



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# ESCOLA COM VIDA: CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL DE GRÁVIDAS E MÃES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

*Roena Rafaela Pereira Rodrigues Rolo*

Porto, Novembro de 2021



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# ESCOLA COM VIDA: CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL DE GRÁVIDAS E MÃES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

*Roena Rafaela Pereira Rodrigues Rolo*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
*Professora Doutora Alexandra Carneiro e*  
*Professora Doutora Mariana Negrão*

Porto, Novembro de 2021

## **Agradecimentos**

Um eterno agradecimento a todos que me acompanharam neste percurso acadêmico.

Agradeço em especial à minha mãe, que sempre esteve presente, sempre me deu força, coragem e muito carinho durante estes cinco anos, especialmente neste ano de muita luta. Sem ti, não era capaz de alcançar todos os meus objetivos e sonhos. Obrigada por acreditares incondicionalmente em mim!

Ao meu pai, que sempre se mostrou interessado, preocupado e confiante nas minhas capacidades nesta última etapa acadêmica. Obrigada pelas palavras de segurança e motivação que me ajudaram a acreditar em mim própria!

Ao meu irmão, o meu protetor, e à minha cunhada, a sabedoria, obrigada pelos conselhos nos momentos de dúvida, por todo o suporte durante estes anos e pela paciência que tiveram comigo. Obrigada pelos exemplos que são na minha vida!

Ao Guilherme, o companheiro de todas as horas, o amparo, o que não me deixa desistir, desesperar, nem perder a esperança e confiança em mim própria. Pela perseverança e amor que me tens demonstrado ao longo destes anos, obrigada!

Às minhas amigas e colegas, obrigada pela aprendizagem e pelo apoio que me têm dado durante este percurso. Sem vocês, o curso seria impossível!

Às Professoras Mariana Negrão e Alexandra Carneiro, obrigada pelo exemplo de profissionalismo, pelo apoio recebido, pela aprendizagem, dedicação, paciência e compreensão durante esta longa etapa de vida.

## Resumo

A vulnerabilidade está associada a fatores de risco pessoais, sociais ou ambientais que ampliam a possibilidade de um certo indivíduo ou família manifestar alguma perturbação psicológica. Estes fatores de risco podem potencializar consequências emocionais e/ou físicas. O presente estudo teve como objetivo caracterizar do ponto de vista psicossocial grávidas e mães, nomeadamente nas dimensões da vivência psicológica da gravidez, suporte social, bem-estar psicológico, autoconceito e satisfação e expectativas parentais, no momento de admissão numa associação de apoio a grávidas e mães em situação de vulnerabilidade social.

Este estudo teve uma amostra de 22 mulheres, 13 grávidas, nove mães, com idades entre os 19 e os 40 anos. Os instrumentos utilizados nesta investigação foram: *Questionário Sociodemográfico*; *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade*; *Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido*; *Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais*; *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*; *Inventário Clínico de Autoconceito*.

Os resultados indicaram que estas mulheres aparentam ter um menor apoio do companheiro durante a gravidez e maternidade, maior intensidade dos sintomas psicopatológicos, inferior maturidade psicológica no autoconceito e satisfação e expectativas parentais dentro do esperado.

Uma implicação para a prática, seriam grupos para grávidas e mães com o intuito de partilharem experiências semelhantes de vida.

**Palavras-Chave:** Vulnerabilidade social; Gravidez; Maternidade; Bem-estar psicológico

## Abstract

Social vulnerability is associated with personal, social, and environmental risk factors that amplify the possibility of someone or a family, manifesting mental problems. These risk factors can potentialize emotional and/or physic consequences. This study's goal was to characterize psychosocially, pregnant woman and mothers, in the dimensions of psychological experience of pregnancy, social support, psychological well-being, self-concept and parental satisfactions and expectations, at the time of admission in an association which helps pregnant woman and mothers in a social vulnerability situation.

The sample consisted in 22 woman, 13 pregnant and nine mothers, with ages between 19 and 40 years old. To collect and analyze the data, the following instruments were used: *Sociodemographic Questionnaire; Attitudes Scale about Pregnancy and Maternity; Multidimensional Scale of Perceived Social Support; Parental Satisfaction and Expectations Questionnaire; Brief Symptom Inventory; Self-Concept Clinical Inventory.*

The results indicated that the targeted population appears to have a lower social support from their partners during pregnancy and maternity, higher intensity on psychopathological symptoms, lower psychological maturity on self-concept and normal parental satisfaction and expectations.

An implication for practice, could be groups for pregnant woman and mothers to share similar life experiences.

**Keywords:** Social Vulnerability; Pregnancy; Maternity; Psychological well-being

## Índice

<i>Enquadramento Teórico</i> .....	1
<b>Gravidez, Maternidade e Parentalidade</b> .....	1
<b>Vulnerabilidade Social na Gravidez e Maternidade</b> .....	3
<b>Suporte Social na Gravidez e na Maternidade</b> .....	4
<b>Expectativas e Satisfação Parental</b> .....	5
<b>Bem-estar Psicológico na Gravidez e Pós-Parto</b> .....	6
<b>Autoconceito</b> .....	7
<i>Metodologia</i> .....	9
<b>Objetivos Específicos</b> .....	9
<b>Caracterização da amostra</b> .....	9
<b>Instrumentos</b> .....	14
1. Questionário Sociodemográfico .....	14
2. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade .....	14
3. Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido .....	15
4. Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais.....	15
5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos .....	16
6. Inventário Clínico de Autoconceito.....	16
<b>Procedimentos de Recolha de Dados</b> .....	17
<b>Procedimentos de tratamento de dados</b> .....	17
<i>Resultados</i> .....	18
<i>Discussão</i> .....	33
<i>Conclusões</i> .....	38
<i>Referências</i> .....	40

## Índice de Tabelas

<i>Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas .....</i>	<i>10</i>
<i>Tabela 2. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade.....</i>	<i>19</i>
<i>Tabela 3. Escala Multidimensional do Suporte Social Percebido.....</i>	<i>20</i>
<i>Tabela 4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos .....</i>	<i>21</i>
<i>Tabela 5. Inventário Clínico de Autoconceito .....</i>	<i>22</i>
<i>Tabela 6. Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais .....</i>	<i>22</i>
<i>Tabela 7. Associações entre a vivência psicológica da gravidez, o suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em grávidas- Correlação de Pearson .....</i>	<i>25</i>
<i>Tabela 8. Associações entre a satisfação e expectativas parentais, o suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em mães- Correlação de Pearson .....</i>	<i>30</i>

## **Lista de Abreviaturas**

**BSI-** Inventário de Sintomas Psicopatológicos

**EAGM-** Escala de Atitudes da Gravidez e Maternidade

**EMSSP-** Escala Multidimensional do Suporte Social Percebido

**ICAC-** Inventário Clínico de Autoconceito

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PHDA-** Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

**QSEP-** Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais

## Enquadramento Teórico

### Gravidez, Maternidade e Parentalidade

A gravidez é uma das fases mais importantes na vida de uma mulher. Este período é considerado um acontecimento normativo e previsível no ciclo familiar, que implica várias organizações, adaptações e mudanças, como por exemplo biológicas, psicológicas e neurológicas, profissionais e vivências particulares como a imagem que a mulher tem de si própria (Boss, 2016). A gravidez é um procedimento dinâmico de transição que pode ser acompanhada por algumas tarefas desenvolvimentais que devem ir sendo cumpridas ao longo da gravidez e puerpério (Figueiredo, 2005).

As tarefas desenvolvimentais passam pela *aceitação da gravidez*, o que numa fase inicial, poderá ser difícil por existirem diversas vivências psicológicas que podem fazer com que a mãe sinta ambivalência (e.g., desejo de ser mãe e medo associado à gravidez e/ou parto). A *aceitação da realidade do feto*, é um passo marcante no processo psicológico da grávida, pois a mulher aceita o feto como sendo distinto de si própria. Esta aceitação torna-se mais fácil com o tempo, devido aos movimentos do bebé dentro de si. Na *reavaliação e reestruturação da relação com os seus pais*, a mulher foca os seus pensamentos na sua relação parental, no futuro papel dos seus pais como avós, nos comportamentos positivos e negativos e quais considera utilizar no seu novo papel como mãe. Esta reavaliação e aproximação é mais forte com a sua mãe, onde existe um maior interesse da grávida em conviver com a mesma. Na *reavaliação da relação com o seu companheiro*, existe a necessidade de adaptar a relação à chegada de um novo elemento da família, no quotidiano, na relação afetiva e sexual. O casal deve chegar a um consenso sobre as futuras tarefas parentais partilhadas. Na transição para o pós-parto, é importante que a mãe consiga *aceitar o bebé como pessoa separada* e seja consciente que o seu filho é uma pessoa independente com as suas próprias necessidades (e.g., de alimentação, cuidados e carinho). Durante a *reavaliação da sua identidade*, é essencial que a mulher incorpore a nova faceta como mãe no autoconceito e que compreenda a função e significado de ser mãe. A maternidade deverá ser avaliada de acordo com os ganhos e perdas associados a este processo e a mulher deverá aceitar as mudanças concebidas desta tarefa. Na *reavaliação da sua relação com os outros filhos*, a mulher terá de comunicar e preparar a chegada do recente membro da família, sendo este passo crucial (Canavarro, 2001).

Quando estas tarefas desenvolvimentais não são alcançadas, o pós-parto torna-se mais complicado, pois os novos pais enfrentam uma realidade para a qual podem não se sentir preparados. As mudanças de papel têm que ser encaradas e aceites, pois o novo elemento familiar depende da responsabilidade dos pais (Figueiredo, 2005).

Segundo o autor Bornstein (2005) a transição para a maternidade/parentalidade é considerada como sendo um período de crise e de adaptação na vida do casal, especialmente da puérpera. Este período crítico, é apaziguado pela qualidade do suporte na relação, pois tem um papel fundamental na adaptação familiar (Bornstein, 2005; Cowan et al., 1998). Segundo os resultados de um estudo feito por Deave e colaboradores (2008), os novos pais, encontram-se menos preparados e menos conscientes para a chegada de um primeiro filho, principalmente no que toca a aspetos práticos de cuidar de um bebé e a mudança drástica de se tornarem pais. No entanto, Soares (2008), afirma na sua investigação que os pais que planearam a gravidez, que se sentem preparados com informação e conhecimentos prévios, e que têm mais experiência expressam um nível maior de sentimentos positivos e de preparação no que toca à parentalidade.

A gravidez e a transição para a maternidade/parentalidade são períodos contínuos e dinâmicos de adaptação sendo este poderoso e crucial que acarreta implicações a nível parental, relacional, para a díade mãe-filho, e desenvolvimental, para o bebé (Deave et al., 2008).

A parentalidade é um processo longo que pode ser considerado para toda a vida (Canavarro, 2001), sendo um processo contínuo, sempre em evolução, onde o desenvolvimento e a aprendizagem são perpétuos (Cardoso et al., 2015) com atividades propositadas para assegurar a sobrevivência e desenvolvimento da criança, num ambiente seguro, para que a mesma tenha capacidades de socializar e de ser autónoma de uma forma progressiva (Hoghugh, 2004; Maccoby, 2000). Para Almeida (2015), a parentalidade prende-se ao facto de existir uma necessidade de educar e formar uma criança, através das capacidades que os cuidadores adquirem ao longo da sua vida, das suas experiências e valores a nível, individual, social e familiar. A vinculação segura entre mãe e filho, é considerada como um resultado essencial da parentalidade e da proteção dada à criança ao longo do seu desenvolvimento (Negrini, 2018).

Porém, a maternidade poderá estar associada a uma crise de desenvolvimento devido às diversas mudanças que ocorrem nesse período desenvolvimental da mulher, especialmente no contexto social, nas relações pessoais e nos padrões existenciais que devem ser reconsiderados, pois estas mudanças podem levar a perdas ou confusão na identidade e no *self* (Gruen, 1990).

Num estudo realizado por Carvalho e colaboradores (2017), onde se investigou os principais desafios associados à maternidade de primigestas, verificou-se que dificuldades nos cuidados prestados ao bebé, como a amamentação, cuidados de higiene, conforto, regulação de sono e

segurança do bebê eram comuns na maior parte das participantes. Relativamente aos desafios relacionados com a própria, foram mencionadas as repercussões físicas como cansaço ou complicações durante o parto, dores derivadas à amamentação e mudanças na sua autoimagem.

### **Vulnerabilidade Social na Gravidez e Maternidade**

A vulnerabilidade está associada a fatores de risco pessoais, sociais ou ambientais que ampliam a possibilidade de um certo indivíduo ou família manifestar algum tipo de perturbação psicológica. Estes fatores de risco podem potencializar consequências emocionais e/ou físicas de mal adaptação. Observa-se esta vulnerabilidade social quando há um impedimento do desenvolvimento saudável e normativo da família, como o uso de substâncias licitas ou ilícitas, adoecimento, violência doméstica, vulnerabilidade financeira etc. Nestas situações, o indivíduo ou o sistema familiar pode não ter as capacidades necessárias para lidar com estes riscos, tendo um impacto stressante e sendo também complexo conseguir estabelecer e ativar a rede de suporte social e afetiva destas famílias (Prati et al., 2009). No entanto, o indivíduo ou as famílias, podem ter competências e condições para combater e reagir, de forma saudável, a estes fatores de risco. O estudo de Seibel e colaboradores (2017), comprova que a rede social e as relações familiares influenciam positivamente a qualidade dessas mesmas relações, estrutura, coesão e adaptação, em diferentes etapas do ciclo vital da família, mesmo quando indivíduos ou famílias se encontram em vulnerabilidade social. Ao compreender o conceito da vulnerabilidade, é possível adquirir conhecimentos de estratégias e fatores de proteção que proporcionam aos indivíduos e famílias recursos para combater problemas de bem-estar físico e psicológico (Nichiata et al., 2008).

De acordo com Canavarro (2001), existe uma grande vulnerabilidade associada à parentalidade, pois é uma mudança que requer adaptação ao novo papel de mãe, particularmente se for o primeiro filho, e a capacidade de gerir o *stress* desta mudança devido às transformações acima enunciadas que, durante a gravidez e a maternidade, ocorrem em simultâneo. Muñoz e colaboradores (2013) investigaram as vivências da gravidez e maternidade em contexto de vulnerabilidade social, sendo que os relatos das mulheres revelaram sentimentos de solidão, desespero, invisibilidade perante terceiros e exclusão social devido às desigualdades que as mulheres grávidas em vulnerabilidade experienciam.

Do ponto de vista psicológico, a gravidez também se poderá constituir como um desafio, na medida em que, em certos casos, poderá ser acompanhada por *stress*, depressão, ansiedade e baixa autoestima (Adamsons, 2013; DiPietro et al., 2006). Segundo Prati e colaboradores

(2009), a existência de um suporte social frágil anterior à gravidez, faz com que este seja visto como um fator de risco e que contribua para maior vulnerabilidade. Enquanto evento potenciador de maior ansiedade e *stress*, é expectável que possam existir dificuldades acrescidas no que toca a aspetos individuais (físicos, emocionais e psicológicos), conjugais e familiares. Para além destas dificuldades, a vulnerabilidade social na gravidez e maternidade, pode dar origem a prematuridade, cuidados de menor qualidade prestados à criança, PHDA, menores níveis de competência social, entre outros (OMS, 2008).

### **Suporte Social na Gravidez e na Maternidade**

O suporte social é considerado um dos maiores fatores protetores na manutenção da saúde mental. De acordo com Santos e Cardoso (2010), o suporte social é considerado um processo interativo e dependendo de cada indivíduo, o seu bem-estar poderá ser afetado pelas interações e comportamentos tanto positivos como negativos. Seguindo a linha de pensamento de Matsukura e colaboradores (2002), o suporte social é considerado um fator de proteção nas situações que instigam maior *stress* e acarretam benefícios a curto e longo prazo, tal como acontece na gravidez, parto e pós-parto, estando associado ao bem-estar da mulher. O suporte social pode ser considerado a dimensão que mais influencia a vivência da gravidez e da maternidade, pois a rede de suporte e a qualidade das relações auxiliam na sua adaptação (Rubertsson et al., 2003).

Este fenómeno pode ser categorizado em três tipos, o apoio disponível, que revela as pessoas que se encontram disponíveis, o apoio percebido, que se define pela perceção que se tem de quem lhe fornece esse apoio, e por último o apoio recebido, que inclui as pessoas que efetivamente prestam apoio (Rapoport & Piccinini, 2006). O apoio esperado por vezes não corresponde ao apoio percebido ou recebido, o que poderá fazer com que as mães tenham maior dificuldade e frustração quando realmente necessitam de ajuda mais intensa.

Conforme é revelado pelos autores Cohen e Wills (1985), tanto os aspetos qualitativos da rede social, como por exemplo até que ponto é que se pode confiar na rede de suporte para prestar esse apoio, como os aspetos estruturais, como o tamanho da rede, ou seja, a quantidade de pessoas que se incluem na rede de suporte social, influenciam o bem-estar psicológico.

A transição da gravidez para a maternidade, especialmente durante a gestação, pós-parto e regresso da mulher ao local de trabalho, é um período de grande *stress* associado que é facilitado através do suporte social que a mãe recebe. O suporte social está também associado a uma melhor adaptação (da maternidade) e maior qualidade de cuidados prestados ao seu bebé (Canavarro, 2001). No estudo de Jennings e colaboradores (1991) e de Viera e colaboradores

(2010), confirmou-se que maior satisfação do suporte recebido e percebido, beneficia a manutenção do bem-estar psicológico inclusive em situações de *stress*, possibilitando assim um melhor ajustamento de comportamentos maternos e conseqüentemente um melhor relacionamento com os filhos. A investigação de Airoso e Silva (2013) confirma estes dados encontrados. Além destes dados, o mesmo estudo teve como resultados de que o suporte social (e.g., satisfação com relações interpessoais e atividades sociais) diminui a sintomatologia ansiosa, depressiva e de *stress* nas grávidas e mães.

A verdade é que cada mãe experiência a gravidez de uma forma única e nem todas avaliam este processo como sendo um período stressante. As grávidas que percebem este período como sendo mais negativo, necessitam de um suporte social efetivamente maior do que as que não percebem. Na continuação deste suporte, a relação mãe-bebê vai ser melhorada, com um maior desenvolvimento de vinculação segura como das relações futuras que a criança irá ter com essa mesma rede de suporte (Rapoport & Piccinini, 2006).

### **Expectativas e Satisfação Parental**

As expectativas parentais são crenças e julgamentos em relação ao futuro dos filhos (Glick & White, 2004). Estas expectativas têm um papel elementar no desenvolvimento e percurso como no sucesso do futuro da criança (Davis-Kean, 2005). De acordo com Grusec (2008), existem alguns fatores que podem prever e porventura condicionar o tipo e intensidade desta dimensão parental, como por exemplo o conforto socioeconômico, o nível de escolaridade e a etnia dos pais.

No presente estudo, procurou-se estudar as expectativas parentais, nomeadamente o seu desempenho neste papel, o comportamento do filho e a relação entre os dois. A literatura desta temática é escassa, especialmente tendo em conta o que foi mencionado acima, no entanto, existem alguns estudos que referenciam resultados interessantes. Uma investigação conduzida por Pancer e colaboradores (2000) avalia as expectativas parentais pré e pós-parto. Os resultados revelam que as mulheres com expectativas mais elevadas relativas ao impacto da parentalidade, têm uma melhor adaptação à mesma. Outro estudo mostra que, as expectativas parentais positivas estão associadas a um ajustamento positivo do papel parental e às experiências parentais positivas (Green & Kafetsios, 1997). Por outro lado, o *stress* parental, derivado das características do filho e da interação com o mesmo, parece estar relacionado com baixa satisfação e expectativas parentais (Vieira, 2015).

Relativamente às expectativas parentais para com os filhos, as expectativas irrealistas podem estar relacionadas com uma menor preocupação para com a criança, fazendo com que

os pais estejam mais focados nas suas próprias expectativas e querendo que os seus filhos se adaptem aos seus projetos parentais (Dix, 1991).

Neste estudo, procurou-se estudar a satisfação parental, nomeadamente o desempenho do papel parental, a relação com o filho e o seu comportamento. Bornstein e colaboradores (2003), acreditam que a satisfação parental é uma das quatro chaves para o sucesso da parentalidade, juntamente com a competência, investimento e equilíbrio de papéis. Quando os objetivos e os comportamentos parentais estão alinhados com os objetivos e os comportamentos dos filhos, desenvolve-se e fortalece-se uma interação e afeto positivo entre ambas as partes, todavia, quando o oposto acontece, o afeto torna-se negativo e surgem conflitos.

De acordo com Goodnow e Collins (1990), a satisfação parental é considerada positiva consoante as seguintes situações: quando os pais percecionam coerência entre os valores e princípios educativos que defendem e as suas ações concretas, sentindo-se capazes de atuar de acordo com as suas ideias; quando os pais percecionam uma concordância entre o comportamento e as conquistas do filho e as expectativas que tinham relativamente a esta; e por fim, quando os pais se sentem competentes no seu papel parental. Este sentimento poderá aparecer quando existe uma correspondência entre o que é observado e o que gostariam de observar no/s seu/s filho/s.

Num estudo de Hudson e colaboradores (2001) com o objetivo de avaliar a autoeficácia nos cuidados prestados aos bebés e a satisfação parental, verificou-se que na transição para a parentalidade, até às 12 semanas de vida do bebé, mães e pais aumentaram a sua satisfação parental, especialmente as mães.

### **Bem-estar Psicológico na Gravidez e Pós-Parto**

De acordo com a OMS a saúde é definida por um conjunto de estados de bem-estar, como o físico, social e psicológico (WHO, 1948). O bem-estar pode ser explicado por um sentimento de prazer e satisfação com a vida, ou seja, com o próprio e com as pessoas ao seu redor. É igualmente necessário ter em conta que a base do bem-estar psicológico cai sobre as formulações psicológicas em relação ao desenvolvimento humano e às competências para os acontecimentos de vida (Siqueira & Padovam, 2008). Ryff (1989), concebeu o modelo multidimensional do bem-estar psicológico tendo em consideração o funcionamento psicológico positivo, onde propôs seis dimensões para o mesmo, sendo estas a autonomia, autoaceitação, relacionamento positivo com outras pessoas, domínio do ambiente, crescimento pessoal e propósito de vida.

Durante a gravidez, a mulher suporta alterações hormonais que influenciam o seu bem-estar físico e psicológico. Devido a estas alterações, as perturbações e sintomatologia psicopatológica que poderão ser vivenciadas com mais frequência durante a gravidez e pós-parto são a ansiedade, depressão anterior, durante ou posteriormente à gravidez e disforia pós-parto (*baby blues*). De acordo com Giurgescu e Templim (2015), as grávidas que afirmam receber um maior apoio e envolvimento por parte do companheiro durante este período, exibem maior bem-estar psicológico e conseqüentemente, menor sintomatologia depressiva.

Halbreich (2004) conduziu uma metanálise sobre estudos que relacionavam o período da gravidez com sintomatologia psicopatológica e, ficou claro que a gravidez é uma fase de vida acompanhada por sintomatologia psicopatológica, apesar de esta ser subdiagnosticada. A comorbilidade sintomatológica ansiosa e depressiva durante a gravidez é especialmente representada em vários estudos (Ross, 2003). Uma metanálise realizada sobre a saúde mental no puerpério, revelou que, dos oito estudos avaliados, os principais fatores associados à depressão pós-parto eram a idade da mãe (serem mães antes dos 20 anos), ser solteira, não ter certeza quanto à desejabilidade de ter o filho, a própria situação laboral e/ou do companheiro, acontecimentos de vida stressantes nos seis-12 meses anteriores ao parto, o baixo suporte social e/ou baixa qualidade do suporte social (Schmied et al., 2013). Num estudo realizado por Aliane e colaboradores (2008) com 33 grávidas, concluiu-se que 54.5% das participantes experienciaram alguma perturbação mental durante a gravidez, sendo que a ansiedade foi a perturbação mais vivenciada, e 24.2% das grávidas experienciaram depressão. Em relação ao companheiro, quando as mulheres sentem suporte e envolvimento durante a gravidez, as grávidas aparentam ter um melhor humor e conseqüentemente, melhor bem-estar psicológico (Horowitz et al., 2005; Morgan et al., 1997). O contrário (mal-estar psicológico) acontece quando as mulheres sentem que não são capazes de confiar nos seus companheiros, quando existe uma comunicação mais pobre e/ou menor satisfação com a sua relação (Morgan et al., 1997; Righetti-Veltima et al., 1998).

### **Autoconceito**

O autoconceito é um conjunto de conhecimentos que o indivíduo tem acerca do “eu” /*self*, dos valores, crenças, traços de personalidade, habilidades, objetivos e papéis que o mesmo tem nas várias dimensões da sua vida. Este conjunto de percepções acerca do “eu”, é construído à volta dos contextos em que o indivíduo está inserido, como o contexto familiar, escolar e a sua interação com os pares, como dos significados que os mesmos fazem das suas experiências e

dos juízos de valor que os outros fazem dos seus comportamentos juntamente com as explicações que o mesmo e os outros dão aos vários comportamentos manifestados (Shavelson et al., 1976).

Vaz Serra (1988), acredita que existem influências na construção deste constructo. Primeiro, admite que, usualmente, o indivíduo observa-se da mesma forma que os outros o consideram (fenómeno de espelho) (Shrauger & Shoeneman, 1979). O *feedback* de outros, influencia a autodestruição que o indivíduo faz de si próprio (Tamayo, 1985). Segundo, está relacionado com a ideia que o indivíduo tem do seu desempenho em diversas situações, podendo se considerar competente ou incompetente. Terceiro, identifica e compara a sua conduta e comportamento ao dos seus pares. Quarto, o indivíduo compara um certo comportamento aos valores apresentados por grupos normativos. Ao se autoavaliar e comparar com os seus pares e grupos normativos, facilita o processo de compreensão, considerando se está afastado ou perto do normativo e se se sente satisfeito ou insatisfeito com ele mesmo. Todo este processo auxilia na construção do autoconceito, sendo este mais ou menos positivo e mais ou menos ajustado ao contexto em que o indivíduo se insere (Vaz Serra, 1988).

Vaz Serra sublinha a importância dos constituintes (facetas) do autoconceito, como a autoestima e as autoimagens. A autoestima apresenta um valor significativo na vida de cada um, sendo que o indivíduo avalia as suas qualidades, habilidades e desempenhos. As autoimagens são observações que o indivíduo faz às várias facetas que o mesmo tem, por exemplo, ser filha, esposa, mãe, profissional, entre outros. A partir destas autoimagens, o indivíduo irá, hierarquicamente, dar mais importância a umas do que a outras (Vaz Serra, 1988). Por exemplo, no período do final do terceiro trimestre e início do puerpério, a mulher provavelmente irá dar mais valor ao seu papel/faceta de mãe. A mulher terá de reajustar o autoconceito para que o processo de adaptação à nova fase de vida, a maternidade, seja facilitador, pois, a mesma passa a ter de prestar cuidados ao seu bebé e não apenas a si própria (Raphael-Leff, 1997). Estas mudanças fazem com que a mulher se veja de forma diferente e no caso de ser primigesta, irá ter outra faceta de autoimagem, a de mãe.

Silveira e Ferreira (2011), comprovaram no seu estudo que a situação laboral é uma característica que influencia o autoconceito, e que poderá induzir um maior nível de autonomia, pessoal e financeira, e realização pessoal. As grávidas casadas (estado civil) apresentam um melhor autoconceito do que as grávidas solteiras, fora na dimensão maturidade psicológica.

Este estudo tem como objetivo analisar a vivência da gravidez e da maternidade em circunstâncias de vulnerabilidade psicossocial. Assim, o objetivo geral é caracterizar do ponto

de vista psicossocial grávidas e mães no momento de admissão numa associação de apoio a grávidas e mães em situação de vulnerabilidade social.

## **Metodologia**

### **Objetivos Específicos**

1. Caracterizar a vivência psicológica da gravidez em grávidas em situação de vulnerabilidade psicossocial.
2. Caracterizar a percepção de suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial.
3. Caracterizar a satisfação e expectativas parentais em mães em situação de vulnerabilidade psicossocial.
4. Explorar associações entre a vivência psicológica da gravidez, o suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em grávidas;
5. Explorar associações entre a satisfação e expectativas parentais, o suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em mães;

### **Caracterização da amostra**

Os critérios de amostragem e de inclusão deste projeto passam pela necessidade de serem grávidas ou mães com filhos até aos 18 meses em situação de vulnerabilidade psicossocial e serem acompanhadas por uma associação de apoio a grávidas e mães em situação de vulnerabilidade social a atuar no Norte do país. Esta investigação é hipotético-dedutiva e o procedimento da amostra, neste caso, é não probabilístico de conveniência.

Participaram nesta investigação 22 mulheres, 13 (59.5%) grávidas e nove (40.5%) mães acompanhadas por uma associação de apoio a grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial. As idades das participantes variam entre os 19 e os 40 anos ( $M = 26$ ;  $DP = 5.4$ ). Quanto ao estado civil, a maioria é solteira 13 (59.1%) e oito (36.4%) são casadas ou vivem com o marido. Relativamente à nacionalidade das participantes, a maioria, nove (40.9%) são de nacionalidade portuguesa. As restantes 13 (59.1%) participantes que têm outras nacionalidades e vivem em Portugal em média há três anos ( $DP = 2.7$ ). Das participantes de nacionalidade estrangeira, nove (40.9%) afirmam ter família em Portugal.

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria, oito (36.4%) tem o 3º Ciclo do Ensino Básico ou o Ensino Secundário completo. Mais de metade das participantes, 15 (68.2%) encontram-se numa situação de desemprego. No que diz respeito ao estatuto socioeconómico, 11 (50%) participantes declaram que o seu conforto é médio-baixo. As participantes são acompanhadas pela associação de apoio a grávidas e mães em situação de vulnerabilidade social, em média, há três meses (DP = 1.69). Treze (59.1%) mulheres têm filhos, sendo que a maioria tem apenas um filho. A idade das participantes quando foram mãe pela primeira vez varia entre os 14 e os 29 anos (M = 22; DP = 3.8). Quanto à desejabilidade da gravidez atual para quem está grávida ou em relação à última gravidez para quem já é mãe, metade do público-alvo, 11 (50%) afirmam que a gravidez foi desejada pelos dois (mulher e parceiro). Quanto ao planeamento da gravidez, a maioria, 16 (72.7%) afirmam que não foi uma gravidez planeada. Quanto a queixas ou problemas experienciados de saúde mental antes ou durante a gravidez ou pós-parto, a maioria, 13 (59.1%) não teve qualquer tipo de problemas de saúde mental. Em relação ao acompanhamento e cuidados por profissionais de saúde durante a gravidez, oito, (36.4%) está a ser/foi acompanhada pelo médico de família.

Quanto aos companheiros, três de oito completaram o ensino profissional e a maioria dos companheiros, cinco de oito, trabalham a tempo inteiro.

**Tabela 1.**

*Descrição das características sociodemográficas*

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<i>Idade</i>	22	19	40	26.00	5.43
<i>Há quanto Tempo Reside em Portugal</i>	13	1.00	11.00	2.92	2.69
<i>Tempo acompanhamento Associação</i>	22	1.00	6.00	3.00	1.69
<i>Idade mãe primeira vez</i>	22	14.00	29.00	21.95	3.77
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>			
<i>Solteira</i>	13	59.1			
<i>Casada/Vive com o marido/companheiro/a</i>	8	36.4			

<i>Divorciada/Separada</i>	1	4.5
<b><i>Nacionalidade</i></b>		
<i>Portuguesa</i>	9	40.9
<i>Brasileira</i>	5	22.7
<i>Cabo-Verdiana</i>	4	18.2
<i>Angolana</i>	2	9.1
<i>Santomense</i>	1	4.5
<i>Venezuelana</i>	1	4.5
<b><i>Tem família em Portugal?</i></b>		
<i>Sim</i>	9	40.9
<i>Não</i>	4	18.2
<i>Não se aplica à minha situação atual</i>	9	40.9
<b><i>Com quem vive</i></b>		
Marido/Companheiro	8	36.4
Marido, filhos e primos	1	4.5
Mãe e Irmão/ã (ãos/ãs)	1	4.5
Marido/companheiro, Pais, Filho/a (os/as) e Irmão/Irmã (ãos/ãs)	1	4.5
Amigos	1	4.5
Irmão/ã (ãos/ãs) e Estudantes	1	4.5
Marido/companheiro, Sogros e Cunjada	1	4.5
Pais e Irmão/ã (ãos/ãs)	1	4.5
Irmão/ã (ãos/ãs)	2	9.1
Filho/a (os/as)	2	9.1
Marido/companheiro e filho/a (os/as)	1	4.5
Marido/companheiro, filho/a (os/as) e irmão/ã	2	9.1
<b><i>Situação Laboral</i></b>		

Desempregada	15	68.2
Empregada a tempo parcial	1	4.5
Empregada a tempo inteiro	3	13.6
Estudante	2	9.1
Trabalhadora-estudante	1	4.5
<b><i>Nível de Escolaridade</i></b>		
Ensino Básico 1º Ciclo	1	4.5
Ensino Básico 3º Ciclo	8	36.4
Ensino Secundário	8	36.4
Ensino Superior	5	22.7
<b><i>Conforto Socioeconómico</i></b>		
Baixo	9	40.9
Médio-Baixo	11	50.0
Médio	2	9.1
<b><i>Tem filhos</i></b>		
Sim	13	59.1
Não	9	40.9
<b><i>Gravidez Planeada</i></b>		
Sim, pelos dois	5	22.7
Sim, apenas pelo meu marido/companheiro	1	4.5
Não	16	72.7
<b><i>Gravidez Desejada</i></b>		
Sim, pelos dois	11	50.0
Sim, apenas por mim	4	18.2
Não	7	31.8
<b><i>Acompanhamento por profissionais de saúde durante a gravidez</i></b>		
Médica de Hospital	1	4.5
Médico de Família	8	36.4
Médico de família e ginecologista e obstetra	5	22.7

Ginecologista e obstetra	5	22.7
Médico de família e psicólogo	1	4.5
Não	1	4.5
Médico de família, ginecologista e obstetra e psicólogo	1	4.5

---

***Problemas de saúde mental***

---

Não	13	59.1
Problemas de saúde mental durante a gravidez e pós-parto	3	13.6
Problemas de saúde mental anteriores à gravidez	1	4.5
Problemas de saúde mental durante a gravidez	4	18.2
Problemas de saúde mental pós-parto	1	4.5

---

***Situação Laboral do marido/companheiro***

---

Desempregado	2	9.1
Empregado a Tempo Inteiro	5	22.7
Não se aplica à minha situação atual	14	63.6

---

***Nível de escolaridade do marido/companheiro***

---

Sabe ler e escrever	1	4.5
Ensino Básico 3º Ciclo	1	4.5
Ensino Secundário	1	4.5
Ensino Profissional	3	13.6
Ensino Superior	1	4.5
Não se aplica à minha situação atual	15	68.2

---

## Instrumentos

### 1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Rolo et al., 2020) foi desenhado para esta investigação e construído tendo por base as características das participantes seguidas pela associação e variáveis de interesse para o estudo. Este inclui questões de caracterização pessoal (e.g., idade, estado civil, nacionalidade, nível de escolaridade, situação laboral etc.), da caracterização dos filhos (e.g., com que idade que foi mãe pela primeira vez, número de filhos idade e género de cada um etc.), e da vivência e experiência da gravidez e parto (e.g., como foi/está a ser a gravidez, se foi planeada e/ou desejada, tipo de acompanhamento recebido durante a gravidez, problemas de saúde mental, complicações durante o parto etc.).

### 2. Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade

A *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade* (EAGM; Xavier & Paúl, 1996) é composta por 42 itens, que se distribuem por sete dimensões/sub-escalas que ajudam a compreender a vivência do processo de gestação, “*como contribui para o seu desenvolvimento pessoal e como se integra no seu programa de vida.*” (Xavier & Paúl, 1996 p.4). Os itens distribuem-se nas seguintes subescalas: “O filho imaginado” com sete itens; “Boa mãe” com nove itens; “Gravidez como fator de mudança/crescimento pessoal” com seis itens; “Aspectos difíceis da gravidez/maternidade” com oito itens; “Relação com a própria mãe” com quatro itens; “Apoio do marido/companheiro” com quatro itens e por fim, a sub-escala “Imagem corporal e necessidade de dependência” com quatro itens. Este instrumento tem uma escala de resposta do tipo *Likert* de quatro pontos, sendo 1= Sempre, 2= Muitas vezes, 3= Poucas vezes e 4= Nunca (Xavier & Paúl, 1996). Na cotação da EAGM, os valores de cada subescala são somados, obtendo-se valores diferentes para cada uma das dimensões avaliadas. É necessário ter em conta que, quanto maior o valor total da escala, menor será o ajustamento da gravidez e maternidade, pois, na escala de *Likert*, o 1 equivale a “Sempre” e o 4 a “Nunca” (Xavier & Paúl, 1996). As escalas apresentam bons resultados de consistência interna, com valores entre .58 na subescala Imagem corporal e necessidade de dependência, e .76, na subescala o Bebê imaginado (Xavier & Paúl, 1996).

### **3. Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido**

A *Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido* (EMSSP; Zimet et al., 1988; versão portuguesa Carvalho et al., 2011), avalia três tipos de suporte social, tendo por isso três subescalas, o suporte familiar (subescala F) (e.g., Tenho ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família), o suporte de amigos (subescala A) (e.g., Os meus amigos realmente procuram ajudar-me) e outros significativos (subescala OS) (e.g., Há uma pessoa especial na minha vida), sendo este definido pelo participante (e.g., companheiro, psicólogo, professor). É constituído por 12 itens numa escala de *Likert*, quatro itens na subescala F, quatro itens na subescala A e quatro itens na subescala OS. Para calcular o score total da escala, é necessário somar os resultados de todos os itens e dividi-los por 12, número total de itens. A cotação para cada subescala é feita através do somatório dos quatro itens dividindo por quatro (Zimet et al., 1988 cit. In Carvalho et al., 2011). No estudo original que incluía 275 estudantes, esta escala apresentou boa consistência interna com um alfa de Cronbach de .88 e validade de constructo e fatorial consideradas adequadas. As características psicométricas da escala original foram preservadas e incluídas na adaptação Portuguesa (Zimet et al., 1988 cit. In Carvalho et al., 2011).

### **4. Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais**

O *Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais* (QSEP; Narciso & Santos, 2011) é um instrumento constituído por seis questões, três relativas à satisfação parental, que inclui questões sobre a relação com o filho, o desempenho do papel parental e o comportamento do filho. Em relação às expectativas parentais, as questões dizem respeito ao tipo de relação entre mãe/pai e filho, desempenho do papel parental e comportamento do filho. Ambas subescalas são avaliadas numa escala de resposta de tipo *Likert* que varia entre 1 e 5. No tema da satisfação parental o 1 refere-se a “Muito Insatisfeito(a)” e o 5 a “Muito Satisfeito(a)”. Na subescala das expectativas parentais o 1 refere-se a “Muito Pior do que Esperava” e o 5 a “Muito Melhor do que Esperava”. No estudo de Vieira (2015) sobre o “Stress, Satisfação e Expectativas Parentais em mães e pais de crianças em idade escolar”, a consistência interna que este instrumento apresentou para as subescalas de Satisfação Parental e Expectativas Parentais foram de .89 e .78 no grupo das mães, e .82 e .92 no grupo dos pais.

## 5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O *Brief Symptom Inventory*, (BSI; Derogatis, 1993; versão portuguesa Canavarro, 1999) utiliza o autorrelato para avaliar a existência de sintomatologia psicopatológica e qual a sua intensidade em indivíduos com mais de 13 anos de idade (Canavarro, 2007). O BSI inclui 53 itens avaliados numa escala de resposta de tipo *Likert* que varia entre 0 e 4, sendo que o 0 se refere a “Nunca”; 1 a “Poucas Vezes”; 2 a “Algumas Vezes”; 3 a “Muitas Vezes” e 4 a “Muitíssimas Vezes”. É pedido ao indivíduo que escolha o número da escala que melhor se adequa à sua situação, sendo que este irá depender do grau que cada sintoma ou problema afetou/incomodou o indivíduo durante a última semana (Canavarro, 1999). É possível obter informação em nove dimensões sintomatológicas como a: somatização (sete itens); obsessões e 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). É possível, ainda, obter três Índices Globais, o Índice Geral de Sintomas (IGS) onde a pontuação reflete a intensidade do mal-estar; o Índice de Sintomas Positivos (ISP) que representa a média da intensidade dos sintomas apresentados pelo indivíduo; e o Total de Sintomas Positivos (TSP) que retrata a quantidade de queixas sintomáticas apresentadas pelo mesmo. A consistência interna das dimensões/subescalas varia entre 0.62 e 0.80 (alfa de Cronbach).

## 6. Inventário Clínico de Autoconceito

O *Inventário Clínico de Autoconceito* (Vaz Serra, 1986) é uma escala com 20 itens de autoavaliação de aspetos emocionais e sociais do autoconceito. A escala de resposta é de tipo *Likert* que varia entre o 1 e 5, sendo que o valor 1 equivale a “Não Concordo”; 2 “Concordo Pouco”; 3 “Concordo Moderadamente”; 4 “Concordo Muito” e 5 “Concordo Muitíssimo”. Nas questões feitas na negativa, as pontuações são invertidas para que uma pontuação mais alta signifique um melhor autoconceito. Quanto maior for a pontuação alcançada no questionário, melhor será o autoconceito do indivíduo. A validade do constructo revelou uma correlação bastante significativa, entre a maneira que a pessoa se vê e se classifica e a pontuação global adquirida através da escala. Em relação à consistência interna deste inventário, obteve-se um valor de .791 no coeficiente de *Spearman*, dos 920 elementos da amostra, a qual revela existir uma boa consistência interna (Vaz Serra, 1986).

## **Procedimentos de Recolha de Dados**

Foi desenvolvido um protocolo online, devido à pandemia causada pelo COVID-19, onde foram inseridos os questionários administrados às participantes deste estudo. Foram estabelecidos dois protocolos, um para participantes grávidas e outro para mães. Ambos incluíam o *Consentimento Informado* (Rolo et al., 2020), o *Questionário Sociodemográfico* (Rolo et al., 2020), a *Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido* (Carvalho et al., 2011), o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)* (Canavarro, 1999) e o *Inventário Clínico de Autoconceito* (Vaz Serra, 1986). Para as grávidas incluiu-se ainda a *Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM; Xavier & Paúl, 1996)*, e para as mães o *Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais* (Narciso e Santos, 2011). Relativamente à aplicação dos questionários, estes foram preenchidos pelas participantes que concordavam e aceitavam a sua participação no consentimento informado fornecido no início do preenchimento do protocolo. No consentimento informado, foram indicados os objetivos da investigação, os procedimentos e a possibilidade de desistirem quando assim o entendessem. Foi garantido que as mesmas compreendessem que, os dados seriam registados, analisados e os resultados divulgados para que, seja possível evoluir e aumentar o conhecimento nesta área. A confidencialidade e o anonimato foram garantidos às participantes desta investigação. Todo este procedimento foi auxiliado pelas técnicas da associação, que acompanharam os casos das utentes desde o início, pois, devido à proximidade que apresentam com as participantes, seria mais fácil orientá-las durante todo este processo.

## **Procedimentos de tratamento de dados**

Para a análise de dados, foi utilizado o programa estatístico *IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics* versão 27.0. Com o propósito de descrever os dados sociodemográficos da amostra utilizou-se a estatística descritiva, que incluiu medidas de tendência central que indicam a distribuição dos valores da variável, como a média, e de dispersão central, que indica se os valores estão próximos, ou não, do centro de distribuição, como o desvio padrão. Para compreender e analisar associações entre variáveis, utilizou-se a estatística inferencial. Foi utilizado o teste de correlação de *Pearson* para compreender se existiam associações entre as variáveis intervalares estudadas (Martins, 2011).

Durante este processo, foi necessário recodificar algumas variáveis, como a idade que tinha quando foi mãe pela primeira vez, há quanto tempo: 1) está casada, 2) reside em Portugal e 3)

o marido reside em Portugal. Estas variáveis foram recodificadas em anos, atribuindo o valor zero para as situações de menos de um ano. Para a questão “há quanto tempo é acompanhada pela associação”, a recodificação ocorreu em meses e “se está grávida, de quantas semanas”, a recodificação ocorreu em semanas. Para a idade dos filhos, esta variável foi recodificada em anos, com o valor zero para os filhos com menos de um ano de idade.

## **Resultados**

### **1. Caracterização da vivência psicológica da gravidez em grávidas em situação de vulnerabilidade psicossocial**

Na tabela 2, observa-se que as médias das diferentes subescalas apresentam valores compreendidos entre 6.6 e 20.3. As médias mais elevadas são das subescalas Aspectos Difíceis da Gravidez e Maternidade ( $M = 20.3$ ;  $DP = 3.5$ ) e da subescala Boa Mãe ( $M = 17.6$ ;  $DP = 2.6$ ). Comparando as médias deste estudo com os resultados obtidos no estudo psicométrico da escala, é possível observar que a escala Apoio do Companheiro ( $M = 7.8$ ;  $DP = 4.2$ ) se encontra acima da média comparando com o estudo original ( $M = 5.8$ ;  $DP = 1.7$ ). As subescalas Filho Imaginado e Gravidez como fator de mudança e crescimento ( $M = 8.2$ ;  $DP = 2.1$  e  $M = 7.9$ ;  $DP = 2.3$ , respetivamente) encontram-se abaixo da média do estudo comparativo ( $M = 11.7$ ;  $DP = 2.9$  e  $M = 12.3$ ;  $DP = 2.5$ , respetivamente). As restantes subescalas encontram-se dentro do esperado tendo em conta a média e o desvio padrão do estudo comparativo, sendo estas a subescala Boa Mãe ( $M = 17.6$ ;  $DP = 2.5$ ), a escala Aspectos Difíceis da Gravidez ( $M = 20.3$ ;  $DP = 3.5$ ), a escala Imagem corporal e necessidade de dependência ( $M = 8.5$ ;  $DP = 2.4$ ) e a subescala Relação com a própria mãe ( $M = 6.6$ ;  $DP = 3.1$ ).

Assim, pode-se entender que as grávidas aparentam ter um menor apoio do companheiro durante esta etapa de vida.

**Tabela 2.***Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade*

	N	Min	Máx	M	DP	M*	DP*
Filho Imaginado	13	7.00	13.00	8.23	2.05	11.56	2.93
Boa Mãe	13	13.00	21.00	17.62	2.50	20.09	3.87
Gravidez Fator							
Mudança/ Crescimento	13	6.00	12.00	7.85	2.30	12.32	2.47
Pessoal							
Aspetos Díficeis							
Gravidez	13	14.00	26.00	20.31	3.50	23.09	3.72
Maternidade							
Relação Com							
Própria Mãe	13	4.00	15.00	6.62	3.07	6.48	2.03
Apoio							
Companheiro	13	4.00	16.00	7.77	4.21	5.79	1.70
Imagem							
Corporal e							
Necessidade de	13	5.00	13.00	8.54	2.40	8.71	2.34
Dependência							

\*Nota. Estudo Xavier e colaboradores (1996).

## **2. Caracterização da perceção de suporte social, do bem-estar psicológico e do autoconceito em grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial**

Na tabela 3, pode-se verificar que a subescala Outros Significativos apresenta uma média de 1.5 (DP= 0.3) sendo esta inferior à média do estudo comparativo. As restantes subescalas encontram-se dentro das médias originais. A subescala Família apresenta uma média de 5.4 (DP= 1.9) e a subescala Amigos apresenta uma média de 4.7 (DP= 2.2). Em relação ao valor total das subescalas, a média é de 5.4 (DP= 1.3) estando a mesma dentro da média.

Pode-se afirmar que, a população alvo deste estudo compreende que o seu suporte social é semelhante ao da população geral portuguesa, porém, vindo de outros significativos a perceção de suporte é inferior.

**Tabela 3.***Escala Multidimensional do Suporte Social Percebido*

	N	Min	Máx	M	DP	M*	DP*
Família	22	1.00	7.00	5.39	1.86	5.98	1.28
Outros Significativos	22	.88	1.75	1.53	.29	6.16	1.17
Amigos	22	1.00	7.00	4.67	2.25	5.49	1.26
Subescala Total	22	3.00	7.00	5.40	1.30	5.87	1.08

*\*Nota. Estudo Carvalho e colaboradores (2011)*

Comparando as médias das subescalas e dos índices da tabela 4 com as médias da população geral do estudo de Canavarro (2007), compreendemos que o Índice de Sintomas Positivos (M= 2.4; DP= 1.7), apresenta-se acima da média original.

As restantes subescalas, Obsessões/Compulsões (M= 1.1; DP= .6), Ansiedade (M= 0.9; DP= .6), Somatização (M= 0.9; DP= .7), Sensibilidade Interpessoal (M= 1.0; DP= .8), Depressão (M= 1.2; DP= .6), Ideação Paranoide (M= 1.2; DP= .7), Hostilidade (M= 0.9; DP= .6), Ansiedade Fóbica (M= 0.6; DP= .7) e Psicoticismo (M= 0.9; DP= .6) encontram-se dentro do esperado, tendo em conta o estudo comparativo. O Índice Geral de Sintomas (M= 0.6; DP= .3) e o Total de Sintomas Positivos (M= 29.1; DP= 13.3) também se encontram dentro das médias do estudo comparativo.

Conclui-se que a população alvo deste estudo apresenta sintomatologia psicopatológica e bem-estar psicológico semelhante tendo em conta as subescalas estudadas. Todavia, como mencionado anteriormente, a média do Índice de Sintomas Positivos é superior ao do estudo comparativo, o que revela que a intensidade dos sintomas é superior na população-alvo.

**Tabela 4.***Inventário de Sintomas Psicopatológicos*

	N	Min	Máx	M	DP	M*	DP*
Somatização	22	.00	2.29	.86	.69	0.57	0.92
Obsessões Compulsões	22	.00	2.33	1.11	.57	1.29	0.88
Sensibilidade Interpessoal	22	.00	3.25	1.01	.80	0.96	0.73
Depressão	22	.00	2.50	1.21	.64	0.89	0.72
Ansiedade	22	.17	2.33	.87	.62	0.94	0.77
Ideação Paranoide	22	.00	3.00	1.25	.70	1.06	0.79
Hostilidade	22	.20	2.60	.94	.57	0.89	0.78
Ansiedade Fóbica	22	.00	2.40	.55	.70	0.42	0.66
Psicoticismo	22	.00	2.00	.85	.62	0.67	0.61
Total de Sintomas Positivos (TSP)	22	6.00	51.00	29.10	13.27	26.99	11.72
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	22	1.04	8.83	2.41	1.72	1.56	0.39
Índice Geral de Sintomas (IGS)	22	.11	.96	.55	.25	0.84	0.48

\*Nota. Estudo Canavarro (2007)

Na tabela 5, apresenta-se a caracterização do Autoconceito com as subescalas Aceitação/Rejeição Social (M= 18.9; DP= 3.4), a subescala Autoeficácia (M= 23.3; DP= 3.9) e a subescala Impulsividade de Atividade (M= 11.7; DP= 2.0) que se encontram dentro da média tendo em conta o estudo comparativo. A subescala Maturidade Psicológica (M= 17.5; DP= 1.7) apresenta valores inferiores ao estudo comparativo.

Equiparando ao estudo de Silveira e Ferreira (2011), onde o autoconceito é abordado e caracterizado em grávidas, é possível analisar que as subescalas do autoconceito do presente estudo, colocam-se dentro da média das subescalas do estudo comparativo. Conclui-se que, as grávidas e mães avaliadas neste estudo exibem um autoconceito semelhante ao das grávidas avaliadas no estudo mencionado. A dimensão da maturidade psicológica na população-alvo é inferior ao do estudo comparativo.

**Tabela 5.***Inventário Clínico de Autoconceito*

	N	Min	Máx	M	DP	M*	DP*
Aceitação/ Rejeição Social (F1)	22	10.00	24.00	18.82	3.38	18.57	2.53
Autoeficácia (F2)	22	13.00	28.00	23.32	3.88	22.93	3.03
Maturidade Psicológica (F3)	22	15.00	20.00	17.45	1.74	15.16	2.09
Impulsividade Atividade (F4)	22	7.00	14.00	11.68	1.96	11.59	1.82
Autoconceito Total	129	1.00	28.00	13.15	7.75	76.59	8.04

\*Nota. Estudo Silveira e Ferreira (2011)

### 3. Caracterização da satisfação e expectativas parentais em mães em situação de vulnerabilidade psicossocial

A subescala Satisfação Parental com média de 13.6 (DP= 1.4) e a subescala Expectativas Parentais com média de 12.9 (DP= 2.2), encontram-se dentro da média do estudo comparativo.

Conclui-se assim, que as mães deste estudo apresentam satisfação e expectativas parentais semelhantes às do estudo comparativo no que diz respeito aos seus filhos e relação com os mesmos.

**Tabela 6.***Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais*

	N	Min	Máx	M	DP	M*	DP*
Satisfação Parental	9	11.00	15.00	13.56	1.42	13.12	2.44
Expectativas Parentais	9	9.00	15.00	12.89	2.20	11.31	2.14

\*Nota. Estudo Vieira (2015)

#### **4. Associações entre a vivência psicológica da gravidez, o suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em grávidas**

Na tabela 7, são apresentadas as correlações entre os constructos da vivência psicológica da gravidez, suporte social, bem-estar psicológico e autoconceito em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala aspectos difíceis da gravidez e maternidade e a subescala maturidade psicológica,  $r = -.658$ ,  $p = .014$ , o que indica que maior dificuldade na vivência dos aspectos do processo de gravidez está associada a menor maturidade psicológica em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala relação com a própria mãe e a subescala Família,  $r = -.630$ ,  $p = .021$ , o que indica que maior dificuldade na relação com a mãe está associada a um menor suporte social por parte da família em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala relação com a própria mãe e a subescala Amigos,  $r = -.671$ ,  $p = .012$ , o que indica que maior dificuldade na relação com a mãe está associada a um menor suporte social por parte dos amigos em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Imagem Corporal e Necessidade de Dependência e a subescala Impulsividade e Atividade,  $r = -.554$ ,  $p = .049$ , o que indica que maiores dificuldades em lidar com as mudanças a nível da imagem corporal e necessidade de dependência está associada a menor impulsividade e atividade do autoconceito em grávidas.

Existe uma correlação positiva significativa entre a subescala Outros Significativos e a subescala Hostilidade,  $r = .669$ ,  $p = .012$ , o que indica que maior suporte social por parte de outros significativos está associado a maior hostilidade/raiva por parte das grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Outros Significativos e o Índice de Sintomas Positivos,  $r = -.595$ ,  $p = .032$ , o que indica que maior suporte social por parte de outros significativos está associado a menor sintomatologia positiva em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Total do suporte social e o Índice de Sintomas Positivos,  $r = -.595$ ,  $p = .032$ , o que indica que maior suporte social está associado a menor sintomatologia positiva em grávidas. Existe uma correlação positiva significativa entre a subescala total do suporte social e a subescala Hostilidade,  $r = .669$ ,  $p = .012$ , o que indica que maior suporte social está associado a maior hostilidade/raiva por parte das grávidas.

Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Somatização e a subescala Autoeficácia (enfrentar e resolução de problemas),  $r = -.576$ ,  $p = .039$ , o que indica que menor mal-estar do funcionamento somático está associada a maior autoeficácia em

grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Sensibilidade Interpessoal e a subescala Autoeficácia,  $r = -.685$ ,  $p = .010$ , o que indica que maior sintomatologia de inadequação pessoal e inferioridade está associada a menor autoeficácia em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Ansiedade Fóbica e a subescala Aceitação/ Rejeição Social,  $r = -.607$ ,  $p = .028$ , o que indica que maior ansiedade fóbica está associada a menor aceitação social em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Ansiedade Fóbica e a subescala total do Autoconceito,  $r = -.607$ ,  $p = .028$ , o que indica que maior ansiedade fóbica está associada a menor autoconceito em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Psicoticismo e a subescala Autoeficácia,  $r = -.611$ ,  $p = .027$ , o que indica que maior sintomatologia de isolamento interpessoal está associada a menor autoeficácia em grávidas.

Existe uma correlação negativa significativa entre o Total de Sintomas Positivos e a subescala Aceitação/Rejeição Social,  $r = -.592$ ,  $p = .033$ , o que indica que maior sintomatologia positiva está associada a menor aceitação social em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre o Total de Sintomas Positivos e a subescala Total do Autoconceito,  $r = -.592$ ,  $p = .033$ , o que indica que maior sintomatologia positiva está associada a menor autoconceito em grávidas. Existe uma correlação negativa significativa entre o Índice Geral de Sintomas e a subescala Aceitação/Rejeição Social,  $r = -.592$ ,  $p = .033$ , o que indica que mais sintomatologia psicopatológica está associada a menor aceitação social em grávidas.

**Tabela 7.**

*Associações entre a vivência psicológica da gravidez, o suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em grávidas- Correlação de Pearson*

	EAGM					EMSSP					BSI					ICAC												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
<b>1</b>	-	.686**	.344	.036	-.038	-.332	.261	.238	.277	-.075	.238	.185	.122	-.051	-.183	.187	.154	.332	.161	.097	.187	-.095	.187	.154	.001	.307	-.334	.154
<b>2</b>		-	.264	.243	.055	-.437	.148	.260	-.053	.089	.260	.173	.097	-.246	-.467	.231	.053	.075	-.315	-.157	.107	-.094	.107	.020	-.070	.188	-.422	.020
<b>3</b>			-	.317	-.410	.245	-.180	.157	.350	.417	.157	.337	.462	-.058	.011	.259	.048	.451	.058	.251	.403	-.343	.403	.087	.137	.163	.054	.087
<b>4</b>				-	.167	-.074	.286	.000	-.160	-.247	.000	.028	.128	-.078	-.025	-.034	-.009	.040	-.343	.020	.077	-.371	.077	-.074	.239	.658*	-.117	-
<b>5</b>					-	-.195	-.071	-.242	-	-	-.242	-.105	-.074	-.070	.240	-.015	-.082	-.220	-.119	-.007	-.034	-.173	-.034	.071	.253	.049	.251	.071
<b>6</b>						-	-.300	-.376	.267	.243	-.376	-.406	-.461	-.343	-.106	-.448	-.420	-.193	-.103	-.022	-.336	.405	-.336	.365	.161	.281	.417	.365
<b>7</b>							-	.364	.368	-.113	.364	.050	.117	.282	.095	.155	.521	.326	.308	.322	.314	-.300	.314	-.480	.172	.459	.554*	.480
<b>8</b>								-	.200	.254	1.000**	.204	.415	.176	.075	.273	.669*	.014	.486	.211	.279	-	.279	.124	.179	.042	-.342	.124
<b>9</b>									-	.328	.200	-.038	.087	-.011	-.214	.226	.092	.434	.336	.019	.138	.108	.138	-.063	.146	.026	.069	-
<b>10</b>										-	.254	.173	.196	-.157	-.094	.224	.147	.048	-.131	.086	.149	.097	.149	.039	.242	.319	-.269	.039

	EAGM					EMSSP					BSI					ICAC												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
<b>11</b>											-	.204	.415	.176	.075	.273	.669*	.014	.486	.211	.279	-	.279	.124	-	.042	-.342	.124
																					.595*			.179				
<b>12</b>													.819*	.755*	.617*	.803*	.466	.732*	.286	.671*	.854*	-	.854*		-	.146	-.475	-
													*	*	*	*		*		*	*	.626*	*	-.382	.576	.146	-.475	.382
<b>13</b>														.549	.605*	.848*	.514	.675*	.430	.531	.882*	-	.882*		-	-.204	-	
																*		*		*	*	.812*	*	-.410	.134	.076	-.204	.410
<b>14</b>														.692*	.472	.635*	.671*	.517	.773*	.709*	-	.709*		-	-.392	-		
														*		*	*		*	*		.565*	*	-.510	.685	.105	-.392	.510
<b>15</b>															.431	.429	.427	.549	.766*	.656*	-	.656*		-	.005	-.175	-	
																		*	*	*		.622*		-.255	.309	.005	-.175	.255
<b>16</b>																.388	.676*	.247	.382	.792*		.792*		-	.066	-.229	-	
																	*	*	*	*		-.547	*	-.373	.186	.066	-.229	.373
<b>17</b>																.429	.438	.714*	.639*			.639*		-	-.464	-		
																	*	*	*	*		.682*	*	-.309	.514	.127	-.464	.309
<b>18</b>																			.402	.662*	.859*		.859*		-	-.238	-.607	
																			*	*	*	-.470	*	-.607*	.297	.038	-.238	.607*
<b>19</b>																				.496	.460					-.062	-	
																						-.501	.460	-.153	.129	.181	-.062	.153



*Nota. 1=EAGM- Filho Imaginado; 2= EAGM- Boa Mãe; 3= EAGM- Gravidez como fator de mudança e crescimento pessoal; 4= EAGM- Aspectos difíceis da gravidez e maternidade; 5= EAGM- Relação com a própria mãe; 6= EAGM- Apoio do companheiro; 7= EAGM- Imagem corporal e necessidade de dependência; 8= EMSSP- Subescala OS; 9= EMSSP- Subescala F; 10= EMSSP- Subescala A; 11= EMSSP Total; 12= BSI- Somatização; 13= BSI- Obsessões/Compulsões; 14= BSI- Sensibilidade Interpessoal; 15= BSI- Depressão; 16= Ansiedade; 17= Hostilidade; 18= BSI- Ansiedade Fóbica; 19= BSI- Ideação Paranoide; 20= BSI- Psicoticismo; 21= BSI- Total de Sintomas Positivos; 22= BSI- Índice de Sintomas Positivos; 23= BSI- Índice Geral de Sintomas; 24= ICAC- Aceitação/Rejeição Social; 25= ICAC- Autoeficácia; 26= ICAC- Maturidade Psicológica; 27= ICAC- Impulsividade e Atividade; 28= ICAC Total;*

## **5. Associações entre a satisfação e expectativas parentais, o suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em mães**

Na tabela 8, são apresentadas as correlações entre os constructos do suporte social, bem-estar psicológico, autoconceito e satisfação e expectativas parentais em mães. Existe uma correlação positiva significativa entre a subescala Outros Significativos e a subescala Satisfação Parental,  $r = .752, p = .019$ , o que indica que maior suporte social de outros significativos está associada a maior satisfação parental em mães. Existe uma correlação negativa significativa entre a subescala Amigos e a subescala Ansiedade Fóbica,  $r = -.706, p = .034$ , o que indica que maior suporte social de amigos está associado a menor ansiedade fóbica em mães. Existe uma correlação positiva significativa entre a subescala Amigos e a subescala Expectativas Parentais,  $r = .674, p = .046$ , o que indica que maior suporte social por parte de amigos está associada a maior expectativa parental em mães. Existe uma correlação positiva significativa entre a subescala Total do suporte social e a subescala Satisfação Parental,  $r = .752, p = .019$ , o que indica que maior suporte social está associado a maior satisfação parental em mães.

Existe uma correlação positiva significativa entre e a subescala Total do Autoconceito e a subescala Expectativas Parentais,  $r = .819, p = .007$ , o que indica que maior autoconceito está associado a maior expectativa parental em mães. Existe uma correlação positiva significativa entre a subescala Aceitação/ Rejeição Social e a subescala Expectativas Parentais,  $r = .819, p = .007$ , o que indica que maior aceitação social está associada a maior expectativa parental em mães.

**Tabela 8.**

*Associações entre a satisfação e expectativas parentais, o suporte social, o bem-estar psicológico e o autoconceito em mães- Correlação de Pearson*

		EMSSP				BSI								ICAC						QSEP					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
<b>E</b>	<b>1</b>	-	.193	.473	1.000**	.116	.187	-.371	-.405	-.210	-.033	-.006	-.172	.012	.064	.100	.064	.218	.298	.521	.582	.218	.752*	.550	
	<b>2</b>		-	.227	.193	-.354	.128	.095	-.162	.049	.130	-.399	-.341	.178	-.162	.176	-.162	-.171	-.034	.302	-.002	-.171	-.066	-.086	
	<b>3</b>			-	.473	-.330	-.511	-.326	-.548	-.622	-.644	-.706*	-.457	-.407	-.392	.278	-.392	.469	.055	.072	.062	.469	.572	.674*	
	<b>4</b>				-	.116	.187	-.371	-.405	-.210	-.033	-.006	-.172	.012	.064	.100	.064	.218	.298	.521	.582	.218	.752*	.550	
<b>B</b>	<b>5</b>					-	.330	.381	.671*	.792*	.508	.801**	.777*	.488	.819**	-	.819*	.152	.216	.379	.639	.152	.373	.227	
	<b>6</b>						-	.253	.405	.540	.819**	.626	.598	.679*	.675*	-.749*	*	.152	.216	.379	.639	.152	.373	.227	
	<b>7</b>							-	.647	.541	.616	.486	.556	.723*	.598	-.687*		.598	-.315	-.156	-.377	-.202	-.315	-.358	-.488
	<b>8</b>								-	.833**	.622	.719*	.687*	.758*	.808**	-.814*	.808*	.055	.003	.168	.295	.055	-.224	-.243	
	<b>9</b>									-	.736*	.745*	.752*	.676*	.799**	-.737*	.799*	-.149	.007	.390	.426	-.149	-.047	-.199	
	<b>10</b>										-	.788*	.627	.747*	.720*	-.606	.720*	-.568	-.151	.177	.106	-.568	-.094	-.540	
	<b>11</b>											-	.747*	.672*	.828**	-.691*	.828*	-.199	.108	.154	.373	-.199	-.005	-.268	
	<b>12</b>												-	.606	.878**	.904*	.878*	-.325	-.420	.029	.161	-.325	.130	-.266	
																	*								

	EMSSP				BSI				ICAC				QSEP											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
<b>13</b>															-									
															.856*	.856*								
															*	*								
<b>14</b>																								
<b>15</b>																								
<b>16</b>																								
<b>17</b>																								
<b>18</b>																								
<b>19</b>																								
<b>20</b>																								
<b>21</b>																								
<b>22</b>																								
<b>23</b>																								

\*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

*Nota. 1= EMSSP- Subescala OS; 2= EMSSP- Subescala F; 3= EMSSP- Subescala A; 4= EMSSP Total; 5= BSI- Somatização; 6= BSI- Obsessões/Compulsões; 7= BSI- Sensibilidade Interpessoal; 8= BSI- Depressão; 9= Ansiedade; 10= Hostilidade; 11= BSI- Ansiedade Fóbica; 12= BSI- Ideação Paranoide; 13= BSI- Psicoticismo; 14= BSI- Total de Sintomas Positivos; 15= BSI- Índice de Sintomas Positivos; 16= BSI- Índice Geral de Sintomas; 17= ICAC- Aceitação/Rejeição Social; 18= ICAC- Autoeficácia; 19= ICAC- Maturidade Psicológica; 20= ICAC- Impulsividade e Atividade; 21= ICAC Total; 22= QSEP- Satisfação Parental; 23= QSEP- Expectativas Parentais*

## Discussão

Nesta secção, serão discutidos os principais resultados do presente estudo, que teve como objetivo caracterizar do ponto de vista psicossocial, grávidas e mães no momento de admissão numa associação de apoio a grávidas e mães em situação de vulnerabilidade social.

Quanto à relação entre as características sociodemográficas e à possível relação com a situação de vulnerabilidade psicossocial em que estas mulheres se encontram, os resultados demonstraram que a idade das participantes quando foram mães pela primeira vez variou entre os 14 e os 29 anos, com uma média de 22 anos. Comparando com a idade média nacional da mãe ao nascimento do primeiro filho, com média de 30.7 anos de idade (PORDATA, 2020), as participantes deste estudo estão bastante abaixo da média, o que constitui como um fator de risco para se encontrarem em situação de vulnerabilidade social (Araújo et al., 2008; Faisal-Cury & Menezes, 2006). Outra característica importante das participantes, é a situação laboral, sendo que mais de metade da população alvo (68.2%) encontra-se em situação de desemprego, sendo este um fator preocupante e também ele relacionado com vulnerabilidade psicossocial e de mal-estar psicológico (Almeida et al., 2012; Araújo et al., 2008; Thiengo et al., 2012).

Relativamente aos três primeiros objetivos específicos, foram realizadas caracterizações das variáveis em estudo. Na dimensão vivência psicológica na gravidez, as participantes aparentam ter um *apoio do companheiro* inferior ao esperado (Xavier et al., 1996). Como a população alvo se encontra numa situação de vulnerabilidade psicossocial, é provável que o suporte social seja mais frágil, pois a gravidez transforma os familiares e as suas relações, sendo que a qualidade e quantidade do apoio recebido e percebido neste período, é mais exigente, particularmente em relação ao pai do bebé (Rapoport & Piccinini, 2006). Alguns estudos comprovam o aumento de sintomatologia psicopatológica durante o período da gravidez e maternidade, em relação ao casal e à qualidade e funcionamento da relação influenciando o bem-estar psicológico de ambos os pais (Matthey et al., 2000). É importante referir que a caracterização da amostra auxilia a interpretar esta dimensão, como por exemplo, o número de mulheres com filhos, sendo que a maior parte (59.1%) têm filhos, mas apenas (36.4%) são casadas/vivem com o companheiro, o que nos poderá mostrar que o envolvimento dos pais é mais escasso na partilha diária da vida dos filhos, podendo-se tornar mais difícil para a mulher prestar os cuidados necessários aos filhos, tal como em ter conforto financeiro para tal (Rapoport & Piccinini, 2006).

Ao caracterizar o suporte social de grávidas e mães, verificou-se que os resultados da amostra se encontram dentro do esperado, no entanto, o suporte social de *outros significativos* é inferior comparando com o estudo de Carvalho e colaboradores (2011). Estes resultados, vão ao encontro dos resultados acima destacados, sendo assim coerentes, no que toca à perceção do suporte social vindo de outros significativos, neste caso do companheiro. Constatou-se assim que o suporte social percebido pela população alvo, é semelhante ao da população geral portuguesa, exceto no suporte percebido de outros significativos (e.g., marido/companheiro). Um estudo realizado por Crnic e colaboradores (1983), revelou que o suporte do companheiro está positivamente relacionado com o comportamento eficaz na maternidade e que o suporte social global está associado com uma atitude mais positiva perante a maternidade. O suporte social do companheiro é mais predominante no ajustamento psicossocial neste período de vida das mulheres (Tietjen & Bradley, 1985), o que nos leva a refletir sobre o baixo suporte social percebido em relação aos companheiros pela população alvo. Tendo em conta a situação de vulnerabilidade psicossocial que se encontram, torna-se expectável que tenham um olhar mais negativo sobre a sua rede de suporte, e conseqüentemente, experienciarem menor afeto e dedicação familiar, social e mal-estar, incluindo sintomatologia ansiosa (Tietjen & Bradley, 1985) e depressiva durante a gravidez e pós-parto, e maior probabilidade de existirem complicações durante o parto (Collins et al., 1993).

Na caracterização do bem-estar psicológico, observou-se que todas as dimensões avaliadas, apresentaram valores semelhantes ao estudo de Canavarro (2007), exceto o *Índice de Sintomas Positivos* que expõe valores superiores, afirmando que estas mulheres apresentam bem-estar psicológico e sintomatologia psicopatológica normativa, mas com maior intensidade nos sintomas. Estes resultados vão de encontro à literatura, uma vez que a sintomatologia psicopatológica tende a diminuir com o auxílio do suporte social (Langford et al., 1997). Como foi mencionado no enquadramento teórico, maior satisfação do suporte recebido e percebido, beneficia a manutenção do bem-estar psicológico inclusive em situações de stress, possibilitando assim um melhor ajustamento de comportamentos maternos (Jennings et al., 1991; Viera et al., 2010). No estudo de Agra (2009), confirmou-se uma associação entre o suporte social familiar e a intensidade psicopatológica depressiva pós-parto, sendo que quando uma aumenta a outra variável diminuí. Contudo, pode colocar-se também a hipótese que estes resultados estejam em alguma medida relacionados com a incapacidade das participantes compreenderem, aceitarem ou percecionarem os seus problemas, que poderá dever-se à vulnerabilidade social ou à imaturidade psicológica que as participantes apresentam (referido

posteriormente). Por a gravidez e maternidade serem períodos de transição, crise e *stress*, é considerado normativo existir mal-estar e sintomatologia psicopatológica, como a depressão e a ansiedade, especialmente quando as mulheres experienciam vulnerabilidade social (Augusto et al., 1996), o que não ocorre nesta investigação. Outro dado interessante sobre os resultados obtidos no estudo, é o facto de a maioria (59.1%) das participantes afirmarem que não sofreram de qualquer tipo de problemas de saúde mental antes ou durante a gravidez e/ou pós-parto, algo que na literatura é considerado como um fator de risco e/ou manutenção para o (re)ssurgimento de sintomatologia psicopatológica durante a gravidez (Figueiredo, 2005).

A caracterização do autoconceito apresentou resultados dentro do esperado, exceto na dimensão *maturidade psicológica* com valores inferiores ao estudo comparativo (Silveira & Ferreira, 2011), afirmando assim que as participantes deste estudo apresentam ter um autoconceito semelhante ao grupo normativo, mas com uma maturidade psicológica inferior. Segundo Rocha e colaboradores (2014), as mulheres com mais de 35 anos têm mais maturidade psicológica durante a gravidez e sentem-se mais bem preparadas para o nascimento do filho. Tendo em conta que a idade média das participantes é de 26 anos, esta poderá ser uma razão para a falta de maturidade destas mulheres. Existem diversas investigações sobre o autoconceito com pontos de vista diferentes, afirmando que o autoconceito aumenta ao longo da gravidez e maternidade, que esta dimensão é superior, quando comparado com grupo de mulheres que não eram mães (Alpers, 1998). Outros estudos revelam que o autoconceito difere de mulher para mulher, tendo em conta as suas características pessoais e outros que durante a gravidez e puerpério, o autoconceito tende a diminuir (Holt, 2016). Estes resultados normativos, mas um pouco inesperados devido à vulnerabilidade em que se encontram, poderão dever-se ao facto de as participantes deste estudo poderem estar a descrever o seu autoconceito ideal e não o real (Vaz Serra, 1988).

Na caracterização e análise da satisfação e expectativas parentais, observou-se que a satisfação e as expectativas parentais encontram-se dentro dos parâmetros normativos do estudo de Vieira (2015), o que prediz que as mães do presente estudo, parecem exibir satisfação e expectativas parentais semelhantes em relação aos seus filhos. Belsky (1984) afirma que o suporte do companheiro e a satisfação conjugal influencia a satisfação parental. A satisfação laboral também influencia a satisfação e os comportamentos parentais e otimiza a autoeficácia perante as exigências parentais (Pires, 1990). Assim sendo, poder-se-ia suportar que os resultados deste estudo no que concerne a satisfação e as expectativas parentais fossem

inferiores ao do estudo comparativo. De acordo com Menéndez e colaboradores (2011) os pais que se encontram em vulnerabilidade psicossocial aparentam ter uma percepção distorcida das suas competências parentais tendo repercussões no bem-estar e nas relações familiares. Estes dados, podem anunciar, mais uma vez, a deseabilidade social que afeta a percepção das mulheres no que toca à sua satisfação e expectativas parentais.

Os resultados das caracterizações das dimensões estudadas, levam a questionar se as respostas dadas pelas participantes podem também ser em certa medida atribuíveis a alguma deseabilidade social, imaturidade psicológica, labilidade emocional e ambivalência que é influenciada pela vulnerabilidade social que estas mulheres se encontram (Rato, 1998).

De seguida, será apresentada a discussão relativa aos objetivos quatro e cinco, onde foram realizadas associações entre as variáveis estudadas em relação às grávidas e mães para aferir se existiam relações entre as mesmas.

Relativamente à EAGM verificou-se uma correlação negativa significativa entre a subescala *aspetos difíceis da gravidez e maternidade* e a subescala *maturidade psicológica*. De acordo com a literatura, por a gravidez implicar a presença de sentimentos e mudanças distintas do habitual, a responsabilidade e maturidade psicológica tornam-se necessárias para uma boa adaptação à maternidade (Leite et al., 2014), sendo que a maturidade está fortemente relacionada com ser mãe (Canavarro, 2001); verificou-se também uma correlação negativa significativa entre a subescala *relação com a própria mãe*, a subescala *Família* e com a subescala *Amigos*. Tendo em conta que os pais da grávida, especialmente a mãe, e futuros avós têm um papel importante neste processo, como o apoio financeiro, emocional (Reynolds et al., 2003) e auxílio na familiarização com a maternidade, é expectável que o suporte social por parte da família seja afetado negativamente pela relação com a mãe.

Em relação ao suporte social percebido, verificou-se uma correlação negativa significativa entre a subescala *Outros Significativos* e o *Índice de Sintomas Positivos*, isto poderá dever-se ao facto de a presença e apoio por parte do companheiro ser fundamental para o bem-estar materno, sendo que maior suporte por parte do companheiro está associado a melhor bem-estar psicológico na grávida (Piccinini et al., 2008); verificou-se uma correlação negativa significativa entre a subescala *Total do suporte social* e o *Índice de Sintomas Positivos*. Segundo a literatura, o suporte social percebido da família, amigos e do companheiro está relacionado com o bem-estar da grávida e menor sintomatologia psicopatológica (Gjerdingen

& Chaloner, 1994; Langford et al., 1997). Sentir-se amado pela sua rede social está correlacionado com baixos níveis de ansiedade, depressão e stress (Costa & Ludermir, 2005). Na correlação positiva significativa entre a subescala *Outros Significativos* e a subescala *Hostilidade*, pode-se ter em conta o facto de o companheiro ser a fonte principal de suporte social neste período de vida e por isso poderá suportar com a hostilidade, possivelmente derivada da maternidade (Piccinini et al., 2008). No estudo de Silveira e Ferreira (2011), verificou-se que as grávidas casadas têm mais suporte e menos hostilidade durante a gravidez, comparando com os restantes estados civis.

Relativamente ao bem-estar psicológico na gravidez, verificou-se uma correlação negativa significativa entre as subescalas *Somatização*, *Sensibilidade Interpessoal*, *Psicoticismo* e a subescala *Autoeficácia*. A literatura dá suporte a estes resultados, revelando que o bem-estar psicológico está positivamente relacionado com a autoeficácia (Bandura, 1997) e que níveis mais baixos de autoeficácia estão relacionados com níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica (Salanova et al., 2005). Afirma-se também que a autoeficácia tem implicações positivas nas estratégias de *coping* utilizadas face ao bem-estar psicológico (Pocinho & Capelo, 2009).

Nas associações realizadas com o grupo de mães, verificou-se uma correlação negativa significativa entre a subescala *Amigos* e *Ansiedade Fóbica*. Num estudo realizado por Lopes (2016), apesar de avaliar um público-alvo diferente, revela resultados semelhantes ao do presente estudo, afirmando que quanto maior a perceção do suporte social, menor é a sintomatologia de ansiedade fóbica.

Na subescala Satisfação Parental, verificou-se uma correlação positiva significativa com a subescala *Outros Significativos* e *Total do suporte social*. A satisfação parental está relacionada com a rede de suporte social e as suas interações, como por exemplo com o companheiro, pois ao partilharem ideias sobre a educação e valores dados aos filhos, a mulher percebe a eficácia do companheiro, ficando assim tranquila e satisfeita com o próprio papel parental (Bandura et al. 2011). Segundo a literatura, existe uma relação positiva entre a satisfação parental e o suporte social, podendo afirmar que o suporte social promove comportamentos positivos e consequentemente maior satisfação (Bonds et al., 2002).

Na subescala Expectativas Parentais, verificou-se uma correlação positiva com as subescalas *Amigos*, *Total do Autoconceito* e *Aceitação/ Rejeição Social*. A primeira correlação

deve-se ao facto de o suporte social ser determinante e influenciar o comportamento, satisfação e expectativas parentais (Vieira, 2015). A segunda correlação poderá estar relacionada com o facto de a autoestima fortalecer a autoimagem enquanto mãe, aumentando a integração social e a aceitação das funções parentais (Dias & Lopes, 2003). Na terceira correlação, o conceito social e aceitação social poderá estar relacionado com as possíveis motivações para a entrada na parentalidade como a afirmação e reconhecimento pessoal e social (Ferreira, 2017).

### **Conclusões**

Os resultados apresentados sugerem que as dimensões estudadas e que podem amplificar a vulnerabilidade psicossocial, estão correlacionadas entre si, influenciando-se mutuamente. Verificou-se que o suporte social por parte do companheiro, é crucial para a vivência psicológica na gravidez e para um melhor entendimento do suporte social percebido. No que toca ao bem-estar psicológico na população-alvo, quando existe sintomatologia psicopatológica, a intensidade parece ser superior à população geral portuguesa. As grávidas e mães avaliadas exibem um autoconceito dentro do expectável, porém, a dimensão da maturidade psicológica mostra-se inferior na população-alvo. Relativamente à satisfação e expectativas parentais, as mães deste estudo apresentam valores dentro do normativo no que diz respeito aos seus filhos e à relação com os mesmos. Os resultados mostraram que existiam associações entre as seguintes variáveis: vivência psicológica da gravidez, autoconceito e suporte social; entre o suporte social e o bem-estar psicológico e entre o bem-estar psicológico e o autoconceito. No grupo das mães, confirmou-se que existiam associações entre as seguintes variáveis: suporte social, satisfação e expectativas parentais e bem-estar psicológico, e entre o autoconceito e satisfação e expectativas parentais.

Como pontos fortes do presente estudo, destaca-se a diversidade de instrumentos utilizados, melhorando a perspetiva dos leitores sobre as dimensões que podem ser implicadas numa situação de vulnerabilidade social. Assim, torna-se enriquecedor abordar vários fatores (de risco ou de proteção) que podem influenciar-se entre si, como também as grávidas e mães em situações de grande mudança, como são estas transições mencionadas.

A principal limitação deste estudo prende-se ao número reduzido da amostra, o que poderá ter sido influenciado pela pandemia causada pela COVID-19. Seria pertinente replicar

o estudo com uma amostra maior e mais representativa da vulnerabilidade social, uma vez que, segundo a revisão da literatura realizada, não existe conhecimento de estudos que investiguem as variáveis aqui mencionadas em conjunto. A integração destas dimensões na avaliação e atuação da vulnerabilidade psicossocial, permitirá um melhor auxílio a este público-alvo e no desenvolvimento de um acompanhamento mais eficaz.

Algo a ser melhorado/alterado em futuras investigações, tendo em conta a população alvo, seria a forma (*online*) como os questionários foram aplicados. Apesar de possuir benefícios, como a rápida recolha, ter acesso imediato e não ser necessária a transcrição das respostas para o tratamento de dados, seria uma mais-valia estes questionários terem sido aplicados por alguém com capacidade de explicar e assegurar às participantes de que não existem respostas erradas e assim assegurar a inexistência da desejabilidade social e a diminuição de lacunas, por falta de compreensão ou atenção, nos dados recolhidos. A realização de estudos longitudinais também seria interessante, para que fosse possível analisar as diferenças temporais dos resultados, compreendendo se, as variáveis em estudo se alteravam e/ou progrediam ao longo do acompanhamento prestado por uma associação.

No que diz respeito às implicações para a prática, poderá ser implementado um sistema de apoio, que auxilie o acompanhamento e tratamento psicológico para grávidas e mães em centros saúde ou de apoio aos mais vulneráveis. As associações ou centros de apoio que lidam com mulheres em vulnerabilidade social, poderão receber formação para melhorar as suas competências para lidar com este público-alvo e as necessidades psicossociais, como a saúde mental, necessidades emocionais e sociais, que estas mulheres necessitam, especialmente por serem grávidas e recentes mães. Assim, o acompanhamento e o crescimento de uma relação de respeito e empatia são facilitados. Como o suporte social percebido se revelou escasso neste estudo, e por este ser crucial, poderão ser criados grupos semanais para as mães, e para as grávidas, para poderem ter um espaço de confiança e partilha mútua com outras mulheres que se encontram em situações semelhantes.

## Referências

- Adamsons, K. (2013). Predictors of relationship quality during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *31*(2), 160-171. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791919>
- Agra, S. C. M., Macedo, E. O., & Feliciano, F. C. (2009). Factores de vida e a Intensidade da sintomatologia depressiva no pós-parto [Unpublished Doctoral Dissertation]. ISMT.
- Airosa, S. & Silva, I. (2013). Associação entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stresse e Suporte Social na Maternidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *14*(1), 64-77.
- Aliane, P. P., Ronzani, T. M., Silva, C. S., Silva, G. R., Miranda, D. B., Oliveira, P. F. D., ... & Furtado, E. F. (2008). Avaliação de saúde mental em gestantes. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *1*(2), 113-122.
- Almeida, B. L. D. (2015). Parentalidade e a sua avaliação: contributo para a validação do Inventário sobre Parentalidade de Adultos e Adolescentes (versão 2), para a população portuguesa [Unpublished Doctoral dissertation]. Universidade de Lisboa.
- Almeida, M. S. D., Nunes, M. A., Camey, S., Pinheiro, A. P., & Schmidt, M. I. (2012). Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *28*(2), 385-394. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>
- Alpers, R. R. (1998). The changing self-concept of pregnant and parenting teens. *Journal of Professional Nursing*, *14*(2), 111-118. [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(98\)80039-2](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(98)80039-2)
- Araújo, D. M. R., Pacheco, A. H. D. R. N., Pimenta, A. M., & Kac, G. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *8*(3), 333-340. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000300013>

- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135-141. <https://doi.org/10.1017/S0033291700033778>
- Bandura, A. (1997). "Self-efficacy: The exercise of control". (1st ed). Freeman.
- Bandura, A. (2011). A social cognitive perspective on positive psychology. *Revista de Psicologia Social*, 26(1), 7-20. <https://doi.org/10.1174/021347411794078444>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*. Society for Research in Child Development, 55(1), 83-96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Bonds, D. D., Gondoli, D. M., Sturge-Apple, M. L., & Salem, L. N. (2002). Parenting stress as a mediator of the relation between parenting support and optimal parenting. *Parenting: Science and Practice*, 2(4), 409-435. [https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0204\\_04](https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0204_04)
- Bornstein, M. H., Hahn, C.-S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). *Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead Four-Factor Index of Social Status and The Socioeconomic Index of Occupations*. In M. H. Bornstein & R. H. Bradley (Eds.), *Monographs in parenting series. Socioeconomic status, parenting, and child development* (p. 29–82). (1st ed). Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- BORNSTEIN: Bornstein, M. H. (Ed.). (2005). *Handbook of parenting: volume 3 being and becoming a parent*. (3rd ed). Psychology Press.
- Boss, P., Bryant, C. M., & Mancini, J. A. (2016). *Family stress management: A contextual approach*. (3rd ed). Sage Publications. <http://dx.doi.org/10.4135/9781506352206>
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e Maternidade*. (1st ed). Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. III, pp. 305-330). Quarteto Editora.

CANAVARRO, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI.

Cardoso, A., Paiva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 11-20. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>

Carvalho, J. M. D. N., Gaspar, M. F. R. F., & Cardoso, A. M. R. (2017). Desafios de la maternidad en la voz de las primíparas: dificultades iniciales. *Invest. educ. enferm*, 35(3), 285-294. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05>

Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (2011). Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). *Psychologica*, (54), 331-357. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_13](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13)

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of personality and social psychology*, 65(6), 1243-1258. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.65.6.1243>

Constitution of the World Health Organization. (1948). World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Costa, A. G. D., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 73-79. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>

Cowan, P. A., Powell, D., & Cowan, C. P. (1998). Parenting interventions: A family systems perspective. In W. Damon, I. E. Sigel, & K. A. Renninger (Eds.), *Handbook of child psychology: Child psychology in practice* (pp. 3–72). John Wiley & Sons Inc.

- Crnic, K. A., Greenberg, M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child development*, 54(1), 209-217. <https://doi.org/10.2307/1129878>
- Davis-Kean, P. E. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: the indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of family psychology*, 19(2), 294-304. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.294>
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC pregnancy and childbirth*, 8(3), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-30>
- Dias, A. C. G., & Lopes, R. D. C. S. (2003). Representações de maternidade de mães jovens e suas mães. *Psicologia em estudo*, 8, 63-73. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300009>
- DiPietro, J. A., Novak, M. F., Costigan, K. A., Atella, L. D., & Reusing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child development*, 77(3), 573-587. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00891.x>
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110(1), 3-25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.3>
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(3), 171-178. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000300006>
- Ferreira, J. I. P. (2017). Ser jovem em tempos de mudança: representação dos jovens sobre a vivência da parentalidade. [Unpublished Doctoral Dissertation]. Universidade do Porto.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Estudos e Ensaios em Homenagem a Eurico Figueiredo*, 83-102.

- Giurgescu, C., & Templin, T. (2015). Father involvement and psychological well-being of pregnant women. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, *40*(6), 381-387. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000183>
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. M. (1994). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *Journal of Family Practice*, *38*(5), 465-472.
- Glick, J. E., & White, M. J. (2004). Post-secondary school participation of immigrant and native youth: The role of familial resources and educational expectations. *Social Science Research*, *33*(2), 272-299. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2003.06.001>
- Goodnow, J. J., & Collins, W. A. (1990). *Essays in developmental psychology series. Development according to parents: The nature, sources, and consequences of parents' ideas*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Green, J. M., & Kafetsios, K. (1997). Positive experiences of early motherhood: Predictive variables from a longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *15*(2), 141-157. <https://doi.org/10.1080/02646839708404540>
- Gruen, D. S. (1990). Postpartum depression: A debilitating yet often unassessed problem. *Health & social work*, *15*(4), 261-270. <https://doi.org/10.1093/hsw/15.4.261>
- Grusec, J. (2008). Parents' Attitudes and Beliefs: Their Impact on Children's Development. In M. Boivin, R. Tremblay, R. Barr, e R. Peters (Eds.). *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-8).
- Halbreich, U. (2004). Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research. *CNS spectrums*, *9*(3), 177-184. <https://doi.org/10.1017/S109285290000897X>
- Hoghugh, M. S., & Long, N. (2004). *Handbook of parenting: theory and research for practice*. (1st ed). Sage. <http://dx.doi.org/10.4135/9781848608160>

- Holt, L. (2016). The Role of Self-Concept in the Transition to Motherhood. [Published Doctoral dissertation]. The University of Liverpool.
- Horowitz, J. A., Damato, E. G., Duffy, M. E., & Solon, L. (2005). The relationship of maternal attributes, resources, and perceptions of postpartum experiences to depression. *Research in nursing & health*, 28(2), 159-171. <https://doi.org/10.1002/nur.20068>
- Hudson, D. B., Elek, S. M., & Fleck, M. O. (2001). First-time mothers' and fathers' transition to parenthood: Infant care self-efficacy, parenting satisfaction, and infant sex. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 24(1), 31-43. <https://doi.org/10.1080/014608601300035580>
- Jennings, K. D., Stagg, V., & Connors, R. E. (1991). Social networks and mothers' interactions with their preschool children. *Child Development*, 62(5), 966-978. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01583.x>
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 95-100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A. S. D., Melo, L. P. T. D., & Fialho, A. V. D. M. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em estudo*, 19(1), 115-124. <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>
- Lopes, T. C. D. C. (2016). Empowerment, suporte social e saúde mental em doentes crónicos reumáticos [Unpublished Doctoral dissertation]. Universidade da Beira Interior.
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annual review of psychology*, 51(2), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.1>
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Psiquilíbrios Edições.

- Matsukura, T. S., Marturano, E. M., & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 675-681. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500008>
- Matthey, S.; Barnett, B.; Ungerer, J.; Waters, B. (2000), "Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood", *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75- 85. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00159-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00159-7)
- Menéndez, S., Jiménez, L., & Hidalgo, MV (2011). Estrutura fatorial da escala PSOC (Parental Sense of Competence) em uma amostra de mães usuárias de serviços de preservação familiar. *Revista Ibero-americana de Diagnóstico e Avaliação-e Avaliação Psicológica*, 2(32), 187-204.
- Morgan, M., Matthey, S., Barnett, B., & Richardson, C. (1997). A group programme for postnatally distressed women and their partners. *Journal of advanced nursing*, 26(5), 913-920. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00433.x>
- Muñoz, L. A., Sanchez, X., Arcos, E., Vollrath, A., & Bonatti, C. (2013). Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4), 913-919. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400012>
- Narciso, I. S. B., & Santos, S. V. (2011). Questionário de satisfação e expectativas parentais. Documento Interno, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Negrini, L. S. (2018). Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. Cassidy, J. and Shaver, P. R (3rd ed.), Guilford Press, 2016, 1,068 pp., ISBN 978-1-4625-2529-4. *Infant Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1002/imhj.21730>
- Nichiata, L. Y. I., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F., & Fracolli, L. A. (2008). A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(5), 923-928. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>

- Organización Mundial de la Salud. Subsano las desigualdades en una generación. (2008). *Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/>.
- Pancer, S. M., Pratt, M., Hunsberger, B., & Gallant, M. (2000). Thinking ahead: Complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253- 280. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00097>
- Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, 13(1), 63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>
- Pires, A. A. P. (1990). Determinantes do comportamento parental. *Análise Psicológica*, 4(8), 445-452.
- Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35(2), 351-367. <https://doi.org/10.1590/S1517-97022009000200009>
- PORDATA (2020). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Prati, L. E., Couto, M. C. P., & Koller, S. H. (2009). Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25(3), 403-408. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300014>
- Ramos, M. M., & Canavarro, M. C. (2005). O papel das relações com a família de origem e do suporte social na adaptação à transição para a maternidade.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez, a história interior*. (1st ed). Editora Artes Médicas.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Journal of Human Growth and Development*, 16(1), 85-96. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19783>

- Rato, P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise psicológica*, 3(16), 405-413.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 49(3), 167-180. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00110-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00110-9)
- Rocha, L., Oliveira, Z. M., Teixeira, J. R. B., Moreira, R. M., & Dias, R. B. (2014). Significados nas representações de mulheres que engravidaram após os 35 anos de idade. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 8(1), 30-36. <https://doi.org/10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201405>
- Ross, L. E., Evans, S. G., Sellers, E. M., & Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 51-57. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0155-1>
- Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123. <https://doi.org/10.1080/0264683031000124073>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Salanova, M., Grau, R. M., & Martínez, I. M. (2005). Job demands and coping behaviour: the moderating role of professional self-efficacy. *Psicothema-Oviedo*, 10(1), 1-7.
- SANTOS, A., & CARDOSO, A. (2010). A qualidade de vida e o suporte social da grávida. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, (11), 26-31.
- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M. P., Matthey, S., Kemp, L., ... & Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 26(3), 167-178. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.02.006>

- Seibel, B. L., Falceto, O. G., Hollist, C. S., Springer, P. R., Fernandes, C. L. C., & Koller, S. H. (2017). Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando famílias*, vol. 21, n. 1 (jul. 2017), p. 120-136. <http://hdl.handle.net/10183/185176>
- Serra, A. S. V. (1988). O auto-conceito. *Análise psicológica*, 6(2), 101-110. <http://hdl.handle.net/10400.12/2204>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of educational research*, 46(3), 407-441. <https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Shrauger, J. S., & Schoeneman, T. J. (1979). Symbolic interactionist view of self-concept: Through the looking glass darkly. *Psychological bulletin*, 86(3), 549-573. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.3.549>
- Silveira, C. S. P., & Ferreira, M. M. D. C. (2011). Auto-conceito da grávida-fatores associados. *Millenium*, (40), 53-67.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24(2), 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- SOARES, H. (2008). O Acompanhamento da Família no seu Processo de Adaptação e Exercício da Parentalidade: Intervenção de Enfermagem. [Published Doctoral Dissertation]. Instituto ciências biomédicas Abel Salazar.
- Tamayo, A. (1985). Relação entre o autoconceito e a avaliação percebida de um parceiro significativo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 37(1), 88-96.
- Thiengo, D. L., Santos, J. F. D. C., Fonseca, D. L., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 416-426. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400003>

- Tietjen, A. M., & Bradley, C. F. (1985). Social support and maternal psychosocial adjustment during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 17(2), 109-121. <https://doi.org/10.1037/h0080136>
- Vaz-Serra, A. (1986). O " Inventário Clínico de Auto-Conceito". *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84. <http://hdl.handle.net/10400.4/188>
- Vieira, S. F. (2015). *Stress, satisfação e expectativas parentais em mães e pais de crianças em idade escolar* [Unpublished Doctoral dissertation]. Universidade de Lisboa.
- Viera, C. S., de Mello, D. F., de Oliveira, B. R. G., & de Carvalho Furtado, M. C. (2010). Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v12i1.9487>
- Xavier, M. R., & Paúl, M. C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. IV, 419-424.