para a separação física e psicológica do novo ser, em que a mulher reavalia e reestrutura a sua própria identidade). Mais recentemente, Canavarro (2001) propôs uma outra tarefa desenvolvimental que diz respeito à “reavaliação e reestruturação da relação com outros filhos”.

Estas três fases exigem uma adaptação pessoal e uma sequência, na qual o estágio anterior terá que estar resolvido, para se avançar com sucesso para o estágio seguinte (Camarneiro, 2011).

2. Saúde Mental durante a gravidez

A psicopatologia materna representa uma preocupação significativa de saúde pública devido ao impacto negativo que causa tanto nas mães, como no desenvolvimento da criança (e.g., Bayrampour, Vinturache, Hetherington, Lorenzetti, & Tough, 2018; Hser et al., 2015;

Park, Brain, Grunau, Diamond, & Oberlander, 2018). Já em 2008 a OMS (Organização Mundial de Saúde) referia que as mulheres grávidas ou mães com problemas de saúde mental apresentam-se mais incapacitadas para cuidar de forma adequada das suas próprias necessidades, sendo menos propensas a procurar e receber cuidados pré-natais ou pós-natais ou a aderir a cuidados de saúde (World Health Organization, 2008). Cada vez mais tem sido dada importância ao período pré-natal, dado que vários autores referem que um elevado número de mulheres com ansiedade e/ou depressão pré-natal, apresentam um risco mais elevado de desenvolver depressão pós-natal (e.g., Alipour et al., 2012; McDonald, Kehler, Bayrampour, Fraser-Lee, & Tough, 2016; Underwood, Waldie, D'Souza, Peterson, & Morton, 2016). Tal como referido anteriormente, estes problemas podem causar um grande impacto na saúde mental da mulher e no desenvolvimento da criança (Alipour et al., 2012).

Como já referido anteriormente, a depressão e a ansiedade são bastantes prevalentes durante a gravidez (e.g., Ali, Azam, Ali, Tabbusum, & Moin, 2012; Dean et al., 2018). A prevalência de ansiedade e de depressão pré-natal variam de acordo com os trimestres de gravidez e o número apresentado também é diferente em diversos estudos/autores. No entanto, genericamente, afirma-se que aproximadamente entre 21-25% das mulheres são afetadas pela ansiedade pré-natal (Bayrampour et al., 2018; Field, 2017; Radoš, Tadinac, & Herman, 2018). No que respeita à depressão pré-natal, é apontado um valor entre 17- 23% (Matthews et al., 2017; Underwood et al., 2016).

Quando a mãe se encontra deprimida ou ansiosa, tanto no período pré-natal como no período pós-natal, isso poderá aumentar o risco de a criança apresentar uma ampla gama de resultados desenvolvimentais adversos, nomeadamente problemas emocionais, problemas comportamentais ou problemas no desenvolvimento cognitivo (Barker, Jaffee, Uher, & Maughan, 2011; Glover, 2014). Importa, contudo, salientar que estas consequências para a criança não correspondem necessariamente a uma relação causa-efeito. Segundo Sroufe, Carlson, Levy e Egeland (1999) não podemos afirmar que fatores específicos, como por exemplo a depressão materna, conduzem inevitavelmente à psicopatologia, pois a mudança é possível ao longo do desenvolvimento (no entanto esta mudança é mais facilmente conseguida no início do processo). Existem, contudo, na literatura evidências de que a depressão e ansiedade pré-natal, para além da prevalência elevada, trazem consequências durante e após a gravidez, nomeadamente durante o período da infância e adolescência (e.g., Field, 2017). Por exemplo, no caso da ansiedade pré-natal, são evidenciados na literatura problemas de desenvolvimento mental e problemas de internalização nos bebés; desenvolvimento de perturbações de ansiedade na infância e o desenvolvimento de problemas de internalização na

adolescência são também comuns (e.g., Field, 2017). Também no caso da depressão pré-natal têm sido apontadas várias consequências para a criança, como por exemplo menor qualidade do sono, dificuldades de concentração, maior irritabilidade, hiperatividade, atrasos no desenvolvimento e depressão, assim como nos adolescentes sintomas depressivos e perturbações de ansiedade (e.g., Field, 2018).

A Psicopatologia do Desenvolvimento vem enfatizar a diversidade de trajetórias “(in)adaptativas” ao longo do desenvolvimento do indivíduo e dos processos envolvidos, nomeadamente, em situações de adversidade (Soares, 2000, p.12). Ou seja, acredita-se que indivíduos que desenvolvam uma mesma perturbação ou algum distúrbio específico, tenham tido heterogeneidade ao longo da sua trajetória, como, por outro lado, existem também indivíduos que apesar das adversidades, não desenvolvem nenhuma perturbação ou distúrbio (Cicchetti & Rogosch, 1996; Sroufe et al., 1999). Referimo-nos assim a equifinalidade quando o mesmo resultado final pode ser alcançado a partir de uma variedade de condições iniciais diferentes e processos distintos (Cicchetti & Rogosch, 1996). Por sua vez a multifinalidade sugere que um evento adverso não deve ser visto necessariamente como indicador de um resultado psicopatológico. Ou seja, apesar da adversidade, cada indivíduo tem a sua trajetória que poderá levar a resultados distintos, nomeadamente a um resultado adaptativo ou a um resultado menos adaptativo (Cicchetti & Rogosch, 1996). À luz desta teoria, o desenvolvimento do indivíduo caracteriza-se por um processo dinâmico, que resulta de um conjunto de interações entre este e os diferentes contextos de vida, que, portanto, “(re)direcionam” o seu percurso (Soares, 2000, p.20).

Dada a prevalência de ansiedade e depressão e a sua associação a resultados adversos, tanto para a mãe como para a criança, a deteção precoce durante a gravidez torna-se essencial (Bayrampour et al., 2018; Redshaw & Henderson, 2016). Segundo a literatura, tem sido dada uma menor atenção aos sintomas de depressão e de ansiedade que ocorrem durante este período (pré-natal) (e.g., Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004). Em qualquer período da vida pós-natal de uma criança é importante considerar o impacto da saúde mental materna, no entanto, é também fundamental atender à saúde mental pré-natal, devido aos efeitos fisiológicos que pode causar sobre o desenvolvimento do bebé, bem como à sua relação com os padrões de cuidados no período pós-natal (Coburn et al., 2018; Leis, Heron, Stuart, & Mendelson, 2014). Frequentemente, tanto a depressão como a ansiedade, não são diagnosticadas pelos profissionais de saúde (Glover, 2014), nem é oferecido um acompanhamento adequado durante o período de gravidez (Misri & Lussin, 2012). Por exemplo, no caso da depressão, esta falta de diagnóstico e de tratamentos adequados, pode estar relacionada com o facto de que os sintomas

da depressão durante a gravidez, como alterações no sono e no apetite, serem atribuídos a alterações genéricas relacionadas com a gravidez (Wright & Leahey, 2012).

Importa referir que foram encontrados na literatura diversos estudos em que a ansiedade e depressão pré-natal são avaliadas tanto como sintomas, como por escalas de ansiedade e depressão (diagnóstico). Este estudo pretende caracterizar a sintomatologia de ansiedade e de depressão nas mulheres grávidas.

Importa referir também que, hoje em dia, ainda existe algum debate e discórdia relativamente à classificação das perturbações mentais como categorias distintas (categorial) ou como dimensões contínuas. Enquanto que a perspetiva categorial é mais estruturada, indicando a presença ou ausência de psicopatologia, a perspetiva dimensional assume que existe um contínuo entre o normativo e o patológico, tendo mais em conta as características individuais e contextuais do indivíduo (Haslam, 2003), num olhar que considera as trajetórias de desenvolvimento (Cicchetti & Rogosch, 1996; Sroufe et al., 1999). Os instrumentos de avaliação que foram utilizados neste estudo, adotam uma perspetiva mais dimensional.

Apesar de vários estudos apresentarem diversos fatores de risco, sociodemográficos e psicológicos, para o desenvolvimento de ansiedade e da depressão na fase da gravidez, os resultados parecem ser inconsistentes (e.g., Furtado, Chow, Owais, Frey, & Van Lieshout, 2018). Algumas dessas variáveis serão discutidas de seguida.

No que respeita à variável idade, vários estudos referem que mães mais jovens apresentam níveis de ansiedade mais elevados (e.g., Arch, 2013; Bödecs et al., 2013). Por exemplo, num estudo que procurou examinar a prevalência de sintomas de ansiedade durante o primeiro trimestre de gestação e identificar os fatores de risco associados, os autores concluíram que mães mais novas com menos de 25 anos, apresentaram sintomas mais elevados de ansiedade, comparativamente a mães mais velhas (Rubertsson, Hellström, Cross, & Sydsjö, 2014). No entanto outros autores referem que mães com idade mais avançada apresentam níveis mais elevados de ansiedade (e.g., Ali et al., 2012; Yanikkerem, Ay, Mutlu, & Goker, 2013). Relativamente à depressão pré-natal, num estudo longitudinal, com uma amostra de 306 grávidas, às mães mais novas estavam associados níveis de depressão mais elevados (Martini et al., 2015). No entanto, num outro estudo longitudinal, com uma amostra de mães na Finlândia, mães adolescentes apresentaram um risco mais elevado para a depressão, contudo, mães com idade muito avançada também o apresentaram (Räisänen et al., 2014). Outros autores referem também que a idade avançada está associada a níveis mais elevados de depressão (e.g., Ali et al., 2012; Yanikkerem et al., 2013). Por exemplo num estudo com uma amostra de grávidas do Gana, a idade avançada foi associada ao desenvolvimento de depressão (Weobong

et al., 2014), assim como num estudo com uma amostra de grávidas do Paquistão (Kazi et al., 2006). Outros estudos, não encontraram associação entre a idade e a ansiedade/depressão pré-natal (e.g., Abuidhail & Abujilban, 2014; Agostini et al., 2015; Karmaliani et al., 2009).

Relativamente ao nível de escolaridade, mães com menor nível de escolaridade apresentam, em geral, níveis mais elevados de ansiedade, o que tem sido demonstrado em vários estudos (e.g., Arch, 2013; Bödecs et al., 2013; Rubertsson et al., 2014), tal como no que respeita à depressão (e.g., Bödecs et al., 2013; Kazi et al., 2006). No entanto, vários autores afirmam que não existe associação da depressão pré-natal com o nível de escolaridade (e.g., Agostini et al., 2015; Husain et al., 2012).

No que diz respeito ao tempo de gestação, os níveis de ansiedade parecem ser mais elevados no primeiro e terceiro trimestres de gravidez em comparação com o segundo, tanto em estudos realizados em Portugal (Figueiredo & Conde, 2011; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009), como noutros países (e.g., Effati-Daryani, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Zarei, Mohammadi, & Mirghafourvand, 2018; Lee et al., 2007). No entanto, segundo outros autores, os valores da ansiedade vão diminuindo deste o primeiro trimestre até ao nascimento do bebé (e.g., Canário & Figueiredo, 2017). Quanto à depressão pré-natal, diversos autores afirmam que o primeiro e terceiro trimestres de gravidez apresentam também níveis mais elevados (e.g., Lima, Tsunehiro, Bonadio, & Murata, 2017). Também num estudo com o objetivo de avaliar a prevalência e fatores de risco associados à depressão pré-natal, os resultados do BDI (Inventário de Depressão de Beck) revelaram que os sintomas de depressão foram mais elevados no primeiro e terceiro trimestres de gravidez (Yanikkerem et al., 2013). No entanto, em estudos com amostras de mulheres portuguesas, os sintomas de depressão parecem diminuir durante a gravidez, ocorrendo uma diminuição significativa do primeiro trimestre para o segundo e do segundo para o terceiro (Canário & Figueiredo, 2017; Figueiredo & Conde, 2011; Teixeira et al., 2009). O segundo trimestre parece apontar para o período de maior estabilidade após a adaptação inicial e antes do stress da antecipação do parto (Teixeira et al., 2009). No entanto, num estudo realizado no Irão em que foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) para avaliar os três trimestres de gravidez, os resultados mostraram que os níveis de depressão vão aumentando ao longo da gravidez (Effati-Daryani et al., 2018).

A multiparidade (quando a mulher tem mais do que um filho), segundo alguns autores, é uma variável que se constitui como um fator de risco para níveis de ansiedade mais elevados durante a gravidez (e.g. Dipietro, Costigan, & Sipsma, 2008). Num estudo realizado na Holanda, os resultados sugeriram que a multiparidade está associada a sintomas de ansiedade

(Van de Loo et al., 2018), assim como em estudos realizados em Portugal em que grávidas múltiplas apresentaram níveis mais elevados de ansiedade (Canário & Figueiredo, 2017; Castanheira, Correia, & Costa, 2017) que grávidas nulíparas (grávidas que vão ter o primeiro filho). Segundo Glazier, Elgar, Goel e Holzapfel (2004) ter outro filho pode constituir-se como um stressor ambiental. O aumento da ansiedade em mulheres grávidas e múltiplas, poderá estar associado com o facto de estas mulheres apresentarem preocupações relativamente à aceitação e às responsabilidades maternas para com os outros filhos (Castanheira et al., 2017). Ou seja, estas mulheres experienciam preocupações relacionadas com o aumento de despesas ou a necessidade de adequar tarefas maternas, por exemplo. Num estudo com grávidas turcas, os resultados sugeriram que mães múltiplas apresentaram níveis de depressão mais elevados do que mães nulíparas (Golbasi, Kelleci, Kisacik, & Cetin, 2010), o que também foi concluído num estudo recente realizado com mulheres portuguesas (Canário & Figueiredo, 2017). No entanto ainda existem dúvidas se o número de filhos está associado à depressão e ansiedade, durante a gestação (e.g., Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström, & Bixo, 2006; Biaggi et al., 2016; Teixeira et al., 2009). Vários estudos não encontraram associação entre esta variável e ansiedade/depressão pré-natal (Husain et al., 2012; Ratcliff, Sharapova, Suardi, & Borel, 2015; Teixeira et al., 2009).

Ainda no que diz respeito à associação entre ansiedade e depressão durante o período pré-natal, vários estudos têm sido congruentes. Por exemplo, num estudo recente foi realizada uma revisão da literatura, e os resultados demonstraram uma elevada comorbilidade entre a ansiedade e a depressão no período perinatal (22 semanas de gravidez até 7 dias após o nascimento) (Falah-Hassani, Shiri, & Dennis, 2017). Num estudo longitudinal, com uma amostra de 357 mulheres grávidas, os resultados evidenciaram comorbilidade existente entre sintomas de ansiedade e depressão, nos vários trimestres de gravidez. Num outro estudo, com uma amostra de 419 mulheres grávidas dos Estados Unidos, os resultados evidenciaram também comorbilidade existente entre ansiedade e depressão (Flynn, McBride, Cely, Wang, & DeCesare, 2015).

Em suma, é de extrema importância ter em atenção a saúde mental das mulheres durante o período de gestação dado que não só as afeta negativamente como também tem impacto no desenvolvimento da criança. Se a capacidade das mulheres para cuidar do seu bebé fica comprometida, também o desenvolvimento da criança o ficará (World Health Organization, 2008).

3. Cuidados de Saúde Primários e Modelo *TouchPoint*

Nos últimos tempos tem-se observado cada vez mais um avanço e melhoria na vigilância pré-natal e neonatal (entre o nascimento e os 28 dias de vida) prestada à grávida e ao bebé. A acessibilidade a estes cuidados especializados tem vindo a justificar a diminuição da mortalidade e morbidade maternas, fetais e infantis, o que coloca Portugal entre os países com indicadores na saúde mental materno-juvenil mais favoráveis (Direção-Geral da Saúde, 2015).

O período pré-natal exige cuidados especiais, associados à vivência psicológica da gravidez e saúde mental da grávida, ao desenvolvimento saudável do feto/embrião, ao parto e ao nascimento do bebé sem problemas de saúde. É geralmente nos Centros de Saúde no âmbito dos CSP que as consultas de assistência pré-natal se realizam, exceto em casos de gravidez de risco em que o acompanhamento é realizado no hospital (Martins, 2014). Segundo a Direção-Geral de Saúde (2013), cerca de 47.000 mulheres grávidas e 54.000 crianças, com idade inferior a 1 ano são acompanhadas, anualmente, nos centros de saúde. De destacar que no nosso país estes Serviços estão disponíveis a todas as mulheres grávidas e são gratuitos.

Em geral, os sistemas médicos ainda funcionam numa lógica tradicional, orientada para a doença, e não numa lógica de prevenção (Brazelton, 1999). Segundo Brazelton (1999) o foco não deverá ser na doença, mas sim, na pessoa, fazendo com que esta se sinta valorizada e bem-vinda. O encontro entre médico e paciente, mais especificamente, nos Contextos de Saúde Primários, pode, segundo alguns autores (e.g. Bissell, May, & Noyce, 2004) ser ainda descrito como tradicional, liderado pelos profissionais, em vez de existir um modelo de parceria. No entanto, segundo Skúladóttir (2016), quando pais e profissionais trabalham como uma equipa, cada um acaba por trazer conhecimentos distintos para a intervenção. Assim durante a fase da gravidez, os profissionais podem apoiar os pais, e responder às suas preocupações, ajudando-os a compreender aquelas que são as necessidades do desenvolvimento do bebé e ensinar dicas e técnicas, de maneira a que estes possam desenvolver a base para uma parentalidade bem-sucedida (Skúladóttir, 2016). Depois do nascimento, os pais poderão continuar a procurar este aconselhamento, trazendo conhecimento empírico da família e da criança, enquanto que o profissional poderá trazer uma compreensão das melhores práticas, para além do conhecimento clínico (Wright & Leahey, 2012). Segundo Brazelton (1994), quanto mais cedo os profissionais apoiarem o relacionamento entre pais e filhos, mais poderoso poderá ser o desenvolvimento da criança.

Tal como já referido acima, o presente estudo insere-se no projeto CeG, que corresponde a um estudo longitudinal que se baseia no Modelo *TouchPoint*. Neste paradigma, a gravidez

representa o primeiro e único *TouchPoint* pré-natal. Os *TouchPoint* correspondem a “*fases previsíveis que ocorrem antes de um surto de crescimento rápido em qualquer linha do desenvolvimento da criança, quando, durante um breve espaço de tempo, se verifica uma alteração no comportamento da criança*” (Brazelton, 2003, p.9). Estes são períodos que muitas vezes preocupam os pais, mas também momentos em que os profissionais poderão ajudá-los a fazer as escolhas necessárias (Brazelton, 1994; Sparrow, 2013). Assim o CeG pressupõe a adoção dos princípios do modelo *Touchpoint* pelos profissionais de saúde, e pretende ter um impacto no aumento da competência e do empoderamento parental o que, por sua vez, poderá contribuir para um melhor desenvolvimento do bebé (Fareleira et al., 2017).

Em Portugal, têm sido desenvolvidos projetos de intervenção inspirados no Modelo *Touchpoint*, que correspondem a intervenções em populações específicas. Por exemplo, na área da psicologia, foi desenvolvido um projeto de intervenção com famílias em risco (Faria, 2014), e na área da educação um programa de intervenção, com objetivo de avaliar o impacto do Modelo *Touchpoint* na profissão do educador de infância, na satisfação dos pais, na qualidade do contexto educativo, nas rotinas da família e no desenvolvimento da criança (Castelão, Pinto, & Fuertes, 2015). Também no estrangeiro foram desenvolvidos outros programas, nomeadamente para populações em risco, baseados neste modelo. Por exemplo, foi desenvolvida uma intervenção para aumentar a autoconfiança em pais e mães adolescentes com baixo nível socioeconómico (Percy & McIntyre, 2001). O CeG é inovador considerando-se os seus objetivos e a sua implementação universal no âmbito dos CSP.

Numa revisão da literatura Zeanah, Stafford, e Zeanah (2005) referiram que muitas intervenções, como é o caso do Modelo *Touchpoint*, parecem melhorar a interação entre pais-bebé e contribuir positivamente para o desenvolvimento socioemocional da criança. É neste âmbito geral que o presente estudo se organiza.

Parte II – Estudo Empírico

1. Objetivos e hipóteses

O objetivo geral deste estudo é caracterizar a Saúde Mental de Grávidas Utentes dos CSP, quanto à ansiedade e depressão.

Assim, como objetivos específicos, foram definidos os seguintes:

1. Caracterizar um grupo de grávidas utentes dos CSP em função das variáveis sociodemográficas e das variáveis associadas à gravidez.
2. Caracterizar um grupo de grávidas utentes dos CSP no que diz respeito à sintomatologia de Ansiedade e Depressão.
3. Explorar a relação entre os valores da ansiedade e os valores da depressão das grávidas utentes dos CSP.
4. Explorar a relação entre variáveis sociodemográficas e os valores da ansiedade e depressão.
5. Explorar a relação entre variáveis associadas à gravidez e os valores da ansiedade e depressão.
6. Contribuir com um posicionamento crítico face à utilização dos dois instrumentos que integram este estudo na utilização do CeG.

Tendo em conta a revisão da literatura, foram definidas as seguintes hipóteses:

H1: Existem mulheres grávidas, utentes dos CSP, com sintomatologia ansiosa.

H2: Existem mulheres grávidas, utentes dos CSP, com sintomatologia depressiva.

H3: Existe uma correlação positiva significativa entre os valores de ansiedade e os valores de depressão.

H4: Existe uma correlação negativa significativa entre a idade das grávidas utentes e os valores de ansiedade.

H5: Existe uma correlação negativa significativa entre o nível de escolaridade das grávidas utentes e os valores de ansiedade.

H6: Existe uma correlação positiva significativa entre o número de filhos e os valores da ansiedade.

H7: Existe uma correlação negativa significativa entre o tempo de gestação das utentes e os valores de ansiedade.

H8: Existe uma correlação positiva significativa entre a idade das grávidas utentes e os valores de depressão.

H9: Existe uma correlação negativa significativa entre o nível de escolaridade das grávidas utentes e os valores de depressão.

H10: Existe uma correlação positiva significativa entre o número de filhos e os valores de depressão.

H11: Existe uma correlação negativa significativa entre o tempo de gestação das utentes e os valores de depressão.

H12 – Existem correlações positivas entre as subescalas da EADS-21 e as subescalas do BSI.

2. Método

A metodologia utilizada é de carácter quantitativo, de design descritivo e pretende descrever, analisar relações e diferenças entre as variáveis em estudo. Trata-se assim de uma análise dedutiva, pois foram construídas hipóteses e realizados testes estatísticos (Martins, 2011).

2.1. Amostra

A amostra é constituída por 57 grávidas com idades compreendidas entre os 18 e os 41 anos ($M = 29.74$, $DP = 5.640$). As semanas de gestação variam entre 13 e 40 semanas ($M = 29.21$; $DP = 5.960$). Relativamente aos critérios de inclusão, foram consideradas no estudo mulheres grávidas (em qualquer trimestre da gravidez), acompanhadas num CSP, com uma idade igual ou superior a 18 anos que escrevessem e falassem a língua portuguesa. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídas grávidas de risco médico.

Tendo em conta os objetivos do trabalho, a restante caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e da gravidez e paridade serão apresentadas nos resultados.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Tendo em conta os objetivos pré-definidos, foram utilizados dois instrumentos que permitem a avaliação da ansiedade e depressão e outras dimensões de psicopatologia e um questionário de variáveis sociodemográficas, gravidez e paridade, que serão apresentados de seguida.

A escolha destes instrumentos de avaliação deveu-se ao facto de serem também integrados no estudo longitudinal CeG e também por serem instrumentos adequados para os objetivos e hipóteses a que o estudo se propõe debruçar, neste caso as questões de Saúde Mental em mulheres grávidas.

O questionário de dados sociodemográficos, gravidez e paridade (Anexo 1) integra questões sobre idade, estado civil, nível de escolaridade e empregabilidade. É ainda composto por perguntas relativas à gravidez e paridade como, por exemplo, o tempo de gestação, número de filhos, número de gravidez e quanto ao planeamento.

Com objetivo de avaliar estados emocionais negativos, foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). A EADS-21 (Anexo 2) corresponde a uma versão reduzida da EADS-42, que se baseia no modelo tripartido de Lovibond e Lovibond (1995). É um instrumento constituído por 21 itens, que são agrupados em três subescalas: Depressão, Ansiedade e Stress. Cada subescala é composta por sete itens que consistem numa afirmação que remete, como referido acima, para sintomas emocionais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004). É pedido ao sujeito que responda às afirmações, tendo em conta a “*semana passada*”. A EDAS-21 é constituída por uma escala de *Likert* de 4 pontos de gravidade ou frequência (0 = “*não se*

aplicou nada a mim”, 1 = “*aplicou-se a mim algumas vezes*”, 2 = “*aplicou-se a mim muitas vezes*” e 3 = “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”). A pontuação de cada subescala varia entre 0 e 21, sendo obtida através da soma dos sete itens. Resultados mais elevados, em cada subescala, correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro et al., 2004). No entanto, foram ainda definidos pontos de corte clínicos/intervalos de gravidade para cada uma das subescalas. No caso da EADS-21, os pontos de corte/ intervalos de gravidade são calculados tendo em conta os pontos de corte da EADS-42 (pontos de corte da EADS-42 são divididos por 2, obtendo-se os pontos de corte da EADS-21). Como podemos observar na tabela 1, estes intervalos de gravidade correspondem a diferentes níveis (Lovibond & Lovibond, 1995).

Tabela 1. Níveis de gravidade da EADS-21

Níveis de gravidade	Depressão	Ansiedade	Stress
Normal	0-4	0-3	0-7
Médio	5-6	4-5	8-9
Moderado	7-10	6-7	10-12
Grave	11-13	8-9	13-16
Extremamente grave	≥ 14	≥ 10	≥ 17

Apesar da EADS-21 ter em conta uma perspetiva dimensional, na qual os sintomas emocionais variam ao longo de um contínuo de gravidade (independentemente do diagnóstico específico), os pontos de corte considerados pretendem caracterizar o grau de gravidade em relação à população geral. Desta forma, se por exemplo a pessoa se apresentar num nível “médio”, significa que está acima da média da população, mas provavelmente abaixo da gravidade de uma pessoa que já se encontre por exemplo no nível moderado (Black Dog Institute, 2018).

A validação deste instrumento para a população portuguesa apresenta propriedades idênticas à da versão original (estudo realizado com uma amostra de conveniência de rapazes e raparigas com idades entre os 18 e os 23 anos). A consistência interna das escalas, obtidas pelos valores de *alfa de Cronbach*, foi de .85 para a escala de depressão, .74 para a escala de ansiedade e .81 para a escala de stress (Pais-Ribeiro et al., 2004). Um outro trabalho Português foi realizado com homens e mulheres adultos (Apóstolo, Tanner, & Arfken, 2012), apresentando os seguintes valores de *alfa de Cronbach*: .84 para a subescala da depressão, .88 para a

subescala da ansiedade e .90 para a subescala do stress. No presente estudo os valores foram: .86, .89, .90, respetivamente para cada subescala.

Tendo em conta os objetivos do presente estudo foram apenas utilizadas as subescalas Ansiedade e Depressão.

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 2007), também preenchido pelas participantes, corresponde a um instrumento de autorrelato, constituído por 53 itens e avalia sintomas psicopatológicos tendo em conta nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais (Anexo 3). As nove dimensões incluem: Somatização (sete itens); Obsessões-Compulsões (seis itens); Sensibilidade Interpessoal (quatro itens); Depressão (seis itens); Ansiedade (seis itens); Hostilidade (cinco itens); Ansiedade Fóbica (cinco itens); Ideação Paranóide (cinco itens) e Psicoticismo (cinco itens). Os três Índices Globais correspondem ao Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP) (Canavarro, 2007). O BSI é composto por mais quatro itens que não pertencem a nenhuma das nove dimensões, mas dada a sua relevância clínica são considerados nas pontuações dos três Índices Globais (Canavarro, 2007).

Este instrumento é constituído por uma escala de *Likert* que varia de 0 a 4. Os itens de cada dimensão deverão ser somados e divididos pelo número de itens correspondentes a cada. Seguidamente é feito o cálculo dos três índices globais (Canavarro, 2007).

O BSI pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos com perturbação emocional, assim como a outros doentes e também à população em geral. De modo a distinguir entre ausência e presença de sintomatologia, foram sugeridos pontos de corte, na validação para a população portuguesa, para cada subescala (Canavarro, 2007).

A validação para a população portuguesa apresentou boas características psicométricas. Na tabela 2 podemos observar os valores de *alfa de Cronbach* apresentados numa versão portuguesa mais recente de Carmarheiro (2011) com uma amostra de grávidas e os que foram obtidos neste estudo.

Tabela 2. Alfa de Cronbach das subescalas do BSI, na amostra do estudo e na versão portuguesa

Subescalas do BSI	Amostra	Versão portuguesa de Camarneiro (2011)
Somatização	.77	.80
Obsessões Compulsões	.76	.77
Sensibilidade interpessoal	.82	.76
Depressão	.86	.73
Ansiedade	.86	.77
Hostilidade	.85	.76
Ansiedade Fóbica	.72	.62
Ideação Paranóide	.84	.72
Psicoticismo	.75	.62

2.3. Procedimentos

2.3.1. Recolha dos dados

A recolha de dados aconteceu de 2 formas: Após autorização da Direção Clínica da Unidade Local de Saúde, parceira no estudo, procedeu-se à organização da recolha de dados com a Enfermeira Responsável pelo acompanhamento das grávidas, que, por sua vez, articulou com as restantes enfermeiras das Unidades de Saúde o modo como decorreria o contacto com as utentes. Estes contactos foram dinamizados pelas enfermeiras que explicaram o âmbito e objetivos do estudo, propondo a participação e garantindo confidencialidade e anonimato. Sempre que necessário foram esclarecidas quaisquer dúvidas e as utentes que aceitaram participar assinaram o Formulário de Consentimento Informado (Anexo 4). Os instrumentos foram preenchidos individualmente, enquanto as utentes aguardavam as consultas ou no início da sessão do curso de Preparação para o Parto ou, quando o tempo não era suficiente, foi dada a possibilidade de serem preenchidos em casa, sendo a devolução realizada em mão, pelas utentes.

Uma parte da amostra foi contactada através da rede de contactos dos elementos que constituem a equipa de investigação. O âmbito e objetivos do trabalho foram explicados e foram esclarecidas quaisquer dúvidas existentes. Após aceitação em participar foram assinados os

Formulários de Consentimento Informado. Os instrumentos foram preenchidos individualmente, garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos dados.

Depois de recolhidos, todos os instrumentos foram devolvidos à equipa de investigação, para análise através de estatística descritiva e inferencial.

2.3.2. Análise dos dados

Os dados foram posteriormente introduzidos na base de dados do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), para análise quantitativa. Recorreu-se à estatística descritiva, de forma a caracterizar a amostra do estudo, através de medidas de tendência central e de medidas de dispersão (Martins, 2011).

Também se recorreu à estatística inferencial, dado que faz parte dos objetivos do estudo compreender se existem correlações e diferenças entre diversas variáveis. Para isso utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* de modo a testar as correlações e o Teste de *Mann-Whitney* para testar as diferenças entre grupos.

De modo a analisar os dados da amostra e realizar as comparações com as subescalas da Ansiedade e de Depressão da EADS-21 e com as subescalas da Ansiedade e de Depressão do BSI, recorreu-se ao cálculo dos valores *z* nas diferentes subescalas, utilizando-se a seguinte fórmula (Clark-Carter, 1997):

$$z = \frac{\text{Média da amostra} - \text{Média da população}}{\left(\frac{\text{Desvio padrão da população}}{\sqrt{\text{Tamanho da amostra}}} \right)}$$

Após o cálculo dos valores de *z*, estes foram analisados através da tabela de probabilidade de *z* (Clark-Carter, 1997), de modo a obter o valor de *p-value* e compreender se existem diferenças significativas entre a amostra (população) utilizada na validação do instrumento que se teve em conta e a amostra deste estudo.

3. Resultados

Tendo em conta a sequência dos objetivos e as hipóteses, previamente definidos, serão de seguida apresentados os resultados.

De modo a caracterizar o grupo de grávidas utentes dos CSP em função das variáveis sociodemográficas e variáveis associadas à gravidez e paridade, são apresentadas as tabelas seguintes.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

<i>Mulheres Grávidas (N = 57)</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Idade	Menos de 20	3	5.3
	21 – 24	6	10.5
	25 – 29	20	35.1
	30 – 34	15	26.3
	35 – 39	9	15.8
	Mais de 40	4	7.0
Estado Civil	Solteira	18	31.6
	Casada	32	56.1
	Divorciada	4	7.0
	União de facto	2	3.5
	Sem informação	1	1.8
Escolaridade	Até ao 2º ciclo	3	5.3
	Até ao 3º ciclo	4	7.0
	Até ao secundário	19	33.3
	Licenciatura e Mestrado	28	49.1
	Pós-Graduação / Doutoramento	2	3.5
	Sem informação	1	1.8
Atualmente empregada	Sim	45	78.9
	Não	12	21.1

Relativamente à tabela 3 podemos verificar que a maioria das grávidas se encontra na faixa etária dos 25-29 anos (35.1%), seguindo-se a faixa etária dos 30-34 anos (26.3%). No que concerne ao estado civil, 32 são casadas (56.1%); 18 são solteiras (31.6%), 4 são divorciadas (7%) e 2 com união de facto (3.5%). No que respeita à escolaridade, 28 das grávidas completaram a Licenciatura ou Mestrado (49.1%); 19 completaram o secundário (33.3%); 4

estudaram até ao 3º ciclo (7%); 3 até ao 2º ciclo (5.3%) e apenas 2 completaram a pós-graduação/doutoramento (3.5%). Destas participantes, 21.1% estão atualmente desempregadas.

Tabela 4 - Dados relativos à gravidez e paridade

Mulheres Grávidas (N = 57)		N	%
Sexo do bebé	Feminino	24	42.4
	Masculino	26	45.6
	Não sabe	6	10.5
	Sem informação	1	1.8
Número de filhos	0	41	71.9
	1	14	24.6
	2	2	3.5
Tempo de gravidez (trimestres)	1º	1	1.8
	2º	17	29.8
	3º	39	68.4
Gravidez planeada	Sim	45	78.9
	Não	12	21.1
Gravidez anterior	Sim	17	29.8
	Não	40	70.2
Acompanhamento médico da Gravidez	Centro de Saúde	35	61.4
	Centro de Saúde e Médico	22	38.6
	Privado		

Na tabela 4 podemos ainda verificar que 71.9% das mulheres são nulíparas, ou seja, estão grávidas do primeiro filho. No entanto sabe-se que 29.8% já tiveram gravidezes anteriores, podendo as grávidas nulíparas estar também incluídas neste grupo. Relativamente ao tempo de gravidez, a maioria das mulheres encontra-se no 3º trimestre (68.4%), seguindo-se o 2º trimestre (29.8%) e por fim o 1º trimestre (1.8%). A maior parte das mulheres teve uma gravidez planeada (78.9%). Relativamente ao acompanhamento médico, verifica-se que 61.4% das grávidas são acompanhadas apenas no Centro de Saúde, enquanto que 38.6% são acompanhadas também pelo médico privado.

Os resultados apresentados de seguida, permitem caracterizar este grupo de grávidas no que diz respeito à sintomatologia de Ansiedade e Depressão.

Para isso, recorreu-se aos resultados obtidos nas subescalas da EADS-21 e do BSI, que consideramos padrão dos respetivos instrumentos (Tabelas 5 e 6). Relativamente à EADS-21, como população padrão, foi utilizado o estudo de Apóstolo e colaboradores (2012), e para o BSI foi utilizado o estudo de Camarneiro (2011).

Teve-se ainda em conta os critérios de ponto de corte recomendados, das subescalas de ambos os instrumentos (Tabelas 7 e 8).

Tabela 5. Comparação entre a população padrão e a amostra do estudo - subescala da Ansiedade e subescala da Depressão da EADS-21

	População padrão (n = 865) Média (DP)	Amostra do estudo (n = 57) Média (DP)	Z
Ansiedade (Subescala da EADS)	5.11 (4.73)	3.35 (3.94)	2.81**
Depressão (Subescala da EADS)	5.56 (5.07)	1.88 (3.01)	5.48

** p < .01

Tendo em conta os resultados apresentados na tabela 5, podemos verificar que a subescala da ansiedade apresenta diferenças estatisticamente muito significativas relativamente à população padrão, sendo que os valores da amostra são menores. No entanto, na subescala da depressão não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6. Comparação entre a população padrão e a amostra do estudo - subescala da Ansiedade e subescala da Depressão do BSI

	População padrão (n = 814) Média (DP)	Amostra do estudo (n = 57) Média (DP)	Z
Ansiedade (Subescala do BSI)	.51 (.33)	.480 (.579)	.69
Depressão (Subescala do BSI)	.46 (.17)	.349 (.547)	4.93

No que respeita aos resultados obtidos na tabela 6, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a população padrão e a amostra do estudo.

Tabela 7 – Resultados das subescalas da EADS-21 com base nos níveis de gravidade

<i>Mulheres Grávidas (N = 57)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Níveis de gravidade		
Ansiedade (EADS-21)		
Normal	40	67.8
Médio	4	6.8
Moderado	7	11.9
Grave	0	0
Extremamente grave	6	10.2
Níveis de gravidade		
Depressão (EADS-21)		
Normal	51	86.4
Médio	1	1.7
Moderado	2	3.4
Grave	2	3.4
Extremamente grave	1	1.7

Considerando a tabela 7, verificamos que, relativamente aos valores de ansiedade, 40 mulheres (67.8%) apresentam um nível normativo de ansiedade. No entanto, entre o nível moderado e o nível extremamente grave verificamos que existem 13 mulheres (22.1%).

Quanto aos valores de depressão, podemos averiguar que a maioria das mulheres grávidas apresentam valores normativos (86.4%), no entanto 5 (28.5%) apresentam-se entre o nível moderado e o nível extremamente grave.

Tabela 8 – Resultados das subescalas do BSI com base nos pontos de corte

<i>Mulheres Grávidas (N = 57)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Pontos de Corte		
Ansiedade (BSI)		
< 1.3	53	93
≥ 1.3	4	7
Pontos de Corte		
Depressão (BSI)		
< 1.2	50	87.7
≥ 1.2	7	12.3

No que diz respeito aos pontos de corte do BSI, podemos verificar que 4 mulheres grávidas (7%) apresentam valores de ansiedade acima do ponto de corte e 7 (12.3%) apresentam valores de depressão também acima (Tabela 8).

De modo a explorar a relação entre os valores da ansiedade e os valores da depressão das grávidas utentes dos CSP, foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*. Considerou-se pertinente explorar a relação entre as restantes subescalas da EADS-21 e do BSI.

Tabela 9. Associação entre subescalas da EADS-21 e subescalas do BSI

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 - Somatização	1														
2 - Obsessões-Compulsões	.453**	1													
3 - Sensibilidade Interpessoal	.486**	.665**	1												
4 - Depressão	.488**	.597**	.685**	1											
5 - Ansiedade	.544**	.647**	.775**	.646**	1										
6 - Hostilidade	.533**	.557**	.733**	.662**	.737**	1									
7 - Ansiedade Fóbica	.536**	.527**	.610**	.675**	.748**	.646**	1								
8 - Ideação Paranóide	.537**	.400**	.713**	.539**	.611**	.629**	.555**	1							
9 - Psicoticismo	.438**	.440**	.637**	.628**	.488**	.480**	.614**	.606**	1						
10 - IGS	.789**	.744**	.815**	.739**	.820**	.829**	.767**	.752**	.672**	1					
11 - TSP	.719**	.742**	.831**	.741**	.872**	.798**	.811**	.737**	.643**	.967**	1				
12 - ISP	.616**	.398**	.369**	.424**	.346**	.591**	.353**	.467**	.463**	.620**	.441**	1			
13 - Ansiedade	.542**	.199†	.435**	.372**	.509**	.538**	.543**	.396**	.338*	.557**	.548**	.384**	1		
14 - Depressão	.456**	.469**	.545**	.651**	.599**	.594**	.554**	.422**	.466**	.628**	.688**	.186	.598**	1	
15 - Stress	.545**	.404**	.632**	.639**	.726**	.630**	.632**	.473**	.483**	.689**	.707**	.341**	.690**	.749**	1

** p < .01

* p < .05

† p < .1

Constata-se que maioria das subescalas apresentam correlações positivas estatisticamente muito significativas. As exceções são a correlação entre a subescala ansiedade da EADS-21 e a subescala Obsessões-Compulsões do BSI que é marginalmente significativa e entre a subescala Depressão da EADS-21 e o ISP do BSI, que não é significativa.

De seguida, analisou-se a relação entre os valores da ansiedade/depressão e as variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade). Para isso recorreu-se à correlação de *Spearman*.

Tabela 10. Associação entre Ansiedade e Depressão e idade e escolaridade

	1	2	3	4	5	6
1 - Ansiedade (Subescala da EADS)	1					
2 - Depressão (Subescala da EADS)	.598**	1				
3 - Ansiedade (Subescala do BSI)	.509**	.599**	1			
4 - Depressão (Subescala do BSI)	.372**	.651**	.646**	1		
5 - Idade da mãe	-.422**	-.261*	-.023	-.141	1	
6 - Escolaridade	-.07	-.041	-.085	-.155	.155	1

** p < .01

* p < .05

Os resultados demonstram que existe uma correlação negativa estatisticamente muito significativa entre a idade da mãe e os valores da subescala Ansiedade da EADS. Foi identificada também uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os valores da subescala Depressão da EADS e a idade. Desta forma, mulheres grávidas mais novas apresentam valores de ansiedade e de depressão mais elevados do que mulheres mais velhas.

Podemos também verificar que não existem correlações entre a idade e as subescalas do BSI, assim como entre escolaridade e as subescalas de Ansiedade e Depressão (EADS-21 e BSI).

Dado que os valores do desemprego correspondem a mais do dobro da estatística nacional para as mulheres (PORDATA, 2019b) optou-se por explorar possíveis diferenças entre o subgrupo de mulheres grávidas empregadas e o subgrupo de desempregadas. Para isso foi utilizado o teste de diferenças de *Mann-Whitney* (Tabela 11).

Tabela 11. Diferenças entre Ansiedade e Depressão e empregabilidade

	Empregada (n = 45)	Desempregada (n = 12)	
	Ordem Média	Ordem Média	U
Ansiedade (Subescala da EADS)	27.39	35.04	197.500
Depressão (Subescala da EADS)	27.12	36.04	185.500
Ansiedade (Subescala do BSI)	29.18	28.33	262.000
Depressão (Subescala do BSI)	26.91	34.33	194.000

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres grávidas que estão empregadas e as mulheres grávidas que se encontram desempregadas quando se consideram estas subescalas.

Recorreu-se também à correlação de *Spearman*, de modo a compreender a relação entre os valores da ansiedade/depressão e variáveis associadas à gravidez e paridade, verificando-se que não existem correlações entre qualquer destas variáveis, como se pode ver na tabela 12.

Tabela 12. Associação entre Ansiedade e Depressão e variáveis associadas à gravidez e paridade

	1	2	3	4	5	6	7
1 - Ansiedade (Subescala da EADS)	1						
2 - Depressão (Subescala da EADS)	.598**	1					
3 - Ansiedade (Subescala do BSI)	.509**	.599**	1				
4 - Depressão (Subescala do BSI)	.372**	.651**	.646**	1			
5 - Número de filhos	-.081	.093	.041	.106	1		
6 - Tempo de gravidez	.134	.058	-.085	.029	-.021	1	

** p < .01

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral caracterizar a Saúde Mental de Grávidas Utentes dos CSP, nomeadamente quanto à depressão e ansiedade.

De modo a caracterizar estas mulheres no que respeita às variáveis sociodemográficas e variáveis associadas à gravidez e paridade, podemos referir que a amostra é constituída por 57 grávidas acompanhadas nos CSP, com uma média de idade de 29,74 ($M = 29.74$ e $DP = 5.640$).

Os grupos etários entre 25-29 anos e 30-34 anos, foram realmente os que apresentaram um número mais elevado de participantes, o que vai de encontro aos dados do PORDATA (2019a), em que as taxas de fecundidade por grupos etários, em 2017, foram mais elevadas entre os 30-34 e de seguida entre os 25-29 anos. No que respeita ao estado civil, a maioria das grávidas são casadas (56.1%). Também podemos reparar que a maioria das mulheres grávidas completou a Licenciatura/Mestrado (49.1%). Quanto à empregabilidade podemos verificar que 21.1% das mulheres grávidas referem estar desempregadas. Neste caso, os valores foram bastante superiores aos dados do PORDATA (2019b): no ano de 2018, a taxa de desemprego no sexo feminino foi de 7.4%. Dados informais obtidos pela equipa de investigação apontam para haver a possibilidade de mulheres optarem por esta circunstância de vida para engravidar já que descrevem maior disponibilidade de tempo para a gravidez e para se dedicarem ao bebé. Tanto quanto é do nosso conhecimento, não existe, no entanto, evidência empírica sobre a temática.

No que diz respeito ao número de filhos, a maioria das mulheres está grávida do primeiro filho (71.9%), enquanto que 14 grávidas já têm um filho (24.6%) e duas grávidas têm dois filhos (3.5%). Estes dados vão de encontro às informações retiradas do PORDATA (2019a) em que, no ano 2018, a média de filhos por mulher em idade fértil foi de 1.41 e a idade média da mãe ao nascimento do 1º filho foi de 30.4 anos. Relativamente ao tempo de gravidez, a maioria das mulheres encontra-se no 3º trimestre (68.4%).

De seguida serão discutidas as hipóteses que foram definidas previamente no estudo.

Relativamente à hipótese H1 - Existem mulheres grávidas, utentes dos CSP, com sintomatologia ansiosa - ao analisarmos as tabelas 7 e 8 verifica-se que na subescala Ansiedade da EADS-21, a maioria das grávidas (67.8%) se encontra no intervalo considerado “normal” e 28.9% acima, sendo que destas, 10.2% se encontram no intervalo “extremamente grave”. Quanto à subescala Ansiedade do BSI, e tendo em conta o ponto de corte, 7% encontram-se acima. Embora a estatística sobre ansiedade seja variada, como vimos anteriormente (e.g., Bayrampour et al., 2018; Field, 2017; Radoš et al., 2018) e mesmo considerando que os critérios são diferentes nos dois instrumentos, a hipótese H1 é confirmada.

Quanto à hipótese H2 - Existem mulheres grávidas, utentes dos CSP, com sintomatologia depressiva, os dados nas Tabelas 7 e 8 revelam que na subescala Depressão da EADS-21 a maioria das grávidas (86,4%) se encontra no intervalo “normal” e 12.3 % encontram-se acima. Destas, a maioria nos intervalos “moderado” e “grave” e ainda 1.7% em “extremamente grave”. Tal como no caso da ansiedade, a estatística sobre depressão é também variada (e.g., Matthews et al., 2017; Underwood et al., 2016) e ambos os instrumentos apresentam diferentes critérios. No entanto, aceita-se H2.

Considerando que esta dissertação é um estudo piloto do CeG, estes resultados são bastante pertinentes, pois vêm evidenciar a importância da Saúde Mental no período pré-natal, e que o acompanhamento adequado/prevenção destas situações é fundamental de modo a evitar o desenvolvimento destes problemas, tanto na mulher como na criança. É de salientar que a nível mundial, estima-se que a depressão afeta 5.1% das mulheres em geral e a ansiedade 4.6 % (Carvalho, 2017).

Quando comparamos – quanto aos valores das duas subescalas (ansiedade e depressão) dos dois instrumentos (EADS-21 e BSI) - a nossa amostra com as amostras “padrão”, não existem diferenças significativas, com exceção da ansiedade avaliada na EADS-21, com valores menores na nossa amostra. No BSI, a amostra considerada “padrão” para o nosso estudo é uma amostra de grávidas, sendo facilmente compreensíveis os resultados encontrados. Na EADS-21 a amostra considerada “padrão” para os nossos cálculos não é uma amostra de grávidas (tanto quanto é do nosso conhecimento, não existem trabalhos nacionais com grávidas utilizando este instrumento) mas sim de mulheres em geral, e sabemos que valores de ansiedade nas mulheres ronda os 4.6 %, como referido acima (Carvalho, 2017). Valores mais elevados são por vezes apontados para a ansiedade na gravidez (Bayrampour et al., 2018; Field, 2017). O facto de as participantes da nossa amostra serem acompanhadas de uma forma sistemática e intensiva nos CSP, tanto pelos médicos como pelos enfermeiros, poderá ajudar a que estas utentes tenham um maior conhecimento e literacia relativamente aos cuidados de saúde, nomeadamente no que diz respeito às questões de saúde mental. Este acompanhamento sistemático, especialmente pelos enfermeiros (não participante das consultas com médico privado), e ainda as aulas de preparação para o parto que a maioria das mulheres tem nos CSP, ou mesmo o tempo de espera antes dessas aulas (em que provavelmente as mulheres grávidas vão trocando informações, conhecimentos e dúvidas umas com as outras) poderão ser fatores a ter em conta nestes resultados.

Relativamente à hipótese H3 - Existe uma correlação positiva significativa entre os valores de ansiedade e os valores de depressão - com base nos resultados, verifica-se que existem associações entre os valores da ansiedade e os valores da depressão (considerando-se as duas subescalas dos dois instrumentos). Estes resultados vão de encontro à literatura, em que a associação entre valores de ansiedade e depressão no período pré-natal é muito comum. Ou seja, a comorbilidade entre ansiedade e depressão pré-natal é bastante prevalente (e.g., Falah-Hassani et al., 2017; Flynn et al., 2015). Tendo em conta os resultados, a hipótese H3 é confirmada.

Relativamente à hipótese H4 - Existe uma correlação negativa significativa entre a idade das grávidas utentes e os valores de ansiedade – e tendo em conta os resultados, pode-se verificar que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a idade das grávidas e os valores da ansiedade, apenas na subescala da ansiedade da EADS-21. Ou seja, valores mais elevados de ansiedade estão associados a mães mais novas, o que vem corroborar outros estudos (e.g., Arch, 2013; Bödecs et al., 2013; Rubertsson et al., 2014). No que respeita à subescala da ansiedade do BSI, os resultados não revelam correlações. Estes resultados vão de encontro a alguns autores, que referem também que não encontraram associações entre valores de ansiedade e a idade da mãe (Karmaliani et al., 2009). Com base nestes resultados a hipótese H4 é parcialmente aceite. Estes resultados destacam a importância da escolha dos instrumentos na investigação científica. Dado que ambas as subescalas dos dois instrumentos estão fortemente relacionadas (como se verifica por exemplo nas tabelas 9 e 10), podemos supor que os valores encontrados possam ter a ver com o tamanho da amostra.

Analisando a hipótese H5 - Existe uma correlação negativa significativa entre o nível de escolaridade das grávidas utentes e os valores de ansiedade - segundo os resultados obtidos neste estudo, a hipótese é rejeitada. Este resultado foi inesperado, dado que não foi encontrado nenhum estudo na literatura que aponte para este resultado. Podemos, no entanto, referir novamente que provavelmente o acompanhamento sistemático que é realizado nos CSP teve um impacto positivo nestes resultados.

No que concerne à hipótese H6: Existe uma correlação positiva significativa entre o número de filhos e os valores da ansiedade - não foi verificada nenhuma associação entre as variáveis. Assim, tendo em conta os resultados, a hipótese H6 é rejeitada. Segundo a literatura, mais estudos têm que ser realizados relativamente ao número de filhos, pois ainda existem dúvidas relativamente a esta variável (Teixeira et al., 2009). No entanto, estes resultados vão de encontro a um estudo realizado em Portugal por Teixeira e colegas (2009) que também não encontraram associação entre os valores da ansiedade e o número de filhos.

Relativamente à hipótese H7 - Existe uma correlação negativa significativa entre o tempo de gestação das utentes e os valores de ansiedade - os resultados demonstraram que não existe associação entre estas variáveis. A hipótese H7 é, por isso, rejeitada. Há, todavia, que ter em conta que segundo a revisão da literatura, os resultados são bastante inconsistentes relativamente à associação entre estas variáveis. No entanto, o 2º trimestre tem sido apontado como o mais estável, tanto a nível da ansiedade (e.g., Effati-Daryani et al., 2018; Teixeira et al., 2009) como a nível da depressão (e.g., Lima et al., 2017; Yanikkerem et al., 2013). Diversos trabalhos (e.g., Effati-Daryani et al., 2018; Teixeira et al., 2009) referem-se às diferenças entre

trimestres da gravidez. O tamanho da nossa amostra não permitiu que procedêssemos a essa análise.

Considerando a hipótese H8 - Existe uma correlação positiva significativa entre a idade das grávidas utentes e os valores de depressão - os resultados sugerem que valores de depressão (subescala da EADS-21) mais elevados estão associados a mães mais novas, o que vai de encontro a alguns trabalhos, nomeadamente de Martini e colegas (2015). No entanto, tendo em conta a subescala do BSI, os resultados indicaram que não existe associação entre os valores da depressão e a idade das mães. Vários estudos corroboram estes resultados (Abuidhail & Abujilban, 2014; Agostini et al., 2015). À luz dos resultados deste estudo, a hipótese H8 é rejeitada.

No que concerne à hipótese H9 - Existe uma correlação negativa significativa entre o nível de escolaridade das grávidas utentes e os valores de depressão - os resultados apresentados sugerem que não existe associação entre estas as variáveis, para ambas as subescalas da depressão (EADS-21 e BSI), o que está de acordo com vários estudos (Agostini et al., 2015; Husain et al., 2012). Desta forma a hipótese H9 é rejeitada.

Com base na revisão da literatura, identificamos vários trabalhos (e.g., Canário & Figueiredo, 2017; Dipietro et al., 2008) que apontam para correlação entre o número de filhos e os valores da depressão, o que nos levou a elaborar a hipótese H10 - Existe uma correlação positiva significativa entre o número de filhos e os valores de depressão. Os resultados obtidos apontaram para a não existência de associação entre o número de filhos e valores de depressão, em ambas as subescalas (EADS-21 e BSI). Desta forma a hipótese H10 é rejeitada. Há, no entanto, que referir que estes resultados vão de encontro a outros estudos (Husain et al., 2012; Ratcliff et al., 2015).

No que concerne à hipótese H11 - Existe uma correlação negativa significativa entre o tempo de gestação das utentes e os valores de depressão – e tendo em conta os resultados, não existe associação entre o tempo de gestação em semanas e os valores de depressão, tanto na subescala da EDAS-21, como na subescala do BSI. A hipótese H11 é rejeitada.

Dado que um dos objetivos deste estudo passa também por uma contribuição para o CeG, nomeadamente no que diz respeito à utilização dos dois instrumentos que integram este estudo, para sua utilização no estudo longitudinal, foi importante atender a alguns resultados. Primeiramente, relativamente às propriedades psicométricas da EADS-21 e do BSI, os valores do *alfa de Cronbach* apresentaram bons valores de consistência interna. Quando analisamos as correlações entre todas as subescalas e índices de ambas as escalas, identificamos correlações positivas estatisticamente fortemente significativas, e uma relação marginalmente significativa,

o que nos permite aceitar a H12 - Existem correlações positivas entre as subescalas da EADS-21 e as subescalas da BSI. Temos, pois, elementos que nos permitem aconselhar a exclusão do BSI no estudo CeG, optando pela EADS-24 como um instrumento com boas propriedades psicométricas e capaz de fornecer elementos importantes de caracterização da saúde mental das grávidas. É preciso ter ainda em conta o *feedback* informal que foi dado pelos enfermeiros que contactaram parte da amostra e pelas participantes, que consideraram que o preenchimento dos instrumentos deste estudo e da outra Dissertação de Mestrado em conjunto (como proposto para o CeG) se constituiu como alguma sobrecarga. Todos estes resultados que se verificaram são importantes contributos para o CeG.

Conclusão

O presente estudo permitiu caracterizar grávidas utentes dos CSP e concluir que estas apresentam vários níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, sendo também evidenciada a comorbilidade entre ambas as condições. Pode-se ainda concluir que uma idade mais jovem está associada a níveis de ansiedade e níveis de depressão mais elevados, comparativamente com idades mais avançadas. Não foram encontradas associações entre níveis de ansiedade e de depressão com escolaridade da mãe, número de filhos e tempo de gestação.

Sendo também um dos objetivos contribuir com um posicionamento crítico para o CeG, analisando os instrumentos utilizados neste estudo (EADS-21 e BSI) para posterior utilização estudo longitudinal, pode-se concluir que ambos apresentaram correlações estatisticamente significativas e bons níveis de consistência interna. Contudo, a EADS-21 parece ser a escolha mais acertada dado ser um instrumento mais reduzido e ter também em conta a dimensão do “stress” (que será uma variável importante a considerar no CeG, nomeadamente a nível do stress parental).

Um dos pontos fortes deste estudo é o facto de este se constituir como um estudo piloto que permitiu testar dois instrumentos e a sua adequabilidade para a população de grávidas dos CSP, e deste modo contribuir e posicionar-se de forma a poder trazer informações relevantes para o CeG. Este estudo, exploratório, constitui-se ainda como um contributo para o estado de arte, dado que (quanto é do nosso conhecimento) é um primeiro estudo que se foca na caracterização da ansiedade e depressão no período pré-natal em utentes acompanhadas em CSP. É importante considerar que este período da gravidez é de extrema importância, e que o acompanhamento a estas mulheres é essencial, dada a elevada prevalência de sintomatologia

ansiosa e depressiva, que por sua vez poderá ter impacto não só na mulher como nos seus filhos (e.g., Brandão et al., 2018; Matthews et al., 2017).

É importante ter também em conta as limitações que o estudo apresenta. Uma das limitações destacadas é o facto de a amostra ser reduzida não permitindo outro tipo de exploração dos resultados. Uma outra limitação, é também o facto de ter sido solicitado o preenchimento de quatro instrumentos às participantes. Ou seja, os dois instrumentos integrados neste estudo (EADS-21 e BSI), e os dois instrumentos integrados no outro estudo que também serve de base ao CeG. Dados informais obtidos pela equipa de investigação revelaram que os quatro instrumentos se constituíram como uma sobrecarga tanto para as participantes como para as enfermeiras que contactaram com as grávidas, o que poderá ter dificultado a adesão de mais participantes. O facto de o espaço/situação não ter sido controlado foi outra limitação, sendo que os questionários tanto foram preenchidos antes ou após as consultas de Saúde Materna ou das aulas de Preparação para o Parto, ou ainda, por exemplo quando o tempo não era suficiente, os questionários foram preenchidos em casa e depois devolvidos. Considerando a sobrecarga do convite para esta participação, não foi realizada nenhuma avaliação da satisfação dos participantes, que poderia trazer contributos importantes para o CeG.

Como pesquisas futuras é sugerida a realização de estudos qualitativos, de modo a aprofundar e melhor compreender a vivência psicológica e a saúde mental das mulheres no período pré-natal. Uma outra sugestão é a realização de um estudo que envolva dois grupos de grávidas e perceber de que modo o tipo de acompanhamento (CSP ou médico privado) tem influência nas questões da saúde mental.

É ainda sugerido que se tenha em conta as limitações apresentadas neste estudo, nomeadamente controlo do processo de preenchimento dos instrumentos (maior uniformização). Também poderá ser importante explorar a variável dos trimestres de gestação, tendo em conta as questões de ansiedade e de depressão, o que não aconteceu neste estudo devido ao tamanho da amostra ser reduzido e só existir uma participante no primeiro trimestre.

É importante ainda ter em conta as alterações sugeridas para o CeG, nomeadamente a nível dos instrumentos de avaliação.

Referências Bibliográficas

- Abuidhail, J., & Abujilban, S. (2014). Characteristics of Jordanian depressed pregnant women: A comparison study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 573-579. doi:10.1111/jpm.12125
- Agostini, F., Neri, E., Salvatori, P., Dellabartola, S., Bozicevic, L., & Monti, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1131-1141. doi:10.1007/s10995-014-1613-x
- Akbarian, Z., Kohan, S., Nasiri, H., & Ehsanpour, S. (2018). The effects of mental health training program on stress, anxiety, and depression during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(2), 93-97. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_207_16
- Ali, N. S., Azam, I. S., Ali, B. S., Tabbusum, G., & Moin, S. S. (2012). Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: A hospital-based cross-sectional study. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-9. doi:10.1100/2012/653098
- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth*, 25(3), 37-43. doi:10.1016/j.wombi.2011.09.002
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow-up study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(8), 937-944. doi:10.1080/00016340600697652
- Apóstolo, J. L. A., Tanner, B. A., & Arfken, C. L. (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da depression anxiety stress scale-21. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(3), 590-596.
- Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: Which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry*, 54(3), 217-228. doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.010

- Barker, E. D., Jaffee, S. R., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and Anxiety*, 28(8), 696-702. doi:10.1002/da.20856
- Bayrampour, H., Vinturache, A., Hetherington, E., Lorenzetti, D. L., & Tough, S. (2018). Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(5), 476-503.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2015). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
- Bissell, P., May, C. R., & Noyce, P. R. (2004). From compliance to concordance: Barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science & Medicine*, 58(4), 851-862. doi:10.1016/S0277-9536(03)00259-4
- Black Dog Institute. (2018). Dass-21. Disponível em: <https://www.blackdoginstitute.org.au>
- Bödecs, T., Szilágyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z., & Horváth, B. (2013). Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: Data from a hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina*, 25(4), 352-358.
- Brandão, T., Brites, R., Nunes, O., Pires, M., & Hipólito, J. (2018). Anxiety and depressive symptoms during pregnancy, perceived control and posttraumatic stress symptoms after childbirth: A longitudinal mediation analysis. *Journal of Health Psychology*, 00(0), 1-11. doi:10.1177/1359105318787018
- Bravo, J. M. (2016). Sustentabilidade, adequação e equidade nos sistemas de protecção social: O desafio da pirâmide etária invertida. In Instituto da Defesa Nacional (Ed.), *Políticas públicas e o papel do estado no século XXI - ciclo de mesas redondas "ter estado"* (1ª ed., pp. 295-327). Lisboa: Coleção Atena.
- Brazelton, T. B. (1994). Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta Paediatrica*, 83(394), 35-39. doi:10.1111/j.1651-2227.1994.tb13212.x

- Brazelton, T. B. (1999). How to help parents of young children: The touchpoints model. *Journal of Perinatology*, 19(6), 6-7.
- Brazelton, T. B. (Ed.). (2003). *O grande livro da criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (5ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Camarneiro, A. P. F. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: Relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Canário, C., & Figueiredo, B. (2017). Anxiety and depressive symptoms in women and men from early pregnancy to 30 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 431-449. doi:10.1080/02646838.2017.1368464
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (1ª ed., pp. 17-49). 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. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica - instrumentos validados para a população portuguesa* (3ª ed., pp. 305-330) Coimbra: Quarteto.
- Carr, A. (2014). *Manual de psicologia clínica da criança e do adolescente: Uma abordagem contextual*. Braga: Psiquilíbrios.
- Carvalho, Á. (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>
- Castanheira, E., Correia, P., & Costa, E. C. (2017). Relação entre morbidade psicológica, variáveis sociodemográficas e clínicas, perceção de intimidade relacional, satisfação conjugal e preocupações sentidas durante a gravidez. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 33(5), 334-344.

- Castelão, A. S., Pinto, D., & Fuertes, M. (2015). O impacto do modelo touchpoints: Das representações do educador de infância à construção de uma parentalidade confiante. Paper presented at the Atas do II Encontro de Mestrados em Educação e Ensino da Escola Superior de Educação de Lisboa. 76-94.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600.
- Clark-Carter, D. (1997). *Doing Quantitative Psychological Research: From Design to Report*. New York: Psychology Press.
- Coburn, S. S., Luecken, L. J., Rystad, I. A., Lin, B., Crnic, K. A., & Gonzales, N. A. (2018). Prenatal maternal depressive symptoms predict early infant health concerns. *Maternal and Child Health Journal*, 22(6), 786-793. doi:10.1007/s10995-018-2448-7
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24(3), 197-209.
- Dean, D. C., Planalp, E. M., Wooten, W., Kecskemeti, S. R., Adluru, N., Schmidt, C. K., . . . Schmidt, N. L. (2018). Association of prenatal maternal depression and anxiety symptoms with infant white matter microstructure. *JAMA Pediatrics*, 172(10), 973-981. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.2132
- Deave, T., Heron, J., Evans, J., & Emond, A. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(8), 1043-1051. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01752.x
- Demarchi, R. F., Nascimento, V. F., Borges, A. P., Terças, A. C., Grein, T. A., & Baggio, É. (2017). Perception of pregnant women and primiparous puerperas on maternity. *Journal of Nursing*, 11(7), 2663-2673. doi:10.5205/reuol.10939-97553-1-RV.1107201703
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief symptom inventory: Administration, scoring, and procedure manual* (4^a ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Dipietro, J. A., Costigan, K. A., & Sipsma, H. L. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 115-124. doi:10.1080/01674820701701546
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Orientação da Direção-geral da saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Effati-Daryani, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Zarei, S., Mohammadi, A., & Mirghafourvand, M. (2018). Depression, anxiety and stress in the various trimesters of pregnancy in women referring to tabriz health centres, 2016. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(4), 512-521. doi:10.1080/17542863.2018.1438484
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2017). The prevalence of antenatal and postnatal co-morbid anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(12), 2041-2053. doi:10.1017/S0033291717000617
- Fareleira, F., Xavier, M. R., & Martins, C. (2017). *Avaliação da eficácia da intervenção “Crescer em grande” na promoção da competência parental, em cuidados de saúde primários*.
- Faria, J. T. (2014). O modelo touchpoint na promoção da parentalidade: Repensar intervenções com famílias em risco = the touchpoint model in promoting parenting: Rethink interventions in families at risk. Paper presented at the Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente. (5) 45.
- Field, T. (2017). Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior and Development*, 49, 120-128. doi:10.1016/j.infbeh.2017.08.008
- Field, T. (2018). Paternal prenatal, perinatal and postpartum depression: A narrative review. *Journal of Anxiety and Depression*, 1(1), 102-117.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas no puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (1ª ed., pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.

- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 247-255. doi:10.1007/s00737-011-0217-3
- Figueiredo, B., & Lamela, D. (2014). Parentalidade e coparentalidade: Conceitos básicos e programas de intervenção. In V. S. Lima (Ed.), *Clínica universitária de psicologia: Contributos para a prática psicológica* (1ª ed., pp. 151-172). Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Flynn, H. A., McBride, N., Cely, A., Wang, Y., & DeCesare, J. (2015). Relationship of prenatal depression and comorbidities to infant outcomes. *CNS Spectrums*, 20(1), 20-28. doi:10.1017/S1092852914000716
- Furtado, M., Chow, C. H., Owais, S., Frey, B. N., & Van Lieshout, R. J. (2018). Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 238, 626-635. doi:10.1016/j.jad.2018.05.073
- Ghaffar, R., Iqbal, Q., Khalid, A., Saleem, F., Hassali, M. A., Baloch, N. S., . . . Bashaar, M. (2017). Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of quetta city, pakistan. *BioMed Central Women's Health*, 17(1), 51-58. doi:10.1186/s12905-017-0411-1
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 247-255. doi:10.1080/01674820400024406
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25-35.
- Golbasi, Z., Kelleci, M., Kisacik, G., & Cetin, A. (2010). Prevalence and correlates of depression in pregnancy among turkish women. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 485-491. doi:10.1007/s10995-009-0459-0
- Gomes-Pedro, J. (2017). *Pensar a criança sentir o bebé* (1ª ed.). Lisboa: Zero a Oito.

- Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 696-704. doi:10.1080/j.1440-1614.2003.01258.x
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65-73. doi:10.1016/j.jad.2003.08.004
- Hser, Y., Lanza, H. I., Li, L., Kahn, E., Evans, E., & Schulte, M. (2015). Maternal mental health and children's internalizing and externalizing behaviors: Beyond maternal substance use disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(3), 638-648. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.02.270
- Husain, N., Cruickshank, K., Husain, M., Khan, S., Tomenson, B., & Rahman, A. (2012). Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in british pakistani mothers: A cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 268-276. doi:10.1016/j.jad.2012.02.009
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2019). Rastreo neonatal: 21.348 recém-nascidos estudados no primeiro trimestre de 2019. Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/rastreo-neonatal-21-348-recem-nascidos-estudados-no-primeiro-trimestre-de-2019/>
- Justo, J. M., Bacelar-Nicolau, H., & Dias, O. (1999). Evolução psicológica ao longo da gravidez e puerpério: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa De Psicossomática*, 1(1), 115-129.
- Karmaliani, R., Asad, N., Bann, C. M., Moss, N., McClure, E. M., Pasha, O., . . . Goldenberg, R. L. (2009). Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of hyderabad, pakistan. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(5), 414-424. doi:10.1177/0020764008094645
- Kazi, A., Fatmi, Z., Hatcher, J., Kadir, M. M., Niaz, U., & Wasserman, G. A. (2006). Social environment and depression among pregnant women in urban areas of pakistan: Importance of social relations. *Social Science & Medicine*, 63(6), 1466-1476. doi:10.1016/j.socscimed.2006.05.019

- Kingston, D., & Tough, S. (2013). Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal, 18*(7), 1728-1741. doi:10.1007/s10995-013-1418-3
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology, 110*(5), 1102-1112. doi:10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70
- Leis, J. A., Heron, J., Stuart, E. A., & Mendelson, T. (2014). Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: Does prenatal mental health matter? *Journal of Abnormal Child Psychology, 42*(1), 161-171. doi:10.1007/s10802-013-9766-4
- Levine, T. A., Alderdice, F. A., Grunau, R. E., & McAuliffe, F. M. (2016). Prenatal stress and hemodynamics in pregnancy: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 19*(5), 721-739. doi:10.1007/s00737-016-0645-1
- Lima, M., Tsunehiro, M. A., Bonadio, I. C., & Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: Estudo longitudinal. *Acta Paulista De Enfermagem, 30*(1), 39-46. doi:10.1590/1982-0194201700007
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety & stress scales* (2^a ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 175*, 385-395. doi:10.1016/j.jad.2015.01.012
- Martins, C. (Ed.). (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Edições Psiquilíbrios.

- Martins, M. F. (2014). O programa de assistência pré-natal nos cuidados de saúde primários em Portugal - uma reflexão. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 67(6), 1008-1012. doi:10.1590/0034-7167.2014670621
- Matthews, J., Huberty, J. L., Leiferman, J. A., McClain, D., & Larkey, L. K. (2017). Perceptions, uses of, and interests in complementary health care approaches in depressed pregnant women: The PAW survey. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(1), 81-95. doi:10.1177/2156587216641829
- McDonald, S., Kehler, H., Bayrampour, H., Fraser-Lee, N., & Tough, S. (2016). Risk and protective factors in early child development: Results from the all our babies (AOB) pregnancy cohort. *Research in Developmental Disabilities*, 58, 20-30. doi:10.1016/j.ridd.2016.08.010
- Mendes, M. F., Infante, P., Afonso, A., Maciel, A., Ribeiro, F., Tomé, L. P., . . . Freitas, B. F. (2016). *Determinantes da fecundidade em portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Misri, S., & Lussin, S. (2012). Depression in pregnant women: Clinical features and consequences. Disponível em: http://ultra-medica.net/Uptodate21.6/contents/UTD.htm?29/2/29735?source=see_link.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2007). *A science-based framework for early childhood policy: Using evidence to improve outcomes in learning, behavior and health for vulnerable children*. Harvard University: Center of the Developing Child.
- Osorio-Castaño, J. H., Carvajal-Carrascal, G., & Rodríguez-Gázquez, M. (2017). Preparation for motherhood during pregnancy: A concept analysis. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 35(3), 295-305. doi:10.17533/udea.iee.v35n3a06
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Park, M., Brain, U., Grunau, R. E., Diamond, A., & Oberlander, T. F. (2018). Maternal depression trajectories from pregnancy to 3 years postpartum are associated with children's

- behavior and executive functions at 3 and 6 years. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 353-363. doi:10.1007/s00737-017-0803-0
- Percy, M. S., & McIntyre, L. (2001). Using touchpoints to promote parental self-competence in low-income, minority, pregnant, and parenting teen mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(3), 180-186.
- Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: Procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista De Saúde Pública*, 29(4), 318-325.
- PORDATA. (2019a). Nascimentos e fecundidade. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>
- PORDATA. (2019b). Taxa de desemprego: Total e por sexo (%). Disponível em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)
- Radoš, S. N., Tadinac, M., & Herman, R. (2018). Anxiety during pregnancy and postpartum: Course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clinica Croatica*, 57(1), 39-51. doi:10.20471/acc.2018.57.01.05
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: A population-based analysis during 2002-2010 in finland. *BMJ Open*, 4(11), 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2014-004883
- Ratcliff, B. G., Sharapova, A., Suardi, F., & Borel, F. (2015). Factors associated with antenatal depression and obstetric complications in immigrant women in geneva. *Midwifery*, 31(9), 871-878. doi:10.1016/j.midw.2015.04.010i
- Redshaw, M., & Henderson, J. (2016). Who is actually asked about their mental health in pregnancy and the postnatal period? findings from a national survey. *BioMed Central Psychiatry*, 16(1), 1-8. doi:10.1186/s12888-016-1029-9

- Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health, 17*(3), 221-228. doi:10.1007/s00737-013-0409-0
- Sabogal, I. M. U., & Rodríguez, L. M. (2019). Care from the cultural perspective in women with physiological pregnancy: A meta-ethnography. *Investigacion & Educacion En Enfermeria, 37*(1) doi:10.17533/udea.iee.v37n1e03
- Schetter, C. D., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(2), 141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680
- Skúladóttir, A. (2016). Descriptive analysis of intervention for parents of young children having sleep problems. *Family Relations, 65*(1), 37-50. doi:10.1111/fare.12174
- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: Questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajetórias (in)adaptativas ao longo da vida* (1ª ed., pp. 11-42). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sparrow, J. (2013). Touchpoints: Linking families, professionals, institution and communities for children's health, education and wellbeing. In J. Gomes-Pedro (Ed.), *Valuing baby and family passion towards a science of happiness* (1ª ed., pp. 136-157). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 11*(1), 1-13.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders, 119*(1-3), 142-148. doi:10.1016/j.jad.2009.03.005
- Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E. R., & Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 19*(5), 711-720. doi:10.1007/s00737-016-0629-1

- Van de Loo, K., Vlenterie, R., Nikkels, S. J., Merkus, P., Roukema, J., Verhaak, C. M., . . . van Gelder, M. (2018). Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth, 00*, 1-12. doi:10.1111/birt.12343
- Weobong, B., Soremekun, S., ten Asbroek, A. H., Amenga-Etego, S., Danso, S., Owusu-Agyei, S., . . . Kirkwood, B. R. (2014). Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: The DON population-based study. *Journal of Affective Disorders, 165*, 1-7. doi:10.1016/j.jad.2014.04.009
- World Health Organization. (2008). Millennium development goal 5 - improving mental health. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/Perinatal_depression_mmh_final.pdf
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6^a ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Xavier, M. R. A. M. L. (2000). *Estatuto de risco das crianças expostas a substâncias ilícitas durante a gestação: As crianças não podem dizer não...* Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Yanikkerem, E., Ay, S., Mutlu, S., & Goker, A. (2013). Antenatal depression: Prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *Journal of Pakistan Medical Association, 63*(4), 472-477.
- Zeanah, P. D., Stafford, B., & Zeanah, C. H. (2005). *Clinical interventions to enhance infant mental health: A selective review*. Los Angeles: UCLA Center for Healthier Children, Families and Communities.

Anexos

Anexo 1 – Questionário de dados sociodemográficos, gravidez e paridade

Questionário sobre dados sociodemográficos, gravidez e paridade

Data: ___/___/___

Idade:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Atualmente empregada - Sim / Não

Tempo de gravidez (semanas):

Sexo do bebé: F / M / Não sei

Número de filhos (nascidos anteriormente):

A gravidez foi planeada? Sim / Não

Acompanhamento médico da Gravidez:

Médico privado (Medicina Privada): Sim / Não

Centro de Saúde (Serviços de Saúde Pública): Sim / Não

Esteve grávida anteriormente? Sim / Não

Se sim, quantas vezes?

Fumava antes de estar grávida? Sim / Não

Fuma durante esta gravidez? Sim / Não

Bebeu bebidas com álcool durante esta gravidez? Sim / Não

Local de Habitação - Distrito:

Local de Habitação- Concelho:

Anexo 2 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens

EADS-21

Nome _____ Data ___/___/___

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Anexo 3 - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4 – Formulário de Consentimento informado



Exma Sr^a

A Equipa de Investigação coordenada pela Prof^a Dr^a Maria Raul Lobo Xavier da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, está a desenvolver um estudo piloto acerca da gravidez. O objetivo deste estudo é explorar dimensões da vivência psicológica da gravidez, vinculação pré-natal e bem-estar psicológico no decurso da gravidez.

Decidindo participar neste estudo, solicita-se o preenchimento dos instrumentos que se anexam.

O preenchimento é anónimo e a informação recolhida durante o estudo é confidencial. O material recolhido será utilizado somente para fins de investigação e desenvolvimento, utilizando-se os resultados globais sem qualquer informação que leve à identificação dos respetivos participantes.

A decisão de participar neste estudo é voluntária, podendo recusar a participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem qualquer prejuízo por esse facto.

Se tiver alguma dúvida ou questão, por favor contacte:

Maria Raul Xavier – mxavier@porto.ucp.pt

Consentimento

Fui informado/a e percebi os objetivos e procedimentos do estudo e aceito participar no mesmo, consentindo que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial em congressos científicos e publicações científicas e académicas.

Data: __/__/____ Assinatura: _____