

Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Desenvolvimento de um Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto:
Prevenir... Antes de Nascer!

Catarina Pinheiro Martins Costa

Trabalho de Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Cristina Isabel Albuquerque Godinho, Professora Auxiliar Convidada
ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa

Co-orientadora:

Professora Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora Auxiliar
ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2017



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Desenvolvimento de um Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto
Prevenir... Antes de Nascer!

Catarina Pinheiro Martins Costa

Trabalho de Projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Cristina Isabel Albuquerque Godinho, Professora Auxiliar Convidada,
ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa

Co-orientadora:

Professora Doutora Sónia Gomes da Costa Figueira Bernardes, Professora Auxiliar
ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2017

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante”

(O Principezinho)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha orientadora, Prof. Cristina Godinho, pela dedicação, interesse e motivação com que abraçou este trabalho de projeto, assim como pela sua enorme disponibilidade para me acompanhar e orientar nesta caminhada, pela sua empatia e capacidade incrível de me motivar e incentivar a dar o meu melhor, e pelo feedback tão pertinente e sempre tão positivo, no momento certo. Foi um modelo para mim, não só como excelente profissional que é, mas como excelente pessoa.

Agradeço, também, à minha co-orientadora, Prof. Sónia Bernardes, pela sua capacidade de me fazer refletir sobre as melhores opções a tomar, pela fundamental orientação e suporte que me deu no início desta caminhada, assim como pela disponibilidade que foi demonstrando ao longo do processo para continuar a acompanhar o trabalho desenvolvido.

Agradeço também aos meus Pais, em particular à minha mãe, e também ao Daniel, pela preocupação e interesse constantes que demonstraram, pelas palavras certas no momento certo, pela vivência diária lado a lado nesta caminhada, pelo apoio que sempre tiveram disponível e pela motivação constante, fazendo-me sempre acreditar que sou capaz.

Por fim, agradeço aos colegas e amigos do Mestrado em Psicologia Social da Saúde, por toda a partilha de experiências, de dúvidas, mas também momentos de descontração.

A cada um, que à sua maneira, contribuiu com um pouco de si para que este trabalho de projeto fosse possível... muito obrigada!

RESUMO

A Depressão Pós-Parto afeta a mulher, todo o seu contexto, e representa um risco para a própria e para o desenvolvimento do bebê, quando não tratada atempadamente. Por esse motivo torna-se de extrema relevância intervir nesta problemática por forma a preveni-la.

Dada a inexistência de programas nacionais de prevenção primária da Depressão Pós-Parto, e à ausência de descrição detalhada de programas internacionais, este trabalho de projeto teve como objetivo o desenvolvimento de um programa psicossocial de prevenção primária da Depressão Pós-Parto.

Para tal, recorreu-se ao quadro metodológico do *Intervention Mapping* (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernandez, 2011), tendo sido seguidos os seis passos considerados: avaliação de necessidades e construção do modelo teórico de processo, estabelecimento dos objetivos do programa, estabelecimento dos métodos teóricos a utilizar, planeamento das sessões do programa, e condições de implementação e desenho da avaliação.

A avaliação de necessidades foi realizada junto de 10 mulheres grávidas, 5 profissionais de saúde e 6 mulheres no pós-parto, com recurso a entrevistas semiestruturadas, posteriormente analisadas de acordo com a metodologia da análise temática.

Como resultado da metodologia seguida estabeleceu-se o protocolo de intervenção do programa. Este programa destina-se a casais grávidos a partir das 20 semanas de gestação, com o objetivo de prevenir a Depressão Pós-Parto, sendo aplicado em instituições de saúde com interesse na sua prevenção. É constituído por 6 sessões, entre 30 a 60 minutos, aplicadas ao longo de 3 semanas. Aliando teoria e prática, abordaram-se diversas temáticas que a literatura evidencia estarem associadas à prevenção da Depressão Pós-Parto.

Palavras-Chave: *Programas de Intervenção; Prevenção Primária; Gravidez; Depressão Pós-Parto; Bem-Estar;*

ABSTRACT

The Postpartum Depression affects women, and all of her context. This disease represents a risk for women, and for baby's development, if it's kept untreated. So, the prevention is extremely relevant.

To our knowledge, there are no national primary prevention programs with a focus on postpartum depression, and the international programs that have been identified do not provide the necessary details that would allow them to be replicated. Thus, in this project we aimed to develop a psychosocial program for primary prevention of postpartum depression.

For this, we followed Intervention Mapping approach (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernandez, 2011), which is composed by six steps: needs assessment and the development of the theoretical process model, the establishment of program goal, the selection of theoretical methods, the development of a plan with the program's activities, the definition of an implementation plan and the design of the program evaluation.

The needs assessment was conducted with ten pregnant women, five health professionals, and six women in postpartum period, using semi-structured interviews that were analyzed by using a thematic analysis.

As result of the methodology used, the program protocol was established. The program is targeted at pregnant couples with more than twenty weeks of pregnancy, aims the primary prevention of Postpartum Depression, will be applied in health institutions interested in that prevention and contain six sessions, with 30 and 60 minutes, to be applied over the course of three weeks. Bringing together theory and practice, the sessions included several themes that the literature demonstrate to be associated with Postpartum Depression prevention.

Key-words: *Intervention Programs; Primary Prevention; Pregnancy; Postpartum Depression; Well-Being;*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	3
1. Caracterização da Depressão Pós-Parto.....	3
1.1) Definição e Sintomas.....	3
1.2) Prevalência.....	5
1.3) Consequências da Depressão Pós-Parto	6
2. Distinção entre os vários tipos de prevenção	7
3. Programas de prevenção primária da Depressão Pós-Parto	8
4. Objetivo do Trabalho de Projeto	9
Capítulo II – Método	11
Passo 1 – Avaliação de necessidades e fundamentação do programa.....	11
a) Revisão de literatura.....	11
b) Estudo qualitativo.....	12
Participantes.....	12
Instrumentos	13
Procedimento	14
Metodologia de análise.....	15
Passo 2 – Definição dos resultados e objetivos do programa.....	16
Passo 3 – Seleção dos Métodos Teóricos e Aplicações Práticas	16
Passo 4 – Definição da estrutura e materiais	17
Passo 5 – Plano de adoção e implementação.....	17
Passo 6 – Avaliação do Programa	17
Capítulo III – Protocolo de Intervenção para o Programa de prevenção da Depressão Pós-Parto	19
1) Fundamentação do Programa.....	19
2) Objetivos do programa.....	32

