



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para a obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Sofia Roa Bustamante*

Porto, Julho de 2023



CATOLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Sofia Roa Bustamante*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
*Prof<sup>a</sup>. Doutora Alexandra Carneiro e*  
*Prof<sup>a</sup>. Doutora Mariana Negrão*

Porto, Julho de 2023

## **Agradecimentos**

À Professoras Doutoras Alexandra Carneiro e Mariana Negrão por toda a disponibilidade, o encorajamento e a ajuda nesta etapa tão importante para minha formação profissional e meu crescimento pessoal.

A mi mamá, ¡Mami ya estoy volando! Gracias por dejarte el corazón por mí, eres mi orgullo mamá. Espero algún día poder retribuirte lo.

A mi papá, ¡Pa, lo logramos! Gracias por nunca soltarme la mano y por todas tus palabras de aliento. Espero poder un día ser tan grande como tú.

A Cila, como me lo dijiste una vez, también yo, solo espero yo quererte abue.

A mi familia y a todas las personas maravillosas que han sido parte de este proceso solo puedo expresarles mi más profunda gratitud.

## **Resumo**

A transição para a maternidade representa um período de desafios e mudanças biopsicossociais na vida da mulher. No caso das mulheres em situação de vulnerabilidade social estas mudanças podem ser ainda mais evidentes e desafiantes, afetando a vivência psicológica da gravidez e o seu bem-estar. O presente estudo teve por objetivo explorar o bem-estar psicológico de mulheres ou mães em situação de vulnerabilidade psicossocial. Participaram 175 mulheres grávidas ou mães de crianças até 18 meses sinalizadas numa IPSS de apoio à maternidade em situação de vulnerabilidade psicossocial da zona norte de Portugal. Os resultados deste estudo evidenciaram a existência de associações entre o autoconceito, o suporte social percebido, a satisfação parental, a vivência psicológica da gravidez e a sintomatologia psicopatológica. Quanto à evolução temporal destas dimensões verificou-se que existiu diminuição no suporte social percebido e na sintomatologia psicopatológica do primeiro para o segundo momento temporal do estudo.

**Palavras-Chave:** Transição à Maternidade; Vulnerabilidade Social; Vivência Psicológica da Gravidez; Bem-Estar na Gravidez e Maternidade

## **Abstract**

The transition to motherhood represents a period of challenges and biological, psychological and social changes in women's lives. These changes can become more challenging in social vulnerability, affecting women's psychological experience of pregnancy and their well-being. The present study aimed to explore the psychological well-being of pregnant women or mothers in psychosocial vulnerability. This study considered two different temporal moments. 175 pregnant women and mothers of children up to 18 months participated in the study. It was developed in Portugal with the support of an Institution of Social Solidarity that supports maternity on vulnerable conditions. The results of this study showed the existence of associations between self-concept, perceived social support, parental satisfaction, the psychological experience of pregnancy and psychopathological symptoms. A decrease in the perceived social support and in psychopathological symptoms was also identified throughout the study moments.

**Keywords:** Transition to Motherhood; Social Vulnerability; Psychological Experience of Pregnancy; Well-Being in Pregnancy and Motherhood

## Resumé

La transition vers la maternité représente une période de défis et de changements biopsychosociaux dans la vie de la femme. En cas de situation de vulnérabilité sociale ces changements peuvent être plus difficiles et plus évidents, en impactant le vécu psychologique de la grossesse et le bien-être de la femme. La présente investigation vise donc à étudier le bien-être psychologique des femmes enceintes et des mères en situation de vulnérabilité psychosociale. Cette investigation a été réalisée à partir de l'étude de ces femmes au cours de deux moments différents. Lors de cette étude 175 femmes enceintes ou mères d'enfants de moins de 18 mois ont participé. Elle s'est déroulée au Portugal avec la collaboration d'une Institution de Solidarité Sociale spécialisée dans le soutien à la maternité en situation de vulnérabilité psychosociale. Les résultats de cette étude ont mis en évidence l'existence d'associations entre le concept de soi, le soutien social perçu, la satisfaction parentale, le vécu psychologique de la grossesse et la symptomatologie psychopathologique. Une diminution du support social perçu et de la symptomatologie psychopathologique a également été constatée tout au long de l'étude.

**Mots - Clés :** Transition à la maternité; Vulnérabilité Sociale; Expérience Psychologique de la Grossesse; Bien-Être pendant la Grossesse et la Maternité

## Índice

Introdução .....	10
I. Estado da Arte .....	11
1. Mudanças da Gravidez e da Maternidade.....	11
2. O Papel da Vulnerabilidade Social .....	13
3. Suporte Social na Gravidez e Maternidade.....	14
4. Psicopatologia na Gravidez e Maternidade.....	15
5. Expectativas e Satisfação Parental.....	16
II. Método .....	17
1. Amostra .....	18
2. Instrumentos .....	19
2.1 Questionário Sociodemográfico (Rolo et al., 2020) .....	19
2.2 Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM; Xavier & Paúl, 1996) .....	19
2.3 Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC; Vaz Serra, 1986) .....	20
2.4 Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (EMSSP; Carvalho et al., 2011) .....	20
2.5 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory; BSI; Derogatis, 1975; versão portuguesa de Canavarro, 1999) .....	20
2.6 Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais (QSEP; Narciso & Santos, 2011) .....	21
3. Procedimentos de Recolha de Dados .....	22
4. Procedimentos de Tratamentos de Dados.....	23
III. Resultados .....	23
1. Análise de correlações do momento inicial .....	23
1. Análise de correlações 6 meses após o início do acompanhamento .....	26
2. Análise de correlações entre os dois momentos .....	27
3. Análise de diferenças entre os dois momentos .....	30
IV. Discussão .....	34
V. Conclusões .....	39
VI. Referências Bibliográficas .....	43

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Correlações do momento inicial de contato das participantes com a IPSS .....	25
Tabela 2: Correlações 6 meses após o início do acompanhamento .....	26
Tabela 3: Correlações entre o momento inicial e 6 meses após acompanhamento .....	28
Tabela 4: Diferenças entre os dois momentos de estudo .....	30
Tabela 5: Diferenças no Suporte Social Percebido e na Sintomatologia Psicopatológica ...	32

## **Lista de Abreviaturas**

**IPSS** - Instituição Particular de Solidariedade Social

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

**ICAC**- Inventário Clínico de Autoconceito

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

**BSI**- Inventário de Sintomas Psicopatológicos

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

**MI** - Momento inicial de contato das participantes com a IPSS

**M6** - Momento passados seis meses após o MI

## Introdução

A transição para a maternidade consolida-se como um período de muitas mudanças, tanto a nível biológico, como psicológico e social (Guerra et al., 2014; Merighi et al., 2006). Estas mudanças trazem consigo diferentes desafios, reajustamentos e reestruturações, podendo significar momentos de maior vulnerabilidade da mulher, podendo também provocar dificuldades ao nível da saúde mental e do bem-estar.

A saúde mental e o bem-estar durante a gravidez e a maternidade podem também se ver afetadas pelas condições e pelo contexto de vida da mulher (Aftab et al., 2012; Alvarenga et al., 2018; Benatti et al., 2020). As mulheres que vivenciam situações de instabilidade e insatisfação habitacional, baixo nível de escolaridade, dificuldades econômicas/financeiras e empregos precários tem maiores probabilidades da sua saúde mental se ver comprometida, o que pode também afetar a saúde do bebê. Adicionalmente, a vivência psicológica da maternidade em situações de vulnerabilidade supõe, em alguns casos, sensação de desamparo, solidão e frustração (Aching & Granato, 2016; Matsukura et al., 2002). Neste tipo de contextos a maternidade pode ser, por vezes, percebida como um acontecimento negativo, vivenciado com resignação, o que se consolida como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e depressão (Mendoza-Sassi et al. 2007; Muñoz et al., 2013).

No entanto, a adoção de fatores protetores pode facilitar a experiência das dificuldades da gravidez e da maternidade encontradas na vulnerabilidade psicossocial (Aftab et al., 2012; Alvarenga et al., 2018; Benatti et al., 2020; Rodrigues et al., 2019). O suporte social percebido pode ser considerado como um fator protetor ao nível instrumental, emocional e afetivo, assim como um recurso de coping face a situações adversas da maternidade (Airosa & Silva, 2013; Campos & Féres-Carneiro, 2021; Cardoso & Vivian, 2017). Por outro lado, o autoconceito pode se enquadrar como um fator favorecedor na vivência da gravidez e maternidade, sendo que é um moderador no ajustamento psicológico (Silveira & Ferreira, 2011; Wills & Petrakis, 2019). Finalmente, uma boa satisfação parental e expectativas parentais adequadas podem beneficiar a relação mãe-bebê e a experiência da maternidade (Pancer et al., 2000; Yamamoto & Holloway, 2010).

No entanto, a literatura que tenta ligar estes fatores entre si é bastante limitada na atualidade. Para compreender de forma mais aprofundada a vivência psicológica da transição para a maternidade, é

necessário não só compreender a influência ambiental e ecológica, mas também a possível interligação ou interdependência destes fatores e como podem afetar no bem-estar psicológico da nova mãe. O objetivo do seguinte estudo centra-se em tentar de estudar a relação destes fatores, o seu comportamento e estabilidade ao longo do tempo. Tudo isto através duma comparação de dois tempos de observação, correspondentes a diferentes períodos na experiência da nova maternidade, nomeadamente, o primeiro momento de atendimento das participantes numa instituição (IPSS) de apoio à maternidade em situação de vulnerabilidade psicossocial da zona norte do Porto (Portugal), e 6 meses após este contato inicial. O estudo contou com a participação de 175 grávidas e mães de crianças até 18 meses em situação de vulnerabilidade psicossocial.

## **I. Estado da Arte**

### **1. Mudanças da Gravidez e da Maternidade**

O vínculo e a ligação afetiva entre mãe e filho começa a desenvolver-se durante a gravidez (Cordeiro, 2002; Justo, 1990; Meireles & Costa, 2004; Pereira et al., 1999). A mulher vivencia um tempo de preparação para o novo papel que irá desempenhar enquanto mãe, sendo que, mais concretamente, inicia uma reestruturação das suas relações de forma a incluir o novo membro, incorporar na sua identidade a existência do filho e, ao mesmo tempo, aprender a aceitá-lo como uma pessoa independente de si (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005; Condon & Corkindale, 1997). No entanto, a gravidez e a transição para a maternidade consolidam uma etapa associada à vivência de uma crise de desenvolvimento, visto que a mulher se vê confrontada com um nível considerável de mudanças significativas no seu equilíbrio psicológico, biológico e social, num curto período de tempo (Guerra et al., 2014; Merighi et al., 2006). Desta forma, esta é uma etapa que pode ser geradora de insegurança, desconforto e stress (Dunkel-Schetter et al., 1996; Rapoport & Piccinini, 2006), bem como impactar a mulher nas suas dimensões interpessoal, social e laboral (Campos & Féres-Carneiro, 2021; Cardoso & Vivian, 2017; Meireles & Costa, 2004; Morais et al., 2017; Piccinini et al., 2008; Rapoport & Piccinini, 2006). Assim, o filho torna-se parte do centro da vida da nova mãe e ela deixa de ter tanto controlo sobre seu próprio ritmo diário. Os hábitos e experiências sociais e relacionais da mulher transformam-se, sendo, às vezes, restritos ou suplantados pelas necessidades do bebé.

O autoconceito tem um papel moderador no ajustamento psicológico da mulher, facilitando a transição para a maternidade (Silveira & Ferreira, 2011; Wills & Petrakis, 2019). Hocking (2007) afirma, que a gravidez pode alterar significativamente a forma como uma mulher se vê, bem como a forma como se sente em relação a si mesma, visto que a identidade de mãe é acrescentada ao seu autoconceito. As mudanças da maternidade e dos papéis sociais desta etapa vêm acompanhadas por alterações ao nível intrínseco e de identidade pessoal, fazendo deste um processo de transição desenvolvimental (Mascoli, 1990; Silveira & Ferreira, 2011; Wills & Petrakis, 2019). Pode haver um aumento da vulnerabilidade da mulher para o desequilíbrio emocional e comportamental, e um incremento nas dificuldades ao nível da saúde mental e do bem-estar da mulher (Aliane et al., 2008; Condon & Corklindale, 1997; Guerra et al., 2014; Morais et al., 2017). Por este motivo é um período que supõe a construção de um conjunto de comportamentos adaptativos face aos desafios impostos por esta nova fase que transforma o funcionamento e o desenvolvimento psicológico da mulher (Carvalho et al., 2017; Condon & Corklindale, 1997; Cranley, 1981; Meireles & Costa, 2004).

A forma de vivenciar estas adversidades está sujeita às características próprias de cada mulher, como por exemplo, o seu ambiente de vida ou se sua gravidez é desejada e/ou planeada (Fischer et al., 1999). A forma como a mulher lida com estas situações é um fator determinante na construção da maternidade, na relação mãe-filho/a e até no próprio exercício ativo do papel materno (Piccinini et al., 2008). Neste sentido, a gravidez e a maternidade enquadram processos de acomodação contínuos entre expectativas e realidade (Meireles & Costa, 2004; Saraiva Carvalho et al., 2006).

Por fim, importa ainda referir que a vivência da gravidez e da maternidade também pode ser impactada por fatores sociodemográficos, tais como a idade, o nível de escolaridade e a situação laboral (Aching et al., 2016; Coutinho & Parreira, 2011). Esta etapa pode representar um maior desafio quando a maternidade se desenvolve num contexto de vulnerabilidade psicossocial, dado que o exercício da maternidade se vê dificultado por toda uma gama de desafios relacionados a condições de vida mais precárias (Aching et al., 2016). Muñoz et al. (2013), associam a vulnerabilidade social a maiores níveis de stress e de ansiedade na mãe durante a gravidez.

## 2. O Papel da Vulnerabilidade Social

Cruz (1990), estabeleceu que para compreender a vivência psicológica da gravidez e da maternidade de cada mulher é essencial considerar a sua história pessoal e familiar, a idade, o contexto sociodemográfico e socioeconómico, se se trata de uma gravidez (in)desejada e planeada e se houve anteriormente dificuldades em engravidar, abortos ou condições de saúde desfavoráveis. Este conceito liga-se à teoria de Bronfenbrenner (1979), que defende que os processos psicológicos devem ser compreendidos nos sistemas em que cada indivíduo se insere, considerando, assim, a influência ambiental e ecológica.

Segundo Matheson et al. (2006), viver num ambiente de altos níveis de privação material e instabilidade residencial, está associado a maior sintomatologia depressiva. As dificuldades financeiras, o nível baixo de escolaridade e a insatisfação habitacional, consolidam-se como fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações depressivas e ansiosas (Aftab et al., 2012; Tanya Nagahawatte & Goldenberg, 2008).

Alvarenga e colaboradores (2018) desenvolveram um estudo com 60 mães de duas comunidades socialmente vulneráveis de Salvador, no Brasil, e concluíram que quanto maior fosse a exposição a condições sociais adversas, maior seria a sintomatologia psicopatológica das mães. Benatti et al. (2020), num outro estudo, verificam que em contextos de vulnerabilidade social a mãe ideal pode ser entendida como aquela que é responsável pela disciplina, cuidado e educação dos filhos, além de ser a encarregada dos deveres domésticos. Os autores concluíram que o significado atribuído à maternidade nesses contextos pode ter como consequência uma maior sobrecarga de papéis para as mulheres.

Em situações de vulnerabilidade social, a maternidade pode ser percebida como um acontecimento negativo, inesperado, vivenciado com resignação e angústia (Muñoz et al., 2013). Nestes contextos, para algumas mulheres, a maternidade traz consigo sentimentos de desamparo, abandono e solidão, fatores que podem provocar desorganização interior e ruptura de vínculos (Aching & Granato, 2016; Morais et al., 2017; Muñoz et al., 2013). Estas situações constituem um fator de risco no desenvolvimento da relação entre a mãe e a criança e podem também representar uma fonte de preocupações/stress, um fator de declínio do bem-estar emocional (Aftab et al., 2012).

Este tipo de constructos é particularmente importante quando se está perante o caso de mulheres

migrantes, visto que os desafios que trazem consigo as transições para a maternidade podem-se acumular com possíveis dificuldades relacionadas com o processo da imigração (Lechner, 2005). Nestes casos, as mulheres podem vivenciar então uma dupla transformação tendo que cuidar e construir a maternidade e simultaneamente realizar tarefas de adaptação à sua nova realidade. A comunicação, as diferenças culturais e as diferentes práticas de saúde são alguns dos desafios com os quais se podem confrontar (Coutinho & Parreira, 2011; Lechner, 2005). Pode acrescer, ainda, que na maioria dos casos as mulheres se encontrem longe da sua rede de suporte social o que pode levar a mais experiências de sentimentos de solidão e de mal-estar psicológico (Coutinho & Parreira, 2011).

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

O suporte social consolida-se como uma composição multidimensional que engloba não só a disponibilidade de sistemas ou redes de indivíduos que oferecem apoio ou assistência, mas também figuras ou entidades que possibilitam informação, proteção e estratégias ao indivíduo (Airosa & Silva, 2013; Barrera, 1986; Pierce et al., 1996; Rapoport & Piccinini, 2006). O suporte social pode ser do tipo formal ou informal, e pode incluir elementos da família, amigos, centros de saúde ou centros comunitários, grupos/associações culturais, políticas, religiosas e de lazer (Rapoport & Piccinini, 2006).

Existem diferentes tipos de suporte social, diferenciados pelo tipo de apoio proporcionado, tais como, apoio emocional, instrumental e informacional (Dunkel-Schetter et al., 1996). No entanto, para compreender realmente a composição da rede de suporte social de um indivíduo é necessário ter em conta o suporte social disponível, o suporte social recebido, e o suporte social percebido (Airosa & Silva, 2013; Barrera, 1986; Dunkel-Schetter et al., 1996; Pierce et al., 1996).

O suporte social percebido é um elemento fundamental na vida de um indivíduo durante períodos de transição significativos (Rapoport & Piccinini, 2006). A gestação, o parto, e o pós-parto, são momentos de grandes mudanças e vulnerabilidade para a mulher, pelo que a rede de suporte social percebido desenvolve um papel essencial nos ajustamentos e adaptações da vida (Airosa & Silva, 2013; Campos & Féres-Carneiro, 2021; Meireles & Costa, 2004; Rapoport & Piccinini, 2006). Desta forma, sentir apoio durante a transição para a maternidade pode ter um impacto positivo no

bem-estar da mulher. As redes de apoio e de suporte social são consideradas como fatores de proteção a nível instrumental, emocional e afetivo (Campos & Féres-Carneiro, 2021; Cardoso & Vivian, 2017). Num estudo de Airosa & Silva (2013), foi identificado que quanto maior a satisfação com as redes de suporte social menores os sintomas de depressão, stress e ansiedade na mulher, tanto durante a gravidez como durante o pós-parto. O suporte social pode ser compreendido como um recurso de coping face as transições e desafios da maternidade.

Matsukura et al. (2002) identificam que as dificuldades económicas são fatores que podem influenciar o suporte social percebido de um indivíduo. As participantes deste estudo (mães) que auferiam quatro vezes mais do que o salário mínimo, apresentaram redes de suporte social maiores do que as mães com menor rendimento. Além disto, as redes de suporte social foram percebidas de forma mais satisfatória pelas mulheres com maior poder económico. Isto pode ser exacerbado em casos de mulheres migrantes, na medida em que além de possíveis dificuldades económicas, acresce-se o facto de se encontrar longe do seu círculo social (Coutinho & Parreira, 2011; Lechner, 2005).

#### **4. Psicopatologia na Gravidez e Maternidade**

Num estudo realizado por Goodman e colaboradores (2014) foi demonstrado que as perturbações de ansiedade e a sintomatologia ansiosa podem ser frequentes durante a gravidez e a maternidade. Sendo que, este tipo de perturbações, podem ser influenciadas por fatores psicossociais como o suporte social percebido, assim como por outros fatores como a situação socioeconómica e o nível de escolaridade (Donelli et al., 2017). Alder et al. (2007) associaram, ainda, a sintomatologia ansiosa a fatores como o parto prematuro, a pré-eclampsia, complicações obstétricas e condições que possam colocar em risco o bem-estar do bebé ou da mãe. A ansiedade materna consolida também um fator de risco no desenvolvimento durante a infância, e pode impactar negativamente na relação mãe-filho (Flores et al., 2013).

Adicionalmente, Coelho et al. (2011) expõem que a ansiedade pode constituir um fator preditivo para a depressão na maternidade. Segundo Degner (2017) e Kahn et al. (2000), a sintomatologia depressiva durante a transição para a maternidade afeta cerca de 35% das mulheres. Ademais, segundo estes autores, pelo menos 15% das mulheres experienciam depressão pós-parto (Kahn et

al., 2000). A isto pode, ainda, adicionar-se o risco de desenvolvimento deste tipo de perturbações em situações de vulnerabilidade social, *stress*, baixo suporte social, conflitos conjugais (ou de violência doméstica), gravidez não desejada, e complicações obstétricas, (Arrais & de Araujo, 2017; Cantilino et al., 2010; Pereira & Lovisi, 2008).

Face as perturbações de ansiedade e depressão na maternidade tem se identificado como fatores protetores a estabilidade económica, a existência de um sistema de apoio familiar e social disponível, a intervenção psicológica, e uma relação conjugal saudável (Arrais & de Araujo, 2017; Sousa et al., 2011). Nesta lógica, num estudo realizado por Pereira et al. (1999) foi constatado que face a perturbações de ansiedade ou depressão, quanto maior for o suporte social da grávida, menor será a sintomatologia vivenciada. Da mesma forma, o estudo indica que quanto melhor for o relacionamento da grávida com seu cônjuge, menor será a sintomatologia deste tipo de perturbações.

## **5. Expectativas e Satisfação Parental**

A satisfação parental pode ser definida como uma sensação de sucesso e gratificação das mães logo após a concretização das expectativas em relação às suas responsabilidades enquanto mães (Goodnow & Collins, 1990). Esta satisfação estrutura-se através da articulação da coerência entre os valores educativos e a transmissão desses valores (Cruz, 2005). No entanto, a maternidade é vivenciada por cada indivíduo de forma única, porém o nível de satisfação de cada mãe varia em função da sua individualidade e das suas próprias experiências.

Yanamoto & Holloway (2010) expõem que as expectativas e a satisfação parental evoluem no tempo em função, não só da adaptação na transição para a parentalidade, mas também no decorrer da aquisição de novas competências no desenvolvimento do papel de mãe. Num estudo desenvolvido por Pancer et al., (2000), os autores determinaram uma associação positiva entre as expectativas parentais positivas e o ajustamento positivo ao papel de mãe. Do mesmo modo, o ajustamento negativo ao papel de mãe foi associado com expectativas parentais negativas.

Segundo a literatura, diferentes fatores podem influenciar a satisfação parental, como por exemplo as características individuais da mãe, o contexto social familiar, o suporte social percebido, o *stress*,

as expectativas e o sentimento de competência parental (Belsky, 1984; Raikes & Thompson, 2005). No que toca ao contexto social, Aparício et al. (2016) e Bornstein et al. (2003) advogam que as mães em situações de vulnerabilidade social têm maior tendência a desenvolver crenças limitantes relativamente às suas competências e capacidades parentais, o que pode impactar negativamente a autoeficácia e o autoconceito. Paralelamente, apresentar níveis baixos de satisfação parental está relacionado com um sentimento de impotência e aumento na complexidade do desenvolvimento do papel de mãe (Hudson et al., 2001). A insatisfação parental pode impulsionar também o sentimento de sobrecarga e pode enquadrar-se como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos e mal-estar psicológico (Raikes & Thompson, 2005; Rogers & Matthews, 2004).

Podemos identificar uma multiplicidade de fatores que podem influenciar a vivência da gravidez e maternidade, sendo esta uma etapa complexa e única. O autoconceito, o suporte social, a sintomatologia psicopatológica e a satisfação/ expectativas parentais parecem influenciar o bem-estar da mulher na transição para a maternidade. Todos estes fatores parecem ter uma importância significativa, sobretudo perante situações de vulnerabilidade social. No entanto, são poucas as investigações que estudam a possível relação dos fatores acima citados, o que dificulta a compreensão geral e integrada da vivência psicológica da transição para a maternidade em contexto de vulnerabilidade, assim como o impacto sobre o bem-estar da mulher. Nesta lógica, o presente estudo tem a intenção de estudar a relação e a evolução destes fatores em grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial.

## **II. Método**

O principal objetivo deste estudo é explorar o bem-estar psicológico de mulheres grávidas ou mães em situação de vulnerabilidade psicossocial.

Uma vez o objetivo geral estabelecido definiram-se os seguintes objetivos específicos: **(1)** analisar a associação entre a vivência psicológica da gravidez, o autoconceito, o suporte social percebido, a sintomatologia psicopatológica e a satisfação e expectativas parentais de grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial no momento do início do acompanhamento na instituição; **(2)** analisar a associação entre o autoconceito, o suporte social percebido, a sintomatologia

psicopatológica e a satisfação e expectativas parentais de grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial após seis meses de acompanhamento na instituição; (3) analisar a associação entre a vivência psicológica da gravidez, o autoconceito, o suporte social percebido, a sintomatologia psicopatológica e a satisfação e expectativas parentais de grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial no início do acompanhamento e após seis meses de acompanhamento na instituição; (4) explorar diferenças em termos do autoconceito, do suporte social percebido, da sintomatologia psicopatológica e da satisfação e expectativas parentais de grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial no início do acompanhamento e após seis meses de acompanhamento na instituição.

## 1. Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 175 mulheres grávidas ( $N = 127$ ; 72.6%) ou mães de crianças até os 18 meses de idade ( $N = 24$ ; 13.8%), utentes de uma IPSS de apoio à maternidade em situação de vulnerabilidade psicossocial na zona Norte de Portugal. As participantes encontravam-se a ser acompanhadas pela instituição onde o estudo decorreu por estarem a vivenciar uma situação de vulnerabilidade psicossocial. É importante referir que durante o estudo todas as participantes residiam em Portugal.

A idade média das participantes é de 29 anos ( $DP = 5.4$ ), variando entre 17 e 42 anos. Relativamente à nacionalidade, 60.9 % é brasileira, 21.2% portuguesa, 14% são provenientes de diferentes países africanos (antigas colónias portuguesas), e 3.9% é de nacionalidade latino-americana. Quase a totalidade das participantes (87.7%) reside em Portugal há 5 anos ou menos. Quanto ao estado civil, a maioria são casadas ou residem com seu companheiro (58.3%). Relativamente à escolaridade 36.4% completaram o Ensino Secundário, 11.3% o Ensino Profissional e 31.8% o Ensino Superior. 64.2% das participantes encontravam-se desempregadas no momento de realização do estudo. Por outro lado, a grande maioria das participantes percepciona seu conforto económico como baixo ou médio-baixo (88.8%). Em termos familiares 35.5% das participantes refere ter família em Portugal, sendo que de destas, 35.2% refere não ter contato ou ter contato com a família apenas em épocas especiais (e.g., aniversários, natal).

No primeiro momento de contato com a IPSS, 72.6% das participantes encontravam-se grávidas,

com uma média de 27 semanas de gestação ( $DP= 7.6$ ), sendo que 70.9% relatam que se tratava duma gravidez não planeada: 54.3% expressa que a gravidez foi desejada tanto por ela própria como pelo seu companheiro. Mais da metade (53%) das participantes já tem outros filhos.

Quanto a queixas ou problemas de saúde mental experienciados previamente, durante ou após a gravidez, a maior parte das participantes (64.2%) referem não ter apresentado problemas relativos à saúde mental em nenhum dos momentos. Contudo, 11.3 % expressam ter tido apresentado problemas de saúde mental durante a gravidez e 8.6% referiu ter evidenciado problemas de saúde mental antes da gravidez.

## **2. Instrumentos**

### **2.1 Questionário Sociodemográfico (Rolo et al., 2020)**

O Questionário Sociodemográfico (Rolo et al., 2020) é composto por 18 perguntas que permitem recolher dados de caracterização sociodemográfica (e.g., nacionalidade, escolaridade, estatuto profissional, idade e estado civil), familiar (e.g., tem família em Portugal, com que frequência contata aos seus familiares, número de filhos e as suas idades), social (e.g., está alguém presente consigo nas consultas), da gravidez (e.g., como foi/está a ser a sua gravidez, foi planeada, foi desejada) e dos cuidados de saúde durante a gravidez (e.g., recebeu/está a receber acompanhamento e cuidados por profissionais de saúde durante a gravidez, teve/tem alguma queixa/problemas de saúde antes ou durante a gravidez ou pós-parto).

### **2.2 Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (EAGM; Xavier & Paúl, 1996)**

A Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (Xavier & Paúl, 1996) tem por objetivo compreender a vivência psicológica da gravidez (e.g., “Penso que vou ser uma boa mãe”, “Estar grávida é um enorme desgaste psicológico”, “Este bebé vai alterar a minha vida”, “Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto”). Esta escala é constituída por 42 itens, que se dividem em 7 subescalas diferentes: o filho imaginado; boa mãe; gravidez como fator de mudança e/ou de crescimento pessoal; aspectos difíceis da gravidez e/ ou da maternidade; relação com a própria mãe; apoio do marido e/ou companheiro; e imagem corporal e necessidade de dependência. Cada uma destas subescalas é composta por 4 a 9 itens. As respostas seguem um formato de tipo Likert de 4 pontos, sendo 1= Sempre, 2= Muitas vezes, 3= Poucas vezes e 4= Nunca. Quanto maior

pontuação obtida menor será o ajustamento à gravidez e à maternidade. Esta escala apresenta bons resultados de consistência interna, com valores entre .58 na subescala imagem corporal e necessidade de dependência, e .76, na subescala de o bebé imaginado (Xavier & Paúl, 1996).

### **2.3 Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC; Vaz Serra, 1986)**

O Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1986), é composto por 20 itens e visa aportar informação sobre o autoconceito (e.g., “Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades”, “Considero-me competente naquilo que faço”, “Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões”). A escala de resposta é de tipo Likert e as respostas medem o nível de concordância dos participantes face aos itens, sendo 1= Não Concordo, 2= Concordo Pouco, 3= Concordo Moderadamente, 4= Concordo Muito e 5 = Concordo MUITÍSSIMO. Em termos de resultados, quanto maior o valor obtido, mais elevado será o autoconceito. O questionário apresenta uma boa consistência interna com um valor de .79 no coeficiente de Spearman (Vaz Serra, 1986).

### **2.4 Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (EMSSP; Carvalho et al., 2011)**

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Carvalho et al., 2011) tem por objetivo, avaliar o suporte social percebido. A EMSSP é composta por um total de 12 itens divididos em 3 subescalas, cada uma correspondente a uma rede de suporte social diferente, nomeadamente, suporte familiar (F) (e.g., “Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família”, “Posso falar dos meus problemas com a minha família”), suporte de amigos (A) (e.g., “Os meus amigos realmente procuram ajudar-me”, “Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal”) e suporte de outros significativos (OS) (e.g., “Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito”) . Para a cotação desta escala de tipo Likert de 7 pontos, é necessária à média total de itens para o score global, e a média para cada escala. A versão portuguesa da EMSSP, apresenta uma boa consistência interna, com valores entre .85 e .95, no reteste os alphas de Cronbach variam entre .87 e .95 (Carvalho et al., 2011).

### **2.5 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory; BSI; Derogatis, 1975; versão portuguesa de Canavarro, 1999)**

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) tem por objetivo avaliar sintomas psicopatológicos (e.g., entrar facilmente em discussão, ter dificuldade em se concentrar, sentir

necessidade de verificar várias vezes o que faz, dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes, perder o apetite, sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas, etc.). O BSI é um inventário de autorrelato de sintomas constituído por 53 itens, que permite conhecer o estado psicológico dos respondentes, permitindo também a monitorização das mudanças nos comportamentos e sintomas psicológicos dos indivíduos. Este inventário permite obter informação quanto a nove dimensões de sintomas e três índices globais. Cada item do BSI é classificado numa escala de cinco pontos, que varia de Nada (0) até Extremamente (4).

As 9 dimensões de sintomas deste inventário são: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo. Existem ainda 3 índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP). No estudo de adaptação para a população portuguesa, a consistência interna das dimensões de sintomas varia entre 0.62 e 0.80 (alpha de Cronbach) (Canavarro, 2007).

## **2.6 Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais (QSEP; Narciso & Santos, 2011)**

O Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais (Narciso & Santos, 2011) é composto por seis questões: três relativas à satisfação parental (e.g., “Relativamente à relação com o meu filho, sinto-me”) e três relativas às expectativas parentais (e.g., “O desempenho do meu papel como mãe é”). Este questionário tem como objetivo avaliar a satisfação da figura parental relativamente à relação com seu filho, ao seu comportamento, e ao desempenho do papel parental. Por outro lado, avalia o confronto entre a expectativa e a realidade percebida pela figura parental relativamente à relação com seu filho, ao seu comportamento, e ao desempenho do papel parental. É utilizada uma escala de resposta de tipo Likert de 5 pontos. Nas perguntas correspondentes à satisfação parental a cotação varia entre o valor de 1 que corresponde a Muito Insatisfeito e 5 que corresponde a Muito Satisfeito. No que toca às perguntas sobre as expectativas parentais, 1 refere-se a Muito Pior do que Esperava e 5 a Muito Melhor do que Esperava. É importante referir que atualmente não há dados de validação ou de consistência interna relativamente a este questionário. No entanto, num estudo desenvolvido por Henrique (2017), a sub-escala de satisfação parental de este instrumento apresentou um nível de consistência interna adequado com um alfa de Cronbach de .79.

### 3. Procedimentos de Recolha de Dados

O presente estudo insere-se numa investigação mais alargada, razão pela qual os dados utilizados para esta investigação foram recolhidos com a colaboração da equipa da IPSS na qual foi conduzido o estudo. Os dados desta investigação foram recolhidos entre Setembro 2021 e Maio 2023 em formato online através duma plataforma previamente criada para o efeito. O acesso a esta plataforma online foi fornecido às utentes pela equipa técnica da IPSS que as convidava à participação no estudo.

Através esta plataforma, foi explicado o propósito da investigação e a possibilidade de desistir livremente da participação em qualquer momento. Assim como também, foi explicado o direito à confidencialidade e ao anonimato durante este estudo (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011). Todas as participantes integraram a presente investigação de forma voluntária.

Primeiramente eram completados o Consentimento Informado, assim como o Questionário Sociodemográfico (Rolo et al., 2020). Logo após finalizados estes formulários, e se assim o desejassem, as participantes eram convidadas a completar os seguintes questionários: Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1986), Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Carvalho et al., 2011), e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999).

No caso das participantes que estivessem grávidas no momento da recolha de dados, foi também solicitado o preenchimento da Escala de Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade (Xavier & Paúl, 1996). Por outro lado, no caso das participantes que já fossem mães no momento do preenchimento, foi também incluído o Questionário de Satisfação e Expectativas Parentais (Narciso & Santos, 2011).

A seguir as participantes eram convidadas a preencher novamente os questionários da investigação passados seis meses do início do acompanhamento por parte da instituição. Esta dinâmica repetia-se cada seis meses até que as crianças destas mulheres atingissem os 18 meses de idade. Em razão do carácter longitudinal do estudo alguns dos dados continuam ainda a ser recolhidos. Além disto é importante referir que existe naturalmente uma mortalidade da amostra: no caso do presente estudo várias participantes descontinuaram o processo de investigação nos momentos subsequentes. Por este motivo e para efeitos de melhor análise na apresentação de resultados estatisticamente significativos serão apresentados unicamente os dados recolhidos durante o momento inicial de

contato das participantes com a IPSS e os dados recolhidos 6 meses após o início do acompanhamento.

#### **4. Procedimentos de Tratamentos de Dados**

Para a análise e o tratamento dos dados da presente investigação, foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS versão 28.0. Foi utilizada a estatística descritiva com o objetivo de caracterizar as participantes. Nesta análise incluí-se as medidas de tendência central média e mediana, assim como as medidas de dispersão desvio padrão e variância.

Para responder aos três primeiros objetivos do estudo, estudar as possíveis associações entre as variáveis acima descritas, foi utilizado o teste de Correlação de Pearson respeitando os critérios de Cohen (1977), considerando unicamente valores iguais ou superiores a .50, que são considerados fortes ou significativos. Este teste foi utilizado para o estudo da correlação entre variáveis no momento inicial, após os 6 meses do início do acompanhamento e nos dois momentos.

Finalmente para analisar a evolução das variáveis ao longo do tempo no processo da transição para a maternidade em situação de vulnerabilidade psicossocial, foi utilizado o teste não paramétrico de diferenças de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

### **III. Resultados**

#### **1. Análise de correlações do momento inicial**

Na tabela 1 são apresentados os resultados da análise de correlações entre a vivência psicológica da gravidez, o autoconceito, a satisfação e expectativas parentais, e o suporte social de grávidas e mães em situação de vulnerabilidade psicossocial, correspondentes ao primeiro momento de avaliação do presente estudo. Existe uma correlação negativa moderada entre a vivência psicológica da gravidez na Subescala O Filho Imaginado e o Suporte Social, o que refere que maior dificuldade no alvorecer da vinculação mãe-filho está associada a um menor suporte social percebido. Os resultados sugerem também que a vivência psicológica da gravidez na Subescala O Filho Imaginado correlaciona-se positivamente e de forma fraca com o Índice Geral de Sintomas, ou seja, maior dificuldade no alvorecer da vinculação mãe-filho está associado a uma maior sintomatologia psicopatológica. Existe uma correlação negativa moderada entre a vivência psicológica da gravidez na Subescala Boa Mãe e o Suporte Social, o que indica que maior

dificuldade em se considerar uma boa mãe está associada com um menor suporte social percebido. Existe uma correlação positiva moderada entre a vivência psicológica da gravidez na Subescala Boa Mãe e o Índice Geral de Sintomas, o que traduz que maior dificuldade em se considerar uma boa mãe está associada a maior sintomatologia psicopatológica. Existe uma correlação fraca negativa entre a vivência psicológica da gravidez na Subescala Gravidez como Fator de Mudança/Crescimento Pessoal e o Índice Geral de Sintomas, o que indica que maior dificuldade em vivenciar as alterações da vida mental e dos papéis sociais na gravidez está associada a menor sintomatologia psicológica. Existe uma correlação negativa moderada entre a vivência psicológica da gravidez na Subescala Aspectos Difíceis da Gravidez/Maternidade e o Índice Geral de Sintomas, ou seja, maior dificuldade em vivenciar os aspectos considerados como os mais difíceis da gravidez está associada a menor sintomatologia psicopatológica. Os resultados obtidos indicam que a vivência psicológica da gravidez na Subescala Relação com a Própria Mãe correlaciona-se negativamente e de forma fraca com o Autoconceito, ou seja, maior dificuldade na relação com a própria mãe está associada a um menor autoconceito. Existe uma correlação negativa moderada entre a vivência psicológica da gravidez na Subescala Relação com a Própria Mãe e o Suporte Social, o que indica que maior dificuldade na relação com a própria mãe está associada a um menor suporte social percebido. Os resultados indicam também uma correlação fraca positiva entre o Autoconceito e o Suporte Social, o que traduz que maior autoconceito está associado a maior suporte social percebido. Existe uma correlação moderada negativa entre o Índice Geral de Sintomas e o Suporte Social, o que indica que maior sintomatologia psicopatológica está associada a menor suporte social percebido. Existe uma correlação negativa moderada entre o Índice Geral de Sintomas e a Satisfação Parental, ou seja, maior sintomatologia psicopatológica está associada a menor satisfação parental. Existe uma correlação forte positiva entre a Satisfação Parental e as Expectativas Parentais, o que traduz que maior satisfação parental está associada a maiores expectativas parentais.

**Tabela 1***Correlações do momento inicial de contato das participantes com a IPSS*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. EAGM Filho Imaginado	1											
2. EAGM Boa Mãe	.544**	1										
3. EAGM A Gravidez como fator de mudança e/ou de crescimento pessoal	.253**	.186*	1									
4. EAGM Aspectos difíceis da gravidez e/ou da maternidade	-.055	.067	.391**	1								
5. EAGM Relação com a própria mãe	.235**	.316**	.107	.052	1							
6. EAGM Apoio do marido ou companheiro	.083	.289**	.057	-.086	-.003	1						
7. EAGM Imagem corporal e necessidade de dependência	.323**	.390**	.426**	.432**	.159	.086	1					
8. Autoconceito	-.147	-.131	-.048	.090	-.196*	-.161	-.118	1				
9. Suporte Social Percebido	-.341**	-.318**	-.117	.060	-.436**	-.147	-.140	.179*	1			
10. BSI Índice Geral de Sintomas	.277**	.342**	-.193*	-.325**	.099	.081	.123	-.013	-.300**	1		
11. QSEP Satisfação Parental	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	-.123	.052	-.494*	1	
12. QSEP Expectativas Parentais	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	. <sup>b</sup>	.172	-.039	.029	.516*	1
M	8.97	18.08	8.73	18.52	7.62	6.39	7.96	71.07	4.98	1.03	17.33	24.00
DP	3.56	4.30	3.09	4.70	3.74	3.26	2.52	9.02	1.40	0.66	3.83	3.24
N	132	132	132	132	132	132	132	149	149	149	21	21

<sup>b</sup> Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante

\*p &lt; .05. \*\*p &lt; .001.

## 1. Análise de correlações 6 meses após o início do acompanhamento

Na tabela 2 são apresentados os resultados da análise de correlações entre o autoconceito, a satisfação e expectativas parentais, e o suporte social de grávidas e mães em situação de vulnerabilidade social, correspondentes ao segundo momento de avaliação do presente estudo, 6 meses após o início do acompanhamento. Os resultados obtidos referem que existe uma correlação moderada positiva entre o Autoconceito e o Suporte Social, o que indica que maior autoconceito está associado a maior suporte social percebido. Existe uma correlação moderada negativa entre o Autoconceito e o Índice Geral de Sintomas, ou seja, maior autoconceito está associado a menor sintomatologia psicopatológica. Existe uma correlação moderada negativa entre o Suporte Social e o Índice Geral de Sintomas, o que traduz que maior suporte social percebido está associado a menor sintomatologia psicopatológica. Existe uma correlação moderada positiva entre a Satisfação Parental e as Expectativas Parentais, ou seja, maior satisfação parental está associada a maiores expectativas parentais.

**Tabela 2**

*Correlações 6 meses após o início do acompanhamento*

	1	2	3	4	5
1- Autoconceito	1				
2- Suporte Social Percebido	.399**	1			
3- BSI Índice Geral de Sintomas	-.384*	-.356*	1		
4- QSEP Satisfação Parental	.108	.159	-.175	1	
5- QSEP Expectativas Parentais	.235	.145	-.204	.337*	1
M	71.51	1.29	.84	18.48	24.62
DP	6.68	.33	.50	4.61	3.34
N	43	42	42	42	42

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

## 2. Análise de correlações entre os dois momentos

Na tabela 3 são apresentados os resultados da análise de correlações das variáveis estudadas no momento inicial de recolha dos dados durante o primeiro contato das participantes com a IPSS (MI) e no momento passados 6 meses (M6). Os resultados indicam que a vivência psicológica da gravidez na Subescala Boa Mãe do MI correlaciona-se de forma forte e negativa com o Suporte Social do M6, ou seja, maior dificuldade em se considerar uma boa mãe no momento inicial está associada a menor suporte social percebido 6 meses após. Existe uma correlação forte e negativa entre a vivência psicológica da gravidez na Subescala Relação com a Própria Mãe do MI e o Suporte Social do M6, ou seja, maior dificuldade na relação com a própria mãe no momento inicial está associada a menor suporte social percebido 6 meses após. Existe uma correlação forte positiva entre a vivência psicológica da gravidez na Subescala Imagem Corporal e Necessidade de Dependência do MI e o Índice Geral de Sintomas do M6, isto traduz que maior dificuldade em lidar com as mudanças físicas e a necessidade de mais cuidados (produtos da gravidez) no momento inicial está associada a maior sintomatologia psicopatológica 6 meses após. Existe uma correlação moderada positiva entre o Autoconceito do MI e o Autoconceito do M6, o que indica que maior autoconceito no momento inicial está associado a maior autoconceito 6 meses após. Os resultados mostram que o Suporte Social do MI se correlaciona de forma forte e positiva com o Suporte Social do M6, o que refere que maior suporte social percebido no momento inicial está associado a maior suporte social percebido 6 meses após. Existe uma correlação forte negativa entre o Índice Geral de Sintomas do MI e o Suporte Social do M6, o que indica que maior sintomatologia psicopatológica no momento inicial está associada a menor suporte social percebido 6 meses após. Existe uma correlação perfeita positiva entre a Satisfação Parental do MI e as Expectativas parentais do M6, ou seja, maior satisfação parental no momento inicial está associada a maiores expectativas parentais 6 meses após. Existe uma correlação negativa perfeita entre as Expectativas Parentais do MI e as Expectativas Parentais do M6, o que traduz que maiores expectativas parentais no momento inicial estão associadas a menores expectativas parentais 6 meses após.

**Tabela 3***Correlações entre o momento inicial e 6 meses após acompanhamento*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	1																
2	.544**	1															
3	.253**	.186*	1														
4	-.055	.067	.391**	1													
5	.235**	.316**	.107	.052	1												
6	.083	.289**	.057	-.086	-.003	1											
7	.323**	.390**	.426**	.432**	.159	.086	1										
8	-.147	-.131	-.048	.090	-.196*	-.161	-.118	1									
	-	-			-												
9	.341**	.318**	-.117	.060	.436**	-.147	-.140	.179*	1								
				-					-								
10	.277**	.342**	-.193*	.325**	.099	.081	.123	-.013	.300**	1							
11	.b	.b	.b	.b	.b	.b	.b	-.123	.052	-.494*	1						
12	.b	.b	.b	.b	.b	.b	.b	.172	-.039	.029	.516*	1					

13	.376	-.171	.302	.128	-.022	.230	.134	.458*	.167	.114	.594	-.594	1				
		-															
14	-.179	.700**	-.300	.306	-.549*	-.137	-.441	.365	.829**	-.520*	.187	-.187	.399**	1			
15	-.079	.015	-.037	-.274	.019	-.293	.513*	-.074	-.113	.299	-.333	.333	-.384*	-.356*	1		
16	.222	.196	.166	.191	.183	.282	.026	.055	.075	-.027	.272	-.272	.108	.159	-.175	1	
												-					
17	.092	-.033	.003	.025	-.081	.364	-.070	-.161	-.115	-.083	1.00**	1.00**	.235	.145	-.204	.337*	1
M	8.97	18.08	8.73	18.52	7.62	6.39	7.96	71.07	4.98	1.03	17.33	24.00	71.51	1.29	.84	18.48	24.62
DP	3.56	4.30	3.09	4.70	3.74	3.26	2.52	9.02	1.40	.66	3.83	3.24	6.68	.33	.50	4.61	3.34
N	132	132	132	132	132	132	132	149	149	149	21	21	43	42	42	42	42

<sup>b</sup> Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$ .

*Nota:* 1- EAGM Filho Imaginado (MI); 2- EAGM Boa Mãe (MI); 3- EAGM A Gravidez como fator de mudança e/ou de crescimento pessoal (MI); 4- EAGM Aspectos difíceis da gravidez e/ou da maternidade (MI); 5- EAGM Relação com a própria mãe (MI); 6- EAGM Apoio do marido ou companheiro (MI); 7- EAGM Imagem corporal e necessidade de dependência (MI); 8- Autoconceito (MI); 9- Suporte Social Percebido (MI); 10- BSI Índice Geral de Sintomas (MI); 11- QSEP Satisfação Parental (MI); 12- QSEP Expectativas Parentais (MI); 13- Autoconceito (M6); 14- Suporte Social Percebido (M6); 15- BSI Índice Geral de Sintomas (M6); 16- QSEP Satisfação Parental (M6); 17- QSEP Expectativas Parentais (M6).

### 3. Análise de diferenças entre os dois momentos

Na tabela 4 são apresentados os resultados da análise das diferenças entre o primeiro e o segundo momento de avaliação das variáveis do presente estudo. Os resultados indicam que existem diferenças significativas entre o Suporte Social do MI e do M6, o suporte social percebido no momento inicial é maior que o suporte social percebido 6 meses após acompanhamento. Existem também diferenças significativas entre o Índice Geral de Sintomas do MI e do M6, indicando que a sintomatologia psicopatológica no momento inicial é maior que no momento 6 meses após. Não se encontraram diferenças significativas no autoconceito ou na satisfação e expectativas parentais entre os dois momentos de avaliação.

**Tabela 4**

*Diferenças entre os dois momentos de estudo*

	Z	Sig.
Autoconceito (M6) - Autoconceito (MI)	-.153	.879
Suporte Social Percebido (M6) - Suporte Social Percebido (MI)	-4.109	.000
BSI Índice Geral de Sintomas (M6) - BSI Índice Geral de Sintomas (MI)	-2.155	.031
QSEP Satisfação Parental (M6) - QSEP Satisfação Parental (MI)	.000	1.000
QSEP Expectativas Parentais (M6) - QSEP Expectativas Parentais (MI)	-.378	.705

	Estatística		
	Med.	do teste Padrão	N
Autoconceito (MI)	71.000	9.017	149
Autoconceito (M6)	72.000	6.681	43
Suporte Social Percebido (MI)	5.083	1.399	149

Suporte Social Percebido (M6)	1.365	.326	42
BSI Índice Geral de Sintomas (MI)	.868	.664	149
BSI Índice Geral de Sintomas (M6)	.717	.500	42
QSEP Satisfação Parental (MI)	19.000	3.825	21
QSEP Satisfação Parental (M6)	20.000	4.608	42
QSEP Expectativas Parentais (MI)	25.000	3.240	21
QSEP Expectativas Parentais (M6)	25.500	3.342	42

---

Na sequência destes resultados e com o objetivo de perceber se existia alguma subdimensão destas variáveis que mais contribuisse para os resultados, foram analisadas as subdimensões das variáveis em estudo. Tal como previamente, não foram encontradas diferenças significativas nas subdimensões das variáveis Autoconceito, Satisfação e Expectativas Parentais. Os resultados (Tabela 5) indicam que existem diferenças marginalmente significativas entre a Subescala Somatização do MI e do M6, o que remete para a existência de mais sintomas somáticos no momento inicial do que no momento 6 meses após acompanhamento. Existem diferenças marginalmente significativas entre a Subescala Sensibilidade Interpessoal do MI e do M6, indicando uma maior sensibilidade interpessoal no momento inicial do que no momento 6 meses após. Existem diferenças marginalmente significativas entre a Subescala Hostilidade do MI e do M6, o que traduz a presença de mais sintomas de hostilidade no momento inicial do que no momento 6 meses após. Existem diferenças significativas entre a Subescala Ansiedade Fóbica do MI e do M6, a sintomatologia de ansiedade fóbica no momento inicial é maior que no momento 6 meses após. Existem diferenças marginalmente significativas entre a Subescala Ideação Paranoide do MI e do M6, evidenciando que a sintomatologia de ideação paranoide no momento inicial é maior que no momento 6 meses após. Existem, ainda, diferenças marginalmente significativas entre a Subescala Psicoticismo do MI e do M6, remetendo para uma maior sintomatologia psicótica no momento inicial do que no momento 6 meses após.

**Tabela 5***Diferenças no Suporte Social Percebido e na Sintomatologia Psicopatológica*

	Z	Sig.		
Suporte Social Percebido : F (M6) - Suporte Social Percebido : F (MI)	-.196	.844		
Suporte Social Percebido : A (M6) - Suporte Social Percebido: A (MI)	-1.069	.285		
Suporte Social Percebido: OS (M6) - Suporte Social Percebido: OS (MI)	-1.026	.305		
BSI: Somatização (M6) - BSI: Somatização (MI)	-1.931	.053		
BSI: Obsessões Compulsões (M6) - BSI: Obsessões Compulsões (MI)	-1.137	.256		
BSI: Sensibilidade Interpessoal (M6) - BSI: Sensibilidade Interpessoal (MI)	-1.950	.051		
BSI: Depressão (M6) - BSI: Depressão (MI)	-1.229	.219		
BSI: Ansiedade (M6) - BSI: Ansiedade (MI)	-.933	.351		
BSI: Hostilidade (M6) - BSI: Hostilidade (MI)	-1.663	.096		
BSI: Ansiedade Fóbica (M6) - BSI: Ansiedade Fóbica (MI)	-1.973	.048		
BSI: Ideação Paranoide (M6) - BSI: Ideação Paranoide (MI)	-1.713	.087		
BSI: Psicoticismo (M6) - BSI: Psicoticismo (MI)	-1.881	.060		
			Med.	Estatística do teste Padrão
Suporte Social Percebido : F (MI)			5.500	1.894
Suporte Social Percebido : F (M6)			5.625	1.773
Suporte Social Percebido: A (MI)			4.250	2.162
Suporte Social Percebido: A (M6)			5.500	1.967
				N
				149
				42
				149
				42

Suporte Social Percebido: OS (MI)	6.250	1.422	149
Suporte Social Percebido: OS (M6)	6.125	1.337	42
BSI: Somatização (MI)	.857	.778	149
BSI: Somatização (M6)	.571	.667	42
BSI: Obsessões Compulsões (MI)	1.167	.758	149
BSI: Obsessões Compulsões (M6)	1.083	.580	42
BSI: Sensibilidade Interpessoal (MI)	1.000	.833	149
BSI: Sensibilidade Interpessoal (M6)	.500	.633	42
BSI: Depressão (MI)	1.000	.816	149
BSI: Depressão (M6)	.667	.666	42
BSI: Ansiedade (MI)	.833	.831	149
BSI: Ansiedade (M6)	.667	.720	42
BSI: Hostilidade (MI)	.600	.661	149
BSI: Hostilidade (M6)	.600	.658	42
BSI: Ansiedade Fóbica (MI)	.400	.769	149
BSI: Ansiedade Fóbica (M6)	.200	.588	42
BSI: Ideação Paranoide (MI)	1.200	.791	149
BSI: Ideação Paranoide (M6)	1.000	.612	42
BSI: Psicoticismo (MI)	.800	.780	149
BSI: Psicoticismo (M6)	.600	.537	42

---

#### IV. Discussão

O presente estudo pretende abrir a porta à investigação da relação do autoconceito, do suporte social, da sintomatologia psicopatológica, da satisfação e expectativas parentais com o bem-estar psicológico da mulher na transição à maternidade em situação de vulnerabilidade psicossocial. Visa-se assim, contribuir para uma compreensão geral e integrada da vivência psicológica neste período de crise desenvolvimental em contexto de vulnerabilidade. Pretendeu-se compreender a associação e a evolução das dimensões acima citadas.

Os resultados do presente estudo indicam que maior dificuldade no alvorecer da vinculação mãe-filho está associada a menor suporte social percebido e maior sintomatologia psicopatológica (no MI). Estes resultados vão ao encontro de diferentes investigações realizadas neste domínio. Num estudo desenvolvido por Crockenberg (1981) com a participação de 46 mães e os seus bebés, foi demonstrado que o suporte social está associado a segurança da vinculação mãe-bebé e pode, em alguns casos, ser um fator preditor da mesma. Nesse estudo foram associados níveis baixos de suporte social com uma vinculação insegura na relação mãe-bebé. Um baixo suporte social foi também associado a menor responsividade materna. Jennings et al. (1991) constatam, através duma investigação, que maiores níveis de satisfação com as redes de suporte social influenciam no bem-estar e nos comportamentos maternos, permitindo o desenvolvimento de relações mãe-bebé mais satisfatórias e melhor vinculação materna. Num estudo de Airosa & Silva (2013) foi estabelecido que a sintomatologia psicopatológica (principalmente a sintomatologia ansiosa e depressiva) está associada a menor qualidade da vinculação mãe-bebé. Estes autores delimitam que o suporte social pode ser compreendido como um recurso de *coping* face as transições e desafios da maternidade. Nesta lógica, podemos dizer que o papel da família, amigos e demais integrantes da rede de suporte social é essencial, visto que consolidam fatores de proteção ao nível emocional e afetivo na transição à maternidade e, por conseguinte, na vinculação mãe-bebe (Campos & Féres-Carneiro, 2021; Cardoso & Vivian, 2017).

No presente estudo os resultados também evidenciaram que maior dificuldade em se considerar uma boa mãe está associada a maior sintomatologia psicopatológica (MI) e a menor suporte social percebido (no MI; e na associação entre MI e M6). Cada sociedade e cada família constrói um ideal da mãe perfeita com base na sua cultura e representações sociais da maternidade (Azevedo & Arrais, 2006; Tourinho, 2006). Este ideal pode ter um impacto considerável nas recém mães sendo

que pode existir nelas o objetivo de se aproximar o mais possível a este ideal no seu exercício da maternidade. Contudo, estas representações da mãe ideal são em muitos casos irrealistas e assumem proporções insustentáveis para as mulheres, o que pode levá-las a experienciar sentimentos de frustração, culpa e até a se questionarem sobre seu valor enquanto mães (Aching & Granato, 2016; Azevedo & Arrais, 2006; Tourinho, 2006). O que pode gerar e/ou contribuir para um sentimento de insatisfação no papel de mãe, o que pode causar ou agravar o sofrimento psicológico (Azevedo & Arrais, 2006). No entanto, o apoio familiar e social revela uma importância essencial para a experiência de uma maternidade saudável (Campos & Féres-Carneiro, 2021; Cardoso & Vivian, 2017). A adaptação à maternidade e o estabelecimento de padrões de criança ideais e atingíveis na realidade a nova mãe são construídos (em parte) em base nos padrões já existentes no contexto familiar da mesma (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005). Portanto o suporte social e familiar disponível pode ser uma mais valia na transição à maternidade e na construção de uma identidade materna satisfatória.

No presente estudo os resultados indicaram que maior dificuldade em vivenciar aspectos difíceis da gravidez e da maternidade está associada a menor sintomatologia psicopatológica (no MI). A experiência de uma crise desenvolvimental implica a procura duma resposta adaptativa face aos desafios vivenciados (Silva & Silva, 2009). No caso das mulheres, a gravidez e a maternidade são momentos de crise envolvida em mudanças físicas e psicossociais que precisam de diversas adaptações, nas quais pode haver superações ou desequilíbrios face às situações vivenciadas (Guerra et al., 2014; Rapoport & Piccinini, 2006; Silva & Silva, 2009). Fazer face e superar as adversidades faz com que as mulheres adquiram novas habilidades e percepções, transformando esta experiência e desenvolvendo a resiliência (Felgueiras & Graça, 2013; Ramacciotti, 2010; Silva & Silva, 2009). Num estudo desenvolvido por Felgueiras & Graça (2013), foi associado o ajustamento à maternidade e as atitudes maternas a resiliência, sendo que o desenvolvimento da resiliência se enquadra como um fator protetor para a sintomatologia psicopatológica.

No presente estudo os resultados revelam que uma maior dificuldade na relação com a própria mãe está associada a um menor autoconceito (no MI) e menor suporte social percebido (no MI; e na associação entre o MI e M6). Na transição à maternidade se realiza a construção da identidade de mãe (Meireles & Costa, 2004). Esta construção envolve, entre outras coisas, a relação da grávida com a sua própria mãe, sendo que esta é a principal figura modelo do comportamento e afeto

materno. A mulher reconsidera e reavalia diferentes aspectos da sua relação com sua própria mãe e decide reproduzir ou substituir os mesmos na sua relação mãe-bebé (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005). Esta identidade materna construída (entre outras coisas) com base no exemplo da relação com a própria mãe é acrescentada no autoconceito das novas mães (Hocking, 2007; Silveira & Ferreira, 2011). Este acréscimo pode mudar consideravelmente a forma como a mulher se vê a si própria e a evolução do seu autoconceito. Por outro lado, no processo de transição à maternidade o papel da própria mãe torna-se essencial no apoio a descoberta da maternidade, sendo que ela passa a dar suporte instrumental e emocional o que se consolida como um fator protetor na adaptação a este processo (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005). Grandes dificuldades na relação com a própria mãe podem comprometer não só a percepção sobre a figura modelo de afeto materno da nova mãe, mas também a sua percepção de apoio nesta etapa de crise desenvolvimental, diminuindo assim a sua percepção de suporte social.

Os resultados do presente estudo sugerem também uma associação de maior dificuldade em lidar com as mudanças físicas produto da gravidez e a necessidade de mais cuidados durante esta fase a maior sintomatologia psicopatológica (na associação do MI e M6). Ao longo da vida as mulheres constroem um ideal da imagem corporal baseada nos padrões de beleza das suas culturas e contextos sociais (Rodrigues et al., 2019). Durante a gravidez o corpo da mulher passa por distintas mudanças afastando-se da imagem do corpo ideal e modificando a própria imagem do corpo. O impacto da mudança corporal pode suscitar diferentes insatisfações e preocupações na mulher (Duncombe et al., 2008; Rodrigues et al., 2019). Num estudo desenvolvido por Duncombe e colaboradores (2008) com a participação de 158 grávidas, foi concluído que as preocupações relativas à imagem corporal permaneceram estáveis ao longo da gravidez, também foi constatado que a forma do corpo ideal foi mudando com o tempo aumentando seu tamanho paralelamente com as transformações do corpo das mulheres ao longo da gravidez. Por outro lado, as mulheres com mais preocupações e insatisfações face à sua imagem corporal na gravidez apresentaram maior sintomatologia depressiva.

Os resultados do presente estudo indicaram que um maior autoconceito está associado a um maior suporte social percebido (no MI; no M6) e a menor sintomatologia psicopatológica (M6). Na sua definição do autoconceito Vaz Serra (1988) expõe que a percepção que um indivíduo tem de si próprio depende da forma como as outras pessoas o observam e da influência que isso pode ter no

indivíduo. Neste sentido o indivíduo passa a observar-se da forma como os outros o consideram e as mudanças no seu autoconceito são influenciadas pelo feedback do seu entorno. Adicionalmente, o autoconceito é influenciado pela comparação dos próprios comportamentos com os do contexto social do indivíduo (Vaz Serra, 1988). Em razão da influência do seu entorno na concepção de si próprio, o indivíduo pode sentir-se identificado (ou não) e mais (ou menos) próximo dos seus círculos sociais, assim como também pode perceber uma sensação de maior apoio por parte dos mesmos. Num estudo desenvolvido por Silveira & Ferreira (2011), foi concluído que na maternidade as mulheres casadas apresentam um melhor autoconceito que as mulheres solteiras, o que salienta a importância do papel das redes de suporte social. Neste estudo os autores caracterizaram o autoconceito como um fator importante no bem-estar e na transição à maternidade, visto que pode exercer um papel moderador no ajustamento psicológico nesta etapa da vida da mulher.

Os resultados no presente estudo indicam que maior suporte social percebido está relacionado com menor sintomatologia psicopatológica (no MI; no M6; e na associação entre MI e M6). Estes resultados vão ao encontro de diferentes investigações já realizadas neste domínio. Num estudo desenvolvido por Baptista et al. (2006), foram correlacionadas de forma negativa a sintomatologia depressiva e ansiosa e o suporte social percebido. Foi determinado pelos autores que o suporte social é de suma importância no período gestacional visto que se consolida como um fator de manutenção da saúde mental e assim, promove a adequação dos comportamentos maternos. Num outro estudo desenvolvido por Airosa & Silva (2013) foi estabelecido que quanto maior fosse a satisfação com a família, amigos, intimidade e atividades sociais, menores seriam os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* tanto no período pré-natal como no pós-natal. Os autores concluem que o suporte social pode ser um fator protetor face às perturbações psicopatológicas.

No presente estudo os resultados revelaram que maior satisfação parental está associada a maiores expectativas parentais (no MI; no M6; e na associação do MI e M6) e a menor sintomatologia psicopatológica (no MI). A satisfação é descrita na literatura como uma sensação gratificante de sucesso perante um objetivo difícil de alcançar (Bornstein et al., 2003). Na maternidade a satisfação é um elemento importante visto que em alguns casos pode atuar na relação mãe-bebé. Wenger e Fowers (2008) evidenciam que a satisfação parental influi sobre as avaliações da mãe sobre seu bebé, sendo que as mães com maior satisfação parental tendem a avaliar mais positivamente as

ações e comportamentos do seu bebé, gerando expectativas mais positivas relativas ao mesmo. Crnic et al. (2005) e Sabatelli & Waldron (1995) associam a satisfação parental a atitudes positivas e expectativas positivas na maternidade, assim como ao ajustamento adaptativo ao papel de mãe e a redução do *stress*.

Os resultados obtidos no presente estudo revelam uma redução do suporte social percebido entre o momento inicial de contacto das participantes com a IPSS e o momento 6 meses após. Este resultado pode parecer contraditório sendo que no momento da segunda avaliação as participantes têm experienciado um suporte social formal estável e um acompanhamento por parte da IPSS de apoio à maternidade durante 6 meses. No entanto, estes resultados podem ser potencialmente explicados pelas mudanças na vida social das novas mães (Cardoso & Vivian, 2017; Meireles & Costa, 2004; Morais et al., 2017). A transição à maternidade é acompanhada por uma reestruturação das relações familiares e sociais da mulher. Ao longo da gravidez a mulher reavalia diferentes aspectos da sua relação com a sua própria mãe, reestrutura seu relacionamento de casal e suas relações sociais de forma a incluir ao seu bebé (Canavarro, 2001; Canavarro & Pedrosa, 2005). As mudanças nestas relações interpessoais podem ser vivenciadas como situações desestabilizadoras, sobretudo nos casos em que a gravidez não é aceite ou é rejeitada por parte da família ou das redes sociais, o que pode gerar insatisfação com o suporte social na grávida. No caso das participantes do presente estudo os resultados poderiam ser explicados em razão da desestabilização gerada pelas mudanças nas relações interpessoais, ou ainda pelo aumento do desafio fruto da maternidade, o que eleva as exigências de suporte social.

Os resultados no presente estudo indicaram uma redução significativa da sintomatologia psicopatológica entre o momento inicial de contato das mulheres com a IPSS e 6 meses após. A transição à maternidade enquadra-se como um período de mudanças que suscitam novas responsabilidades, questionamentos e alterações ao nível biopsicossocial (Cunha et al., 2012; Oliveira et al., 2019; Silva et al., 2019). Estas mudanças podem ser origem de medos, angústias, tristezas e inseguranças, que consolidam um risco para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica tanto no período gravídico como no pós-parto e puerpério. Num estudo desenvolvido por Lima et al. (2017) foi concluído que durante a gravidez as mulheres podem relatar maior preocupação, experienciar sentimentos de culpa perante situações em que não se consegue obter o resultado desejado, e sentirem *stress* face a aspetos da rotina diária. No objetivo de fazer

face a estes ricos o acompanhamento psicológico na gestação, no pós-parto e no puerpério torna-se essencial (Arrais et al., 2014; Oliveira et al., 2019; Sarmiento & Setúbal, 2003). Nestes períodos de mudanças o psicólogo atua não só ao nível da intervenção mais também ao nível da prevenção. O psicólogo pode contribuir no planeamento de estratégias apropriadas para este período na vida da mulher e para a nova realidade vivenciada pelo contexto social da mesma (Arrais et al., 2014; Beltrami et al., 2013; Donelli et al., 2017; Oliveira et al., 2019; Palamin et al., 2014; Sarmiento & Setúbal, 2003). Promover competências para a saúde mental e física da mulher diminui o risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa. No caso das participantes do presente estudo é então essencial e necessário pensar no papel desenvolvido pelos profissionais de saúde da IPSS de apoio à maternidade em situação de vulnerabilidade psicossocial. É possível pensar que esta diminuição da sintomatologia reflita a eficácia do trabalho realizado pelos profissionais da IPSS no suporte e acompanhamento destas mulheres.

## **V. Conclusões**

Na atualidade, são poucas as investigações que estudam a relação e o impacto dos fatores acima citados na transição à maternidade, o que pode dificultar ter uma perspectiva integrada e complexa sobre esta etapa da vida da mulher. Neste sentido o presente estudo representa uma mais valia na compreensão extensa de este período de crise desenvolvimental num contexto de vulnerabilidade social. Os resultados do presente estudo evidenciam que existe uma relação do autoconceito, suporte social percebido, e satisfação parental na vivência psicológica da transição à maternidade. Foi revelado através dos resultados que uma elevada percepção de suporte social, um alto nível de satisfação com o papel parental e uma maior estima pessoal podem se enquadrar como fatores protetores para o bem-estar da mulher na vivência psicológica da transição para a maternidade em situação de vulnerabilidade social.

Foi constatado que maiores dificuldades na vinculação mãe-bebé/na aceitação do filho imaginado e maiores dificuldades em se considerar boa mãe estão ambas associadas a um menor suporte social percebido e a maior sintomatologia psicopatológica. Ter maior dificuldade em vivenciar aspectos difíceis da gravidez e da maternidade, alterações da vida mental e dos papéis sociais foi associada a menor sintomatologia psicopatológica. Ter maiores dificuldades na relação com a própria mãe foi associada a um menor autoconceito e menor suporte social percebido. Por outro lado, ter maior dificuldade em lidar com as mudanças físicas produto da gravidez foi associada a maior

sintomatologia psicopatológica. No que toca ao autoconceito, um maior nível de autoconceito foi associado a um maior suporte social percebido. Além disso, um maior suporte social percebido foi relacionado com menor sintomatologia psicopatológica. Finalmente, maiores níveis de satisfação parental foram associados a maiores expectativas parentais. Estes resultados confirmam que existe uma multiplicidade de fatores que convergem e influenciam a experiência da transição à maternidade, tornando-a ainda mais complexa. Procurar promover o aumento positivo destes fatores ajuda a preservar o bem-estar na nova mãe e, por conseguinte, do seu bebé. Neste sentido, através dos resultados deste estudo, podemos pensar que se desenvolvem de forma mais focalizada na área de atuação da saúde materna e obstétrica, novas possibilidades e objetivos de trabalho específicos para os profissionais de saúde mental. Procurar melhorar o suporte social percebido através do aumento do suporte formal por parte de instituições de saúde ou de acolhimento materno e obstétrico (como as IPSS), promover a estima pessoal e uma boa conceção do *self*, e desenvolver estratégias para uma maior satisfação parental, são objetivos atingíveis e realistas na intervenção em saúde mental. As estratégias e programas de intervenção para desenvolver estes objetivos no atendimento de mulheres em situação de vulnerabilidade psicossocial beneficiaria consequentemente o bem-estar destas novas mães.

Através dos diferentes tempos de observação foi possível comprovar a estabilidade destes fatores no tempo, estabelecendo unicamente uma diminuição do suporte social percebido e da sintomatologia psicopatológica ao longo do estudo. Relativamente ao suporte social não houve diferenças significativas no que toca as diferentes subescalas do instrumento utilizado (Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido - Carvalho et al., 2011). Já no que toca a psicopatologia, houve uma diminuição significativa nas subescalas de sintomatologia seguintes: Somatização; Sensibilidade Interpessoal; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide; Psicotismo.

A diminuição do suporte social percebido ao longo do estudo pode ser atribuída às possíveis mudanças nas relações interpessoais trazidas pela gravidez e pela integração do bebé na realidade da mãe. O que salienta uma vez mais a importância e a pertinência do desenvolvimento de programas que busquem aumentar o suporte social percebido através do suporte formal. Seria importante referir que desde a pandemia de Covid-19 a intervenção da IPSS citada assumiu um formato de assistência exclusivamente online, dificultando assim a criação de redes de suporte social dentro da instituição. Neste sentido seria pertinente reavaliar esta estratégia implementada

de forma a reforçar o suporte social disponibilizado às mães. No que toca à sintomatologia psicopatológica esta diminuição pode ser produto do acompanhamento de profissionais de saúde através da integração das participantes na IPSS. Neste sentido a melhoria nesta área da saúde da mulher pode também sinalizar o impacto da intervenção da organização (IPSS) no bem-estar destas mulheres em situação de vulnerabilidade psicossocial. No entanto, este impacto poderia ser expandido de forma a procurar melhorar a saúde mental das mulheres em outras áreas de atuação, como por exemplo no autoconceito, através da criação de programas de desenvolvimento de competências socioemocionais.

Em suma, no que toca às implicações para a prática, o presente estudo representa um ponto de partida e de abertura para investigações científicas futuras que procurem estudar a vivência psicológica e o bem-estar na transição à maternidade de forma mais abrangente. Este estudo procura motivar os técnicos e profissionais da saúde mental no desenvolvimento de novos programas de promoção do bem-estar e da saúde mental nas áreas da gestação e da maternidade. As instituições e os profissionais de saúde mental que acompanham a mulheres grávidas e mães poderão aumentar o suporte social formal disponibilizado e fomentar a criação de redes de suporte social entre as clientes através de momentos de convívio e de atividades em grupo. Por outro lado, poderão desenvolver estratégias e atividades de promoção de autoestima. Também poderão desenvolver módulos de intervenção para melhorar a satisfação parental através do uso de estratégias de *coping* adaptativas.

A principal limitação do presente estudo deve-se ao formato online da recolha de dados. Este formato pode dificultar, em alguns casos, o fácil acesso ao preenchimento dos questionários e pode facilitar o abandono da participação. Sendo este um estudo longitudinal existe uma mortalidade natural da amostra, no entanto o uso do formato online pode reduzir a motivação e o interesse das participantes em continuar com o estudo. Por outro lado, a limitação de acesso imediato a pessoal capacitado para a resolução de possíveis dúvidas ou perguntas relativamente a compreensão dos questionários dificulta o preenchimento. Para um estudo futuro seria interessante poder incluir a entrevista clínica como instrumento de análise adicional para melhorar a compreensão da vivência psicológica da transição à maternidade em situação de vulnerabilidade psicossocial.

Para uma investigação futura, seria pertinente tentar de realizar um estudo com diferentes grupos populacionais no objetivo de tentar de estabelecer de forma precisa outros fatores psicossociais que

poderiam influenciar de forma considerável o bem-estar psicológico na transição à maternidade, como por exemplo a percepção da qualidade de vida e do conforto econômico, a satisfação com o crescimento pessoal e profissional, entre outras. Tudo isto também no objetivo de beneficiar a prática clínica.

## VI. Referências Bibliográficas

- Aching, M. C., Biffi, M., & Granato, T. M. M. (2016). MÃE DE PRIMEIRA VIAGEM: NARRATIVAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 235. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i2.27820>
- Aching, M. C., & Granato, T. M. M. (2016). The good enough mother under social vulnerability conditions. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33, 15–24. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000100003>
- 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>
- Aftab, S., Ara, J., Kazi, S., & Deebea, F. (2012). Effects of Poverty on Pregnant Women. *Pakistan Journal of Medical Research*, 15(1), 5–9.
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação Entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stresse E Suporte Social Na Maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(1), 64–77.
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösl, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 20(3), 189–209. <https://doi.org/10.1080/14767050701209560>
- Aliane, P. P., Ronzani, T. M., Silva, C. S., Silva, G. R., Miranda, D. B., Oliveira, P. F. de, Mendes, A. F., & Furtado, E. F. (2008). Avaliação de saúde mental em gestantes. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1(2), 113–122.
- 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)

- Alvarenga, P., Nunes Souto, L., Pereira de Oliveira, H., & Gil Santana, I. (2018). SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES AND MATERNAL MENTAL HEALTH IN A CONTEXT OF SOCIAL VULNERABILITY. *Psicologia, Saúde & Doença*, 19(3), 776–788. <https://doi.org/10.15309/18psd190324>
- Aparício, G., Cunha, M., & Duarte, J. (2016). Self-perception of parental competence in parents of pre-school children. *Aten. Prim. (Barc., Ed. Impr.)*, 247–252.
- Arrais, A., & de Araujo, T. (2017). DEPRESSION POSTPARTUM: A REVIEW ABOUT RISK FACTORS AND PROTECTION. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3), 828–839. <https://doi.org/10.15309/17psd180316>
- Arrais, A. da R., Mourão, M. A., & Fragalle, B. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23, 251–264. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. da R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 269–276. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200013>
- Banker, J. E., & LaCoursiere, D. Y. (2014). Postpartum Depression: Risks, Protective Factors, and the Couple's Relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 503–508. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.888603>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413–445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39–48.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55(1), 83. <https://doi.org/10.2307/1129836>

- Beltrami, L., Moraes, A. B. de, & Souza, A. P. R. de. (2013). Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*, 25(2). <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/16476>
- Benatti, A. P., Pereira, C. R. R., Santos, D. C. M. dos, & Paiva, I. L. de. (2020). A maternidade em contextos de vulnerabilidade social: Papéis e significados atribuídos por pais e mães. *Interação em Psicologia*, 24(2), Art. 2. <https://doi.org/10.5380/psi.v24i2.59856>
- Bornstein, M. H. (2001). Parenting: Science and Practice. *Parenting*, 1(1–2), 1–4. <https://doi.org/10.1080/15295192.2001.9681208>
- Bornstein, M., Han, C., Suwalsky, J., & Haynes, O. (2002). *Socioeconomic status, parenting, and child development* (1.<sup>a</sup> ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bornstein, M., Hendricks, C., Hahn, C., Haynes, O., Painter, K., & Tamis-LeMonda, C. (2003). Contributors to self-perceived competence, satisfaction, investment, and role balance in maternal parenting: A multivariate ecological analysis. *Parenting: Science and Practice*, 3, 285–326. [https://doi.org/10.1207/s15327922par0304\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327922par0304_2)
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Campos, P. A., & Féres-Carneiro, T. (2021). Sou mãe: E agora? Vivências do puerpério. *Psicologia USP*, 32, e200211. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200211>
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr., J. (2010). Postpartum psychiatric disorders. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 288–294. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos-BSI.
- Canavarro, M.C. (2001), Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). 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. & Pedrosa, A. (2005), Transição para a parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.225-256). Fim de Século.
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Lisboa: Editora Pactor.
- Cardoso, A., Silva, A., & Marín, H. (2015). Parenting competencies: Development of an assessment instrument. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 4), 11–20. <https://doi.org/10.12707/RIV14012>
- Cardoso, A. C. A., & Vivian, A. G. (2017). Maternidade e suas vicissitudes: A importância do apoio social no desenvolvimento da díade mãe-bebê. *Diaphora*, 6(1), Art. 1.
- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). *Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade*.
- 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, Art. 54. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_13](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_13)
- Coelho, H. F., Murray, L., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. J. (2011). Antenatal anxiety disorder as a predictor of postnatal depression: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 348–353. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.002>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed). Academic Press.

- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Developmental Review, 18*(1), 47–85. <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *The British Journal of Medical Psychology, 70* ( Pt 4), 359–372. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01912.x>
- Coutinho, E., & Parreira, M. V. (2011). Outra Forma de Olhar a Mãe Imigrante numa Situação de Transição. *Millenium, 83–97*.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research, 30*(5), 281–284.
- Crníc, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development, 14*(2), 117–132. <https://doi.org/10.1002/icd.384>
- Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development, 52*(3), 857–865.
- Cruz, M. M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica, 8*, 367–370.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade* (1.<sup>a</sup> ed.). Livpsic Editora.
- Cunha, A. B. da, Ricken, J. X., Lima, P. de, Gil, S., & Cyrino, L. A. R. (2012). A Importância do Acompanhamento Psicológico Durante a Gestação em Relação aos Aspectos que Podem Prevenir a Depressão Pós-Parto. *Saúde e Pesquisa, 5*(3), Art. 3. <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2427>
- Davis-Kean, P. (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>
- Degner, D. (2017). Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. *BMJ, j4692*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4692>

- Dias, M. de S., Silva, R. A. da, Souza, L. D. de M., Lima, R. da C., Pinheiro, R. T., & Moraes, I. G. da S. (2008). Auto-estima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(12), 2787–2797. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200007>
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 5(1), 95–121. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>
- DiPietro, J. A., Novak, M. F. S. X., 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>
- Donelli, T. M. S., Chemellho, M. R., & Levandowski, D. C. (2017). Ansiedade materna e maternidade: Revisão crítica da literatura. *Interação em Psicologia*, 21(1). <https://doi.org/10.5380/psi.v21i1.46153>
- Duncombe, D., Wertheim, E. H., Skouteris, H., Paxton, S. J., & Kelly, L. (2008). How Well Do Women Adapt to Changes in Their Body Size and Shape across the Course of Pregnancy? *Journal of Health Psychology*, 13(4), 503–515. <https://doi.org/10.1177/1359105308088521>
- Dunkel-Schetter, C., Sagrestano, L. M., Feldman, P., & Killingsworth, C. (1996). Social Support and Pregnancy. Em G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 375–412). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1388-3\\_16](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1388-3_16)
- Elek, S. M., Hudson, D. B., & Bouffard, C. (2003). MARITAL AND PARENTING SATISFACTION AND INFANT CARE SELF-EFFICACY DURING THE TRANSITION TO PARENTHOOD: THE EFFECT OF INFANT SEX. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26(1), 45–57. <https://doi.org/10.1080/01460860390183065>
- Felgueiras, M. C. M. A., & Graça, L. C. C. (2013). *Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto*. <https://doi.org/10.12707/rrii12136>
- Figueiredo, B. (2005). *Psicopatologia da maternidade e paternidade*.

- Fischer, R. C., Stanford, J. B., Jameson, P., & DeWitt, M. J. (1999). Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. *The Journal of Family Practice*, 48(2), 117–122.
- Flores, M., Souza, A. de, Moraes, A. de, & Beltrami, L. (2013). Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. *Revista CEFAC*, 15, 348–360. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000046>
- Freitas, D. (2019). *Características psicométricas numa amostra de mães e pais portugueses de famílias em risco psicossocial*.
- Glick, J., & White, M. (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>
- Goodman, J., Chenausky, K., & Freeman, M. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(10), e1153-1184. <https://doi.org/10.4088/JCP.14r09035>
- Guerra, M., Braga, C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 117–124.
- Henrique, S. F. de O. (2017). *Satisfação parental, práticas parentais e bem-estar emocional em crianças pré-escolares* [MasterThesis]. Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/33090?locale=en>
- Hocking, K. (2007). Artistic narratives of self-concept during pregnancy. *The Arts in Psychotherapy*, 34(2), 163–178. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.01.003>
- Hudson, D., Elek, S., & Fleck, C. (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>
- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Carvalho, J., Gaspar, M., Universidade de Coimbra, Cardoso, A., & Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2017).

- Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(3), 285–294. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05>
- 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/10.2307/1131146>
- Kahn, R., Wise, P., Kennedy, B., & Kawachi, I. (2000). State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: Cross sectional national survey. *BMJ*, 321(7272), 1311–1315. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7272.1311>
- Lechner, E. (2005). Imigração e saúde mental: O sofrimento dos migrantes e o encontro de ordens simbólicas. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. <https://doi.org/10/575>
- Leite, M., Rodrigues, D., Sousa, A. de, Melo, L. de, & Fialho, A. de 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>
- Lima, M. D. O. P., Tsunehiro, M. A., Bonadio, I. C., & Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: Estudo longitudinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 39–46. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700007>
- Maçola, L., Vale, I. N. do, & Carmona, E. V. (2010). Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 570–577. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300004>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS* (1.<sup>a</sup> ed.). Psiquilibrios Edicoes.
- Mascoli, L. M. C. F. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: Abordagem psicológica a puerperas em isolamento e no pós-parto distócico. *Análise Psicológica*, 8, 377–388.

- Matheson, F. I., Moineddin, R., Dunn, J. R., Creatore, M. I., Gozdyra, P., & Glazier, R. H. (2006). Urban neighborhoods, chronic stress, gender and depression. *Social Science & Medicine* (1982), 63(10), 2604–2616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.07.001>
- Matsukura, T., Marturano, E., & Oishi, J. (2002). The Saranson's Social Support Questionnaire: Studies regarding its adaptation to portuguese. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), Art. 5. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500008>
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2004). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *PSICOLOGIA*, 18(2), Art. 2. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.431>
- Mendoza-Sassi, R. A., Cesar, J. A., Ulmi, E. F., Mano, P. S., Dall'Agnol, M. M., & Neumann, N. A. (2007). Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2157–2166. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900023>
- Merighi, M. A. B., Gonçalves, R., & Rodrigues, I. G. (2006). Vivenciando o período puerperal: Uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 775–779. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600010>
- Morais, A. O. D. de S., Simões, V. M. F., Rodrigues, L. dos S., Batista, R. F. L., Lamy, Z. C., Carvalho, C. A. de, Silva, A. A. M. da, & Ribeiro, M. R. C. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: Uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00032016>
- 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, 913–919. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000400012>
- Nelson, A. M. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(4), 465–477. <https://doi.org/10.1177/0884217503255199>

- Nichiata, L. Y. I., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R. F., & Fraccolli, L. A. (2008). The use of the «vulnerability» concept in the nursing area. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(5), 923–928. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>
- Oliveira, A. S., Santos, M. E. P. dos, & Cavalcante, M. A. B. (2019). A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL. *Humanidades & Inovação*, 6(13), Art. 13.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Consentimento informado; Privacidade e Confidencialidade*.
- Palamin, M. E. G., Guilherme, A., Motti, T. F. G., & Rafacho, M. B. (2014). A ansiedade materna durante o diagnóstico da deficiência auditiva: Contribuição da intervenção psicológica. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 20, 569–580. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382014000400008>
- 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), 253–279. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00097>
- Pereira, P., & Lovisi, G. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Archives of Clinical Psychiatry*, 35, 144–153. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>
- Pereira, M. G., Santos, A. C., & Ramalho, V. (1999). *Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial*.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, 13, 63–72. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., Sarason, I. G., Joseph, H. J., & Henderson, C. A. (1996). Conceptualizing and Assessing Social Support in the Context of the Family. Em G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 3–23). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1388-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1388-3_1)

- Ramacciotti, N. (2010). Percursos da gravidez na adolescência: Estudo longitudinal após uma década da gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 278–288. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000200010>
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Journal of Human Growth and Development*, 16(1), Art. 1. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19783>
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 177–190. <https://doi.org/10.1002/imhj.20044>
- Ribas, de C. R. J., de Moura, M. L. S., & Bornstein, M. H. (2007). Cognições maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humano: Uma contribuição ao estudo da psicologia parental. *Journal of Human Growth and Development*, 17(1). <https://doi.org/10.7322/jhgd.19819>
- RODRIGUES, F. R., PEREIRA, M. F., DE OLIVEIRA, K., SOUZA, M., & ACURCIO, N. M. (2019). MUDANÇAS NA VIDA E NO CORPO DA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 27(1), 126–131.
- Rogers, H., & Matthews, J. (2004). The parenting sense of competence scale: Investigation of the factor structure, reliability, and validity for an Australian sample. *Australian Psychologist*, 39, 88–96. <https://doi.org/10.1080/00050060410001660380>
- Sabatelli, R. M., & Waldron, R. J. (1995). Measurement issues in the assessment of the experiences of parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 57(4), 969–980. <https://doi.org/10.2307/353416>
- Sarmiento, R., & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstétrica: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*, 12(3), Art. 3. <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1260>
- Silva, V., Ferreira, C., Basílio, A., Ferreira, A. B., Maia, B., & Miguelote, R. (2019). Sintomatologia depressiva no termo da gestação, em mulheres de baixo risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68, 65–71. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000229>

- Silva, L. J. & Silva, L. R. (2009). Mudanças na vida e no corpo: Vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. *Escola Anna Nery*, 13, 393–401. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000200022>
- Silveira, C. S. P., & Ferreira, M. M. (2011). Auto-conceito da grávida-Factores associados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 40, 53–67.
- Sousa, D. D. de, Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2011). Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 335–343. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722011000200015>
- Tanya Nagahawatte, N., & Goldenberg, R. L. (2008). Poverty, Maternal Health, and Adverse Pregnancy Outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 80–85. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.016>
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, 8, 389–398.
- Tourinho, J. G. (2006). A mãe perfeita: Idealização e realidade. *IGT na Rede ISSN 1807-2526*, 3(5), Art. 5. <http://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/12>
- van Scheppingen, M. A., Denissen, Jaap. J. A., Chung, J. M., Tambs, K., & Bleidorn, W. (2018). Self-esteem and relationship satisfaction during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(6), 973–991. <https://doi.org/10.1037/pspp0000156>
- Vaz Serra, A. (1986). O "Inventário Clínico de Auto-Conceito". *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67–84.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise psicológica*, 6(2), 101-110. <http://hdl.handle.net/10400.12/2204>
- Vieira, S. F. (sem data). *STRESS, SATISFAÇÃO E EXPECTATIVAS PARENTAIS EM MÃES E PAIS DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR*. 78.

- Wenger, A., & Fowers, B. J. (2008). Positive illusions in parenting: Every child is above average. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(3), 611–634. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2007.00319.x>
- Wills, L., & Petrakis, M. (2019). The self in motherhood: A systematised review of relational self-construal and wellbeing in mothers. *Advances in Mental Health*, 17(1), 72–84. <https://doi.org/10.1080/18387357.2018.1476066>
- Yamamoto, Y., & Holloway, S. D. (2010). Parental Expectations and Children's Academic Performance in Sociocultural Context. *Educational Psychology Review*, 22(3), 189–214. <https://doi.org/10.1007/s10648-010-9121-z>