3) Estrutura do programa: Especificação das sessões a incluir	38
4) Materiais a utilizar no programa	53
5) Implementação do programa	57
6) Avaliação: desenho e seleção dos indicadores	58
Discussão.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1. - Caracterização da amostra	13
Quadro 3.1. - Fatores de risco da Depressão Pós-Parto identificados na literatura	21
Quadro 3.2. - Matrizes de Objetivos de base ao Desenvolvimento do Programa, e respetivos métodos de mudança e aplicações.....	34
Quadro 3.3 – Contributo das entrevistas para o desenvolvimento do programa.....	40
Quadro 3.4. - Sessões, atividades, objetivos, materiais e recursos do programa	47
Anexo A – Quadro 1.1. - Principais programas universais de prevenção primária da Depressão Pós-Parto, existentes na literatura.....	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1. Modelo Teórico de Processo

25

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

DPP – Depressão Pós-Parto

INTRODUÇÃO

A gravidez e o período do pós-parto são momentos marcantes na vida do casal pelas diversas mudanças que acarretam, por serem momentos de grande exigência física e emocional. O surgimento de um novo elemento entre o casal, geralmente é sinónimo de felicidade e de renascimento da vida, no entanto, tal como toda a recuperação necessária à mulher no pós-parto, também o nascimento acarreta exigências, e requer adaptação, e disponibilidade por parte do casal. Sabemos então, por estes motivos, que os primeiros dias do pós-parto podem ser exigentes para a mulher e para o casal (Canavarro, 2001). É neste momento de crise e de dificuldade de adaptação que a Depressão Pós-Parto, apesar de pouco frequente em Portugal, pode surgir

Pelas implicações que esta problemática representa para a saúde da mulher e para o desenvolvimento do próprio bebé a diversos níveis, torna-se interessante e relevante pensar nesta problemática do ponto de vista da prevenção e da promoção da saúde do casal ao longo da gravidez. Assim, surge este trabalho de projeto que corresponde ao desenvolvimento de um programa psicossocial de prevenção primária da Depressão Pós-Parto, tendo em vista a promoção da saúde de casais, a partir das 20 semanas de gestação, quando os riscos associados ao primeiro trimestre já não são tão evidentes.

Num primeiro capítulo será apresentada a caracterização da problemática da Depressão Pós-Parto, nomeadamente no que diz respeito aos sintomas, caracterização e prevalência, sendo apresentadas, em seguida, as suas consequências. Para terminar o primeiro capítulo será ainda apresentada uma definição dos vários tipos de prevenção, distinguindo-se cada um deles, sendo também apresentado um resumo dos vários programas de prevenção existentes a nível nacional e internacional e por fim os objetivos deste trabalho de projeto.

Num segundo capítulo, será apresentada a metodologia inerente a todo o processo de desenvolvimento do programa. Neste ponto será apresentado um breve resumo de cada fase seguida no desenvolvimento do programa. A primeira fase englobou a avaliação de necessidades, a caracterização da amostra, e os participantes e instrumentos. A segunda fase incluiu o estabelecimento dos resultados e dos objetivos do programa. A terceira fase englobou as atividades e aplicações práticas do programa, sendo que a quarta fase consistiu no desenvolvimento de determinadas componentes do programa (sessões, materiais,

recursos). A quinta fase correspondeu às condições de implementação e por último, a sexta fase à avaliação do próprio programa.

No terceiro capítulo será especificado o protocolo de intervenção, que servirá de base à implementação do programa no futuro. Ainda no terceiro capítulo será apresentado o modelo teórico de processo que constituiu a base do programa, será apresentada uma definição dos conceitos que o constituem, assim como a análise das entrevistas realizadas.

Por último, apresentar-se-á uma discussão final com o objetivo de enfatizar novamente a relevância de um programa desta natureza, reconhecer as limitações deste, assim como ser um contributo para estudos na área da Depressão Pós-Parto, e da promoção da saúde ao longo da gravidez.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Caracterização da Depressão Pós-Parto

1.1) Definição e Sintomas

Caracterizando o período do pós-parto, autores como Shorey, Chan, Chong, e He (2014) consideram este período como uma transição stressante durante a qual surgem diversas mudanças quer físicas quer emocionais, das quais se destacam, para além das correspondentes aos sintomas, as alterações de papel e de responsabilidade. Os mesmos autores referem este período como algo stressante também porque associado aos sintomas de fraca autoeficácia materna e ao maior risco de depressão no período do pós-parto, se encontra a ausência de suporte social para as mães, o que é problemático, e apontado como um dos fatores preditores da Depressão Pós-Parto.

Moshki, Beydokhti, e Cheravi (2013) também caracterizam o período da gravidez e do pós-parto como momentos sensíveis na vida da mulher, apontando também eles as mudanças físicas, sociais e psicológicas características deste período. Fazendo referência também a elementos designados stressores, quer físicos quer emocionais, bem como mudanças no estilo de vida. De acordo com Clout, e Brown (2016) o período da gravidez caracteriza-se também por tensões significativas ao nível da relação conjugal, aumento do risco de stress psicológico materno em geral e da Depressão Pós-Parto durante o período perinatal em particular.

Para que seja possível compreender o que se entende por Depressão Pós-Parto, será útil ter conhecimento de como esta se manifesta. Deste modo, ao compreender os sintomas, a tarefa de definir a Depressão Pós-Parto ficará mais facilitada.

Relativamente à sintomatologia da Depressão Pós-Parto, existe consenso ao nível de diversas culturas e para a maioria dos autores dos quais são exemplo Dennis e Dowswell (2013), de que a Depressão Pós-Parto se inicia nas primeiras doze semanas após o parto, caracterizando-se por uma diversidade de sintomas como: solidão; preocupações acerca das competências maternas; conflitos de papéis; incapacidade de *coping*; disforia; vulnerabilidade emocional; insónias; confusão; culpa; e ideação suicida. A estes sintomas, Moshki, Beydokhti e Cheravi (2013), acrescentam: falta de atenção à aparência; baixa resposta emocional; pouca comunicação; anorexia; redução da libido; irritabilidade; e pensamentos negativos. Dennis e Dowswell (2013), advertem que em cerca de 8% das mulheres, os sintomas depressivos podem manter-se após o primeiro ano de pós-parto, o que se torna problemático não só para a

própria mulher, mas para toda a sua dinâmica familiar e social, sendo por isso de extrema importância conseguir prevenir esta perturbação atempadamente.

Após apresentação breve do que se caracteriza pelo período da gravidez e pós-parto, bem como dos sintomas associados à Depressão Pós-Parto surge a necessidade de distinguir esta problemática de outras problemáticas que poderão surgir nestes dois períodos – Psicose Puerperal - e do considerado normativo *Blues* Pós-Parto. A literatura divide essencialmente as problemáticas relacionadas com a gravidez, em três classes: *Baby Blues/Blues* Pós-Parto, Depressão Pós-Parto e Psicose Puerperal Pós-Natal (Armstrong & Edwards, 2004).

O *Blues* pós-parto (*baby blues*, tristeza pós-parto ou também designado melancolia da maternidade) é relativamente frequente no período do pós-parto, ocorrendo em 6 a 8 puérperas em 10. O seu aparecimento ocorre geralmente entre o segundo e terceiro ou quinto dia após o parto, podendo persistir entre uma a três semanas. Apesar disso, apresenta remissão espontânea, não sendo por isso necessária intervenção por parte de um profissional (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005; Correia, 2010; Armstrong & Edwards, 2004). O *blues* pós-parto caracteriza-se por alterações emocionais consideradas normais no momento do pós-parto, tais como – oscilações de humor, tristeza, vontade inexplicável de chorar, irritabilidade face a situações do quotidiano, alterações nos padrões do sono e de alimentação, e insegurança face ao ato de cuidar do bebé. Apesar de tudo, as rotinas da mulher mantêm-se (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005; Correia, 2010; Armstrong & Edwards, 2004).

Por outro lado, a psicose puerperal afeta entre 1 a 2 mulheres em cada mil, manifestando-se por sintomas intensos- ruminações graves ou pensamentos delirantes sobre a criança, estando também associados a um aumento do risco de maus tratos ao bebé (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005). De acordo com os mesmos autores, a psicose puerperal requer intervenção psiquiátrica imediata e hospitalização.

A Depressão Pós-Parto, que se encontra entre estes dois extremos, distingue-se do *baby blues* - mais ligeiro e menos intenso - pela severidade dos sintomas e longa duração que apresenta (Armstrong & Edwards, 2004). De acordo com Moshki, Beydokhti e Cheravi (2013), a *American Psychiatric Association* descreve a Depressão Pós-Parto como um episódio de depressão que se inicia geralmente quatro semanas após o parto, durante as quais o período de maior incidência ocorre entre as quatro e as oito semanas após o parto, podendo prolongar-se por um ano após o mesmo (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005). Chegando mesmo a ser caracterizada como um fenómeno depressivo que ocorre no primeiro ano após o parto, de acordo com Dennis & Dowswell (2013).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) 5ª edição (2013),

não estabelece uma distinção clara entre a Depressão Pós-Parto e a Depressão que ocorre noutros momentos da vida que não após o parto. No entanto, este manual refere a aplicação específica da Depressão Pós-Parto nas seguintes situações: 1) no caso de nem todos os critérios de uma depressão *major* estarem presentes, 2) caso o mais recente episódio depressivo *major* tenha ocorrido com sintomas de variação de humor durante a gravidez ou nas quatro semanas após o parto. O mesmo DSM - V estima que entre 3 a 6% das mulheres experienciarão um conjunto de episódios depressivos *major* durante a gravidez ou nas semanas ou meses após o parto, e também que 50% dos episódios depressivos *major* no pós-parto se iniciam antes do parto- i.e., designado como periparto e sendo caracterizados por ataques de pânico e ansiedade severa. De acordo ainda com o DSM – V (2013), os sintomas de ansiedade durante a gravidez, assim como o *baby blues*, são fatores que aumentam em grande parte o risco de desenvolvimento de Depressão Pós-Parto *Major*.

1.2) Prevalência

Passemos agora à apresentação dos dados correspondentes à prevalência da Depressão Pós-Parto tanto em contexto internacional como nacional. Tendo por base o conjunto de dados relativos ao contexto internacional, considera-se que existe variabilidade ao nível da prevalência da Depressão Pós-Parto ao longo dos anos. Desde os dados referentes ao ano de 1996 presentes na revisão de Stewart, Robertson, Dennis, Grace e Wallington (2003) referentes ao contexto vivenciado na América do Norte, Europa e Japão, em que a Depressão Pós-Parto afetava 13% das mulheres nos primeiros doze meses após o parto, até uma revisão sistemática mais recente de Dennis, Brown e Morrell (2016) que revela um aumento dessa prevalência para 19,2% e englobando outros estudos de outros autores, verifica-se, de um modo geral, que esta prevalência se encontra essencialmente entre 3-25% das mulheres no período do pós-parto (Elliot, Leverton, Sanjack, Turner, Cowmeadow, Hopkins & Bushnell, 2000; Armstrong & Edwards, 2004; Daley, Jolly & MacArthur, 2009; Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013; Shorey, Chan, Chong & He, 2014; Clout & Brown, 2016). Atendendo à tão grande amplitude apresentada e ao facto de que diversos fatores preditores da problemática são alteráveis do ponto de vista da psicologia, pode considerar-se relevante a importância de uma intervenção o mais precocemente possível, que possibilite uma prevenção do fenómeno, mesmo antes de ele ocorrer, ou a deteção precoce deste, tendo por base os sintomas e os fatores de risco a ele associados.

Passando agora à caracterização da prevalência no contexto nacional, estudos indicam

valores que não se afastam muito da amplitude mencionada para os estudos internacionais. São exemplo disso estudos que indicam uma prevalência da Depressão Pós-Parto em Portugal entre 8 – 10% (Correia, 2010), assim como entre 13,1% nas primeiras 5 semanas do pós-parto (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996), aumentando a prevalência com o decorrer dos meses do pós-parto, até aos 12 meses.

1.3) Consequências da Depressão Pós-Parto

Tendo em conta os sintomas que caracterizam a Depressão Pós-Parto e considerando também as suas manifestações a nível físico, emocional, ou social, é possível compreender que esta problemática tem impacto nas interações parentais (i.e., na relação que se estabelece entre a figura materna/paterna e a criança) afetando o desenvolvimento das crianças, por ser um fator causador de stress significativo para estas (Dennis & Dowswell, 2013). De acordo com os mesmos autores, a literatura demonstra uma correlação positiva entre mães depressivas e um baixo desenvolvimento motor e intelectual, assim como maiores dificuldades temperamentais e vinculação insegura dos filhos dessas mães. Goodman e Gotlieb (1999) demonstram que crianças filhas de mães deprimidas apresentam uma reatividade mais negativa ao stress, bem como défice no desenvolvimento de estratégias de autorregulação, baixo desempenho académico, e ainda fracas competências sociais, baixos níveis de autoestima e consequentemente mais altos níveis de comportamentos problemáticos.

Deste modo, considera-se que a Depressão Pós-Parto da mãe, afeta o desenvolvimento emocional, cognitivo, assim como o comportamento social da criança, as suas funções psicossociais e os padrões cruciais de interação na família. Além disso, é também importante ter em consideração as perturbações que a Depressão Pós-Parto acarreta para a vida social em que a mulher está envolvida, assim como para as suas funções pessoais e tarefas domésticas (Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013). Desta forma, a Depressão Pós-Parto, apresenta consequências não só para a saúde da mãe e da criança, mas também para a família como um todo, tornando problemáticas as interações mãe-criança e sendo responsável por perceções negativas do comportamento da criança. Esta problemática é, pelo mesmo motivo, potenciadora de conflitos ou dificuldades conjugais, tornando mais evidente a possibilidade de o parceiro/pai da criança vir a desenvolver Depressão Pós-Parto também (Daley, Jolly & MacArthur, 2009; Elliot, Leverton, Sanjack, Turner, Cowmeadow, Hopkins & Bushnell, 2000).

Tendo em conta o impacto negativo da Depressão Pós-Parto não só a nível individual

(i.e., para a mulher e para o bebé), mas também psicossocial (para todo o contexto familiar e relacional que a envolve), assim como considerando a significativa prevalência desta, torna-se imprescindível que haja uma prevenção adequada. Além disso, quando não tratada, a Depressão Pós-Parto pode evoluir para uma Depressão clínica severa noutra altura da vida, sendo que num número reduzido de casos pode levar ao suicídio (Lindahl, Pearson & Colpe, 2005).

2. Distinção entre os vários tipos de prevenção

Explicitados os conceitos que envolvem a Depressão Pós-Parto, passemos agora à definição dos que contribuem para compreender os objetivos gerais deste trabalho de projeto: a prevenção primária da Depressão Pós-Parto. Como tal, para desenvolver um programa de prevenção primária nesta área, é essencial ter consciência dos tipos de prevenção existentes, e do porquê da necessidade de prevenção; para introduzir o tema da prevenção da Depressão Pós-Parto, será importante antes de mais compreender o que se entende por prevenção e quais as dimensões em que esta se subdivide.

De acordo com Almeida (2005), existem quatro tipos distintos de prevenção. Por prevenção primária, ou primordial como o autor refere, entende-se o evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que contribuem para um risco acrescido de doença. O autor defende ainda que este tipo de prevenção deverá incluir políticas e programas de promoção de determinantes positivos de saúde. O autor caracteriza ainda a prevenção primária como um conjunto de atividades que tem por objetivo remover a exposição de um indivíduo ou população a um fator de risco antes que se desenvolva um mecanismo patológico. Pretende-se assim, segundo Almeida (2005), com este tipo de prevenção minimizar a incidência de doença através do controlo dos fatores de risco.

A prevenção secundária pretende detetar um problema de saúde num indivíduo ou população em fase precoce, condicionando de forma favorável, a sua evolução. Neste ponto enquadram-se os rastreios (Almeida, 2005). Já a prevenção terciária procura reduzir os custos sociais e económicos dos estados de doença na população tendo por base a reabilitação, reintegração precoce e potencializando a capacidade funcional. A prevenção terciária implica, portanto, o tratamento e controlo de doenças crónicas, correspondendo à gestão dos estados de doença (Almeida, 2005). Por fim, existe ainda um quarto tipo de prevenção destacado pelo autor - a prevenção quaternária - que procura evitar ou atenuar o excesso de intervenção

médica, pretendendo-se capacitar as próprias pessoas ao fornecer informação necessária e suficiente para que possam tomar decisões autónomas, sem falsas expectativas e tendo conhecimento das vantagens e desvantagens dos métodos de diagnóstico ou terapêuticos propostos (Almeida, 2005).

Para além desta classificação de prevenção, existe também a classificação da prevenção de acordo com a população a que se dirige: 1) Universal, quando a prevenção se dirige a toda a população, 2) Seletiva, dirigida a população em risco de desenvolver determinada perturbação, 3) Indicada, para população já identificada com a perturbação (Dennis, & Dowswell, 2013).

A prevenção primária da Depressão Pós-Parto, segundo os mesmos autores, é a melhor forma de evitar os efeitos adversos quer para a mãe quer para o bebé, ao nível do seu desenvolvimento social e emocional.

3. Programas de prevenção primária da Depressão Pós-Parto

Existe uma grande diversidade de programas preventivos da Depressão Pós-Parto, sendo que alguns destes são programas de prevenção primária universais. Estes programas consideram-se de prevenção primária, uma vez que visam a prevenção antes da existência da problemática e independentemente de existir ou não risco de desenvolvimento da Depressão Pós-Parto. Estes programas, são também considerados programas universais uma vez que se destinam a todas as mulheres e/ou casais e são aplicados durante e/ou após a gravidez (ver Quadro 1.1. Anexo A). Para além destes, existem na literatura programas de prevenção secundária que visam o rastreio da Depressão Pós-Parto, detetando precocemente os sintomas e atentando nos fatores de risco que lhe estão associados, por forma a evitar uma progressão da problemática. De entre os quais se destaca um programa elaborado em Coimbra, com vista ao rastreio o mais precocemente possível da Depressão Pós-Parto, através de um questionário de autorrelato (TSF, 2015).

Os programas internacionais de prevenção primária, centram-se na sua grande maioria nas mudanças que ocorrem ao longo da gravidez e do pós-parto (Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013; Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Fisher, Wynter & Rowe, 2010; Shorey, Chan, Chong & He, 2014); nas relações positivas entre o casal (ao nível da comunicação) e na gestão do stress, assim como na resolução de problemas e conflitos

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

(Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013; Mao, Li, Chiu, Chan & Chen, 2012; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Feinberg & Kan, 2011; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Elliot e colaboradores, 2000; Shorey, Chan, Chong & He, 2014). Centram-se ainda na importância da vinculação e do reconhecimento dos sinais da criança (Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Elliot e colaboradores, 2000; Fisher, Wynter & Rowe, 2010; Shorey, Chan, Chong & He, 2014); e nas expectativas entre o bebé imaginário e o bebé real (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011). Além disso, estes programas focam também, por exemplo, a psicoeducação (Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004; Drozd, Haga, Brendryen & Slinning, 2015), nomeadamente ao nível da transmissão de informação relacionada com a gravidez e período do pós-parto, abordando ainda as questões associadas diretamente à Depressão Pós-Parto (Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Eliot e colaboradores, 2000) e ainda a importância que o Suporte Social representa neste período (Feinberg, & Kan, 2011; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011).

Essencialmente são programas universais, isto é, para a população em geral, direcionados a mulheres grávidas, mas também a casais, não distinguindo entre os trimestres da gravidez, ou momento do pós-parto para a sua aplicação.

4. Objetivo do Trabalho de Projeto

De acordo com o que foi mencionado acima, pode constatar-se que os programas de prevenção primária existentes na literatura, se referem à população internacional, não se encontrando referência a programas de prevenção primária elaborados para a população portuguesa. Além disso, os programas descritos na literatura internacional não se encontram detalhados o suficiente de modo a permitirem replicação. Justifica-se, portanto, desta forma, o desenvolvimento de um programa que se adeque à população nacional.

Assim, o objetivo geral deste trabalho de projeto prende-se com o desenvolvimento de um programa psicossocial de prevenção primária da Depressão Pós-Parto, esperando-se contribuir assim para um aumento do bem-estar emocional materno e uma redução do stress no cuidado da criança.

O objetivo do programa especificamente relacionado com a saúde e qualidade de vida, engloba, assim, a promoção do bem-estar das mulheres grávidas e dos seus parceiros, através

da promoção de fatores protetores e prevenção dos fatores de risco psicossociais e alteráveis, associados à Depressão Pós-Parto.

Capítulo II – Método

A metodologia seguida no desenvolvimento do Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto teve por base o quadro metodológico do *Intervention Mapping* (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb & Fernandez, 2011), que compreende seis passos. O passo 1 engloba a avaliação de necessidades e a construção de um modelo teórico de processo. O passo 2 refere-se ao desenvolvimento do modelo lógico da mudança através do desenvolvimento de uma matriz de objetivos. O passo 3 corresponde à seleção dos métodos teóricos e definição das atividades que permitirão ter um impacto nos determinantes associados à problemática e à sua prevenção. O passo 4 contém a definição detalhada do programa, incluindo-se aqui a estrutura e os materiais. O passo 5 é caracterizado pelo planeamento da implementação e o 6 pelo planeamento da avaliação do programa.

De seguida iremos apresentar em maior detalhe a metodologia seguida, em cada um destes passos, no desenvolvimento do Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto.

Passo 1 – Avaliação de necessidades e fundamentação do programa

O objetivo da avaliação de necessidades é de que os conteúdos a incluir no programa sejam o mais adaptados possível à população, e por isso que a opinião da mesma seja englobada no programa. Neste passo foi também definida a população-alvo e os locais onde se espera que o programa venha a ser implementado.

A avaliação de necessidades, através da realização de entrevistas individuais semiestruturadas, e da revisão de literatura sobre os fatores associados à ocorrência da Depressão Pós-Parto, permitiu desenvolver um modelo teórico de processo que estabelece a relação entre os vários fatores de risco e de proteção potencialmente modificáveis identificados.

a) Revisão de literatura

A revisão de literatura constituiu a base inicial do desenvolvimento deste programa. Primeiramente, através de repositórios e bases de dados institucionais (Repositório do ISCTE, PsychInfo, PsychArticles), e outras fontes como o ResearchGate, foi realizada uma pesquisa abrangente que permitiu em primeiro lugar caracterizar a Depressão Pós-Parto e em seguida identificar quais os fatores protetores e de risco que lhe estão associados. De entre os diversos fatores de risco e de proteção identificados na literatura, foram considerados para a

intervenção aqueles que a literatura identifica como sendo fatores moderados e fortes, e que em simultâneo são passíveis de serem alteráveis do ponto de vista de intervenções psicossociais, sendo feita, desta forma, uma seleção dos fatores de risco e de proteção que mais se associam à Depressão Pós-Parto. Posteriormente, realizou-se nova pesquisa, no sentido de compreender que programas de prevenção primária já existiam na literatura a nível internacional e nacional.

b) Estudo qualitativo

As entrevistas, são parte de uma metodologia qualitativa e tiveram por objetivo a recolha de opiniões de informantes-chave no que diz respeito à Depressão Pós-Parto. O objetivo principal destas entrevistas foi o de compreender esta problemática sob diferentes perspetivas, as quais se consideram úteis para o desenvolvimento do programa.

Participantes

Participaram neste estudo 21 pessoas (5 profissionais de saúde, 10 mulheres grávidas e 6 mulheres no pós-parto) (ver Quadro. 2.1.). Pretendia-se ainda entrevistar mulheres que tivessem experienciado Depressão Pós-Parto, os seus parceiros, assim como os parceiros das mulheres grávidas, no entanto tal não possível pela dificuldade em aceder à amostra.

Quadro 2.1. - Caracterização da amostra

Participantes	Idades	Sexo	Habilitações Literárias	Área de Residência	Local de Trabalho/ Situação Ocupacional	Outras Observações
5 profissionais de saúde	33 – 61 anos	Mulheres (4) Homens (1)	Entre Licenciatura e Mestrado	Lisboa	Clínica e Hospital (4); Clínica (1)	
10 grávidas	27-37 anos	Mulheres	Entre Ensino Secundário e Mestrado	Lisboa	Entre Desempregada e Trab. Conta próp/ Outrem	Maioritariamente grávidas de primeiro(s) filho(s)
6 mulheres no pós-parto há cerca de 1 ano	26 – 37 anos	Mulheres	Entre Ensino Secundário e Mestrado	Lisboa, Porto, Zona Centro de Portugal	Entre Desempregada e Trab. Conta Própria/ Outrem	Agregado familiar: 3 a 5 pessoas (casal, bebé(s) e outros filhos do casal) Sem intercorrências no parto/ Obstétricas

Excluíram-se, por questões éticas, mulheres que estivessem a experienciar Depressão Pós-Parto. Este fator de exclusão foi garantido na avaliação de necessidades, ao perguntar-se às mulheres grávidas, se era a primeira gravidez e, às mulheres que experienciaram o pós-parto há cerca de um ano, se tinham experienciado Depressão Pós-Parto.

Excluíram-se também profissionais sem conhecimento na área da Depressão Pós-Parto.

Instrumentos

As entrevistas foram semiestruturadas, de acordo com guiões previamente elaborados (Anexo B), diferenciados para cada grupo populacional – profissionais de saúde, mulheres grávidas e mulheres que experienciaram o pós-parto há cerca de um ano.

De uma forma geral, com estas entrevistas pretendeu-se compreender os recursos existentes para prevenir ou tratar a Depressão Pós-Parto, assim como compreender os conhecimentos da população acerca destes recursos, as dificuldades ou necessidades sentidas associadas ao período do pós-parto, o que foi promotor de bem-estar e dificuldades sentidas nessa fase. Pretendeu-se também obter sugestões acerca de temas úteis a abordar, bem como de qual a melhor forma de o fazer e de quem seria útil incluir no referido programa.

De uma forma específica, ao entrevistar os profissionais de saúde pretendeu-se compreender (de acordo com o seu conhecimento) qual o impacto que a Depressão Pós-Parto representa, se existe ou não um padrão da doença, o que pode potenciar a problemática ou ser protetor da mesma. Pretendeu-se ainda compreender novamente de acordo com o conhecimento de cada profissional na temática, o que no seu entender, existe a nível de recursos, e o que é realizado nas consultas de seguimento da gravidez e/ou pós-parto no âmbito da prevenção da Depressão Pós-Parto. Assim como compreender que procedimentos são realizados perante a suspeita ou deteção desta problemática em mulheres grávidas e/ou no pós-parto. Pretendeu-se também compreender o que e como poderia ser viável abordar a prevenção com os casais/mulheres tendo em vista o curto espaço de tempo de cada consulta, assim como qual a melhor estratégia de implementação do programa e para que a mensagem chegue ao público-alvo.

Ao entrevistar mulheres grávidas, pretendeu-se compreender quais os conhecimentos já existentes acerca da Depressão Pós-Parto, da sua prevenção, e dos recursos a que poderão recorrer para a prevenir ou tratar. Pretendeu-se também compreender o que, quem, e de que forma estas mulheres consideram que seria útil englobar num programa de prevenção da Depressão Pós-Parto, assim como o que consideram que está em falta na comunidade relativamente a esta temática e que poderia ser melhorado. Pretendendo-se ainda compreender a sua atitude e sugestões relativamente à inclusão dos parceiros no programa.

Ao entrevistar mulheres no pós-parto, pretendeu-se essencialmente para além de complementar com o que se pretendia com as entrevistas a mulheres grávidas, centrar mais especificamente no período do pós-parto, nas necessidades sentidas de facto por estas mulheres e o que teria sido útil para as ultrapassar. Pretendeu-se também compreender o que foi promotor do seu bem-estar ao longo da gravidez e pós-parto, e ainda o que poderia ser benéfico o programa conter.

Procedimento

As entrevistas às mulheres grávidas e aos profissionais de saúde decorreram numa clínica privada de obstetrícia e ginecologia em Lisboa, após a autorização do Diretor ¹.

¹ Procurou-se também recolher dados relativos a mulheres que experienciaram Depressão Pós-Parto e seus parceiros, numa Maternidade de um Hospital Público em Lisboa, tendo o mesmo projeto sido submetido à comissão de ética do respetivo hospital, não tendo sido, no entanto, possível obter autorização para a realização das entrevistas em tempo útil.

Relativamente às mulheres grávidas, a clínica foi contactada, foi explicado o âmbito do estudo, e após aceitação por parte da clínica foi entregue o projeto que explicitava em maior detalhe o que se pretendia com a realização do estudo. As entrevistas foram agendadas de acordo com o horário das consultas médicas das mulheres grávidas, e decorreram num gabinete cedido pela clínica, após a consulta médica. No dia da entrevista, foi realizada uma introdução pela responsável da clínica junto de cada mulher grávida no sentido de se compreender se aceitaria colaborar. Após confirmação, era indicado o gabinete e proceder-se-ia à realização da entrevista presencial e individual, sendo entregue previamente um consentimento informado (Anexo C), explicitando-se o âmbito do estudo, o carácter voluntário da participação bem como a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, sendo ainda solicitada autorização para a gravação das entrevistas para posterior transcrição e análise global das respostas (Anexo D).

Relativamente aos profissionais de saúde, estes foram contactados pela responsável da clínica, e após aceitarem colaborar na entrevista foi agendado dia e hora da mesma, tendo esta decorrido no seu próprio gabinete, e tendo sido seguidos os mesmos procedimentos estabelecidos para as entrevistas a mulheres grávidas.

Relativamente às mulheres que experienciaram o pós-parto há cerca de um ano, por ser uma população de mais fácil acesso, a recolha desta amostra não se realizou com recurso a hospitais ou clínicas, recorrendo-se a contactos de pessoas conhecidas. As entrevistas foram realizadas via telefone ou *Skype* de acordo com a disponibilidade das participantes, garantindo-se, no entanto, o seu anonimato e procedendo-se em seguida à transcrição das entrevistas (Anexo D) e análise das respostas de uma forma global.

Metodologia de análise

A metodologia utilizada para a análise das entrevistas realizadas foi a análise temática, que tem como objetivos gerais analisar padrões ou temas através dos dados ou da teoria (Braun & Clarke, 2006). Esta permite descrever e organizar o conjunto de dados com algum detalhe (Braun & Clarke, 2006).

Optou-se por esta metodologia, uma vez que se pretendia compreender quais as temáticas referidas acerca do que um programa de prevenção primária da Depressão Pós-Parto poderia conter. Com esta análise pretende-se também compreender quais os conhecimentos da população acerca da importância dos determinantes mencionados no

modelo teórico de processo, assim como se estes vão ao encontro do que é referido na literatura, permitindo assim uma base sólida ao desenvolvimento do programa.

Para a referida análise dos dados obtidos recorreu-se a um programa de análise qualitativa (NVIVO) por forma a facilitar todo o processo de análise. Como técnica de análise foram conciliadas uma metodologia indutiva (i.e., dos dados para a teoria, em que os temas são identificados especificamente a partir dos dados obtidos) e uma metodologia dedutiva (i.e., da teoria para os dados, em que a análise tende a ser conduzida de acordo com o interesse do investigador na área) (Braun & Clarke, 2006). Assim, estabeleceram-se algumas categorias de análise à priori, decorrentes da revisão de literatura sobre os fatores de risco e proteção em relação à Depressão Pós-Parto, mas criaram-se também algumas categorias de análise novas quando os dados das entrevistas não se enquadravam em nenhuma das categorias previamente estabelecidas. De forma a garantir a consistência ao longo da codificação das entrevistas, elaborou-se um dicionário de categorias (Anexo E), com as respetivas definições e exemplos ilustrativos do tipo de dados a codificar nessa categoria.

Passo 2 – Definição dos resultados e objetivos do programa

Neste passo definiram-se os objetivos de desempenho, i.e., o que se pretende que a população-alvo faça no final do programa, e os objetivos de mudança e seus determinantes i.e., que mudanças irão ser promovidas para que a população-alvo atinja os objetivos de desempenho previstos. Estes foram organizados sob a forma de matriz, que foi posteriormente utilizada no passo 3, na definição de métodos teóricos e aplicações práticas que pudessem ter impacto nestes determinantes/objetivos.

Passo 3 – Seleção dos Métodos Teóricos e Aplicações Práticas

Neste passo complementou-se a matriz de objetivos anteriormente desenvolvida, com os métodos teóricos e aplicações práticas, i.e., métodos teoricamente fundamentados relacionados com a mudança de comportamentos e formas práticas de os aplicar. Procedeu-se assim, ao estabelecimento de métodos e estratégias com vista a alcançar cada objetivo definido para o programa no passo anterior. Os métodos selecionados basearam-se na literatura, no entanto dada a escassez de programas preventivos detalhados e a impossibilidade consequente de se recorrer a dados empíricos que permitissem sustentar a escolha dos métodos, a seleção da maioria dos métodos foi baseada na teoria (Bartholomew et al., 2011).

Passo 4 – Definição da estrutura e materiais

Neste passo, desenvolveram-se as componentes do programa, i.e., a estrutura das sessões, o conteúdo e alguns materiais. A sua definição teve em consideração a revisão de literatura efetuada, as sugestões da amostra entrevistada e a matriz de objetivos desenvolvida, estabelecendo-se a ligação aos métodos e aplicações práticas.

As sugestões dos entrevistados foram tidas em conta no sentido de adaptar as ideias para o programa ao que foi referido como sendo viável, ou mais atrativo, esperando-se deste modo tornar as componentes do programa exequíveis e interessantes para a população-alvo.

Foi também avaliado o que já existe a nível dos programas já existentes, através da revisão de literatura previamente efetuada, e definiu-se o canal de aplicação ou via de implementação das diversas componentes.

Passo 5 – Plano de adoção e implementação

Neste passo planeou-se o uso do programa, assim como quem o poderá aplicar, bem como que partes poderão estar interessadas neste, e que recursos utilizar. Os recursos - quer materiais, quer humanos – foram equacionados neste passo, e apenas se incluíram os estritamente necessários. Para além disso, foi também elaborado um plano de implementação do programa.

Passo 6 – Avaliação do Programa

Neste passo foi estabelecido o design de avaliação do programa e definidos os indicadores a utilizar na avaliação de processo e medidas relacionadas com os construtos presentes no modelo teórico de processo que se pretende avaliar no sentido de estabelecer a eficácia do programa.

Para estabelecer a avaliação de resultados, teve-se em consideração a avaliação do como e porquê da implementação do programa, esperando-se mudanças em primeiro lugar nos determinantes e nos objetivos de mudança, mas também ao nível dos objetivos de desempenho previstos.

Foi também elaborada uma proposta de avaliação de impacto- i.e., se o programa alcança o que deve alcançar e se tem impacto no bem-estar da população-alvo, assim como na qualidade de vida.

Capítulo III – Protocolo de Intervenção para o Programa de prevenção da Depressão Pós-Parto

1) Fundamentação do Programa

Para desenvolver e aplicar um programa de prevenção da Depressão Pós-Parto, torna-se essencial conhecer antes de mais o fenómeno, bem como os fatores que lhe estão associados, no sentido de compreender onde se poderá intervir com vista à sua prevenção. Ao longo deste primeiro ponto, serão apresentados esses aspetos. A Depressão Pós-Parto, ao surgir, tem início nas primeiras dozes semanas após o parto, caracterizando-se por solidão, preocupação acerca das competências maternas, vulnerabilidade emocional, insónias (Dennis & Dowswell, 2013), pensamentos negativos, pouca comunicação e baixa resposta emocional (Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013). Apresentando implicações a diversos níveis que englobam não só a mulher, mas também a criança, e todo o contexto que a envolve, ao longo da gravidez e no período do pós-parto.

À problemática da Depressão Pós-Parto, encontram-se associados múltiplos fatores - protetores e de risco. Começemos por definir o que se entende por Fator de Risco, para de seguida detalhar os fatores de risco e protetores em relação à Depressão Pós-Parto. Considera-se fator de risco, toda a condição que aumenta o risco de vir a sofrer determinada problemática, ou seja o que aumenta a probabilidade de sofrer um determinado problema (Bourbon, 2016).

Autores como Schmidt, Piccoloto e Muller (2005) e Dennis e Dowsewll (2013), afirmam que alguns fatores de risco da Depressão Pós-Parto são semelhantes aos da Depressão que surge noutros momentos que não durante a gravidez e pós-parto. Deles fazem parte o historial de psicopatologia, depressão ou ansiedade anterior ao parto, fraca relação com o parceiro, conflito ou insatisfação conjugal, eventos de vida stressantes, complicações obstétricas e neonatais, assim como insatisfação face à imagem corporal, e por fim, falta de suporte social.

Os fatores associados à Depressão Pós-Parto incluem os demográficos, clínicos como a depressão e ansiedade durante a gravidez (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003; Pearlstein, Howard, Salisbury & Zlotnick, 2008), o *blues* pós-parto, a história prévia e familiar de depressão (Norhayati, Hazlina, Asrenee & Emilin, 2015), fatores obstétricos como as complicações durante a gravidez e parto (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003), o facto de ser uma gravidez indesejada ou não planeada (Stewart, Robertson, Dennis,

Grace & Wallington, 2003). Inclui ainda fatores psicológicos como atribuições cognitivas negativas, neuroticismo (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003), baixa autoestima, e por fim fatores sociais, dos quais se destacam os eventos de vida stressantes, suporte social (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003; Yim, Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook & Schetter, 2015; Pearlstein, Howard, Salisbury & Zlotnick, 2008; Norhayati, Hazlina, Asrenee & Emilin, 2015) e isolamento social percebido, relação conjugal pouco satisfatória e estado de relacionamento (Yim, Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook & Schetter, 2015; Norhayati, Hazlina, Asrenee & Emilin, 2015).

Os fatores de risco, podem ainda dividir-se em duas grandes categorias – os modificáveis e os não modificáveis (Bourbon, 2016). Os modificáveis são todos aqueles passíveis de intervenção como é o caso dos fatores psicossociais, de alguns clínicos, sociais e psicológicos. Por outro lado, os não modificáveis dizem respeito aos fatores de origem biológica. Neste programa centrar-nos-emos nos fatores modificáveis, nomeadamente nos psicossociais, i.e., relacionados com a interação entre as características da pessoa e as do seu contexto social.

Sendo este programa preventivo, é relevante referir que um dos fatores mais importantes da prevenção enunciados por Schmidt, Piccoloto e Muller (2005), é o suporte social. Por Suporte Social entendem-se os recursos que estão ao dispor do indivíduo e das unidades sociais, tais como a família que responde ao pedido de ajuda (Abrunheiro, 2005). Ou seja, por suporte social entende-se a possibilidade de a pessoa usufruir do apoio do cônjuge ou de pessoa significativa e de quem faculta esse apoio apresentar também disponibilidade para essa partilha. Sabemos que de acordo com Stewart, Robertson, Dennis, Grace e Wallington (2003) baixos níveis de suporte estão fortemente e negativamente associados com a severidade dos sintomas depressivos, i.e., mulheres que não recebam bom suporte social durante a gravidez estão mais suscetíveis de desenvolver Depressão Pós-Parto.

Os fatores preditores da Depressão Pós-Parto encontrados nas diversas meta-análises e revisões de literatura (Beck, 2001; Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003) estão apresentados no Quadro 3.1.

Quadro 3.1. - *Fatores de risco da Depressão Pós-Parto identificados na literatura*

Classificação	Associação/ Tamanho do efeito	Alterabilidade
Sociodemográficos ¹	Não associado	--
Fatores Clínicos		
Depressão e Ansiedade durante gravidez ^{1, 2}	Moderado/Forte	--
Blues pós-parto ³	Fraco	+
História prévia de depressão ³	Moderado/Forte	--
História familiar de depressão ³	Não associado	--
Fatores Obstétricos e da criança		
Complicações obstétricas da gravidez e parto ¹	Fraco	--
Gravidez indesejada/não planeada ¹	Fraco	--
Stress no cuidado da criança ^{1,2,3,4}	Moderado	++
Temperamento da criança ¹	Moderado	--
Fatores Psicológicos		
Atribuições cognitivas negativas ¹	Fraco/Moderado	-
Neuroticismo ¹	Moderado	-
Autoestima ¹	Moderado	-
Fatores Sociais		
Eventos de vida stressantes (catástrofes, parentalidade, stressores crónicos, stress percebido) ^{1,2,3,4}	Moderado/Forte	--
Suporte Social ^{1,2,3,4}	Moderado/Forte	++
Isolamento Social percebido	Forte	++
Estado de relacionamento ^{3,4,5}	Não associado/Fraco	+

¹ (Stewart e colaboradores, 2003)

² (Pearlstein e colaboradores, 2008)

³ (Norhayati e colaboradores, 2015)

⁴ (Yim e colaboradores, 2015)

⁵ (Beck, 2001)

Relação conjugal ^{3,4,5}	Fraco/Moderado	+ +
Estatuto Socioeconómico ⁵	Fraco (0,19)	- -

Os fatores identificados foram organizados não só em função do tipo de classificação (i.e., quanto à sua origem – demográficos, clínicos, psicológicos, obstétricos e sociais), mas também de acordo com o tamanho do efeito, i.e., o grau de associação entre os fatores de risco e a Depressão Pós-Parto.

Tendo em consideração a classificação em fatores biológicos, psicológicos e sociais, apesar de alguns dos fatores mencionados anteriormente se enquadrarem também neste tipo de classificação, sendo partilhados por diversos autores, outros autores não partilham a mesma classificação, distinguindo: a) Variação ou declínio hormonal i.e., redução de estrogénio e progesterona, assim como variação de idade (Armstrong & Edwards, 2004; Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003) pertencendo ao grupo dos fatores biológicos que incluem ainda fadiga e perda de energia (Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013); b) Fatores psicológicos como insatisfação com a imagem corporal (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003), ausência de projetos de gravidez e maternidade (Correia, 2010); c) Fatores sociais como a visão da Depressão Pós-Parto enquanto produto de sociedade ocidental em que a maternidade está subjacente ao predominante papel da mulher no ato de cuidar e ao isolamento que a mesma pode experienciar no desempenhar desse papel (Armstrong & Edwards, 2004); ainda d) Fatores associados à criança, como menor tempo de socialização e reorganização do sistema familiar (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003); e por último: e) Outros fatores associados como: infertilidade (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003), gravidez não planeada, efeitos da medicação, e duração do trabalho (Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013).

Considerando que a Depressão Pós-Parto é um fenómeno com impacto negativo também no bem-estar da própria mulher após o parto, é, deste modo, importante compreender o que se entende por bem-estar materno e como este pode ser avaliado. De acordo com Bahadoran, Tirkesh e Oreizi (2014), o bem-estar materno caracteriza-se por um sentido positivo e sentimento individual de satisfação com a vida, família, amigos e emprego, apresentando diversas dimensões que incluem: 1) apreciar as experiências do período do parto, 2) garantia de capacidade própria para lidar com os deveres da parentalidade, 3) satisfação em ser mãe e cuidar de uma criança, 4) qualidade da relação conjugal, 5) participação do parceiro no cuidar da criança, 6) suporte da família e amigos no papel da parentalidade, e por fim, 7) satisfação com as condições de vida.

Os mesmos autores caracterizam essencialmente o bem-estar materno como

apresentando duas dimensões: 1) cognitiva e 2) emocional. A primeira corresponde à avaliação que o indivíduo faz da sua satisfação com a vida, enquanto a segunda, corresponde à exposição ao máximo de emoções positivas e mínimo de emoções negativas

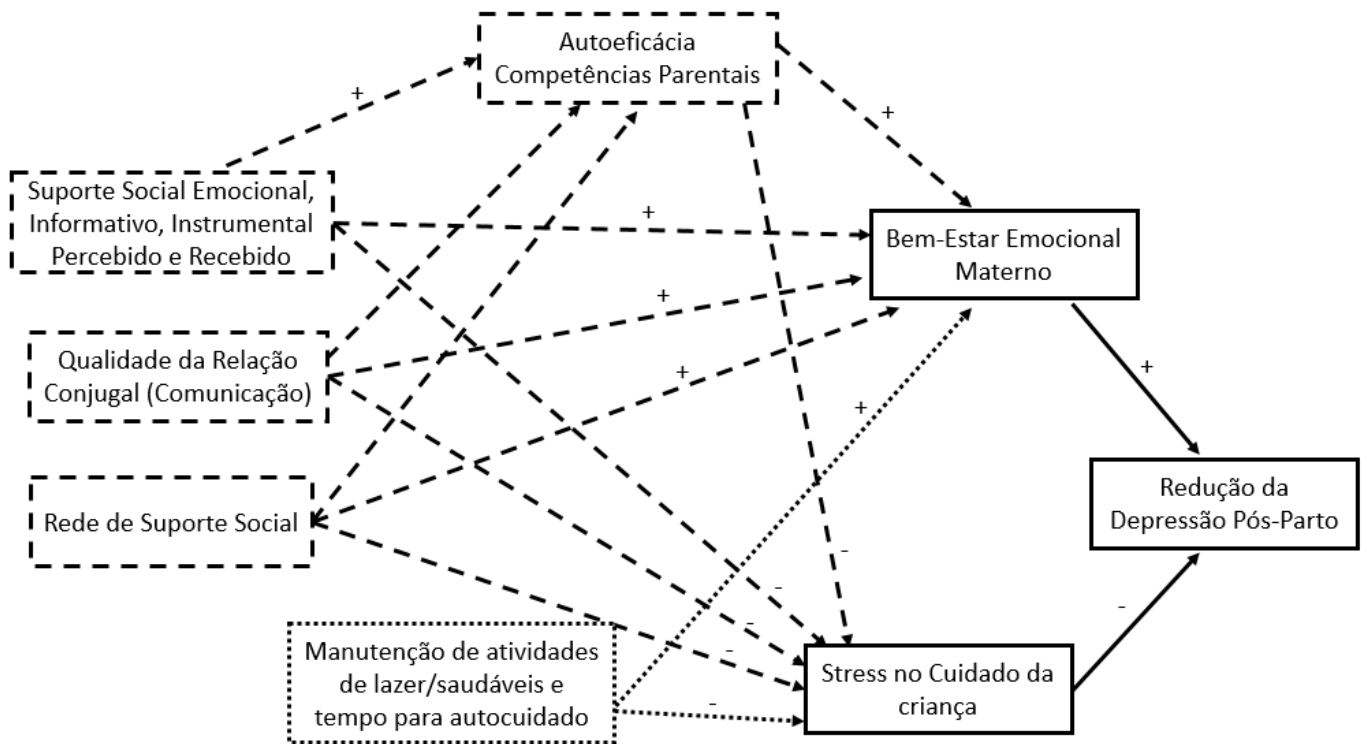
Como fatores de proteção, i.e., fatores promotores de bem-estar e que protegem os indivíduos de comportamentos de risco, tem-se a autoeficácia parental se for positiva, i.e., se as mães apresentarem uma expectativa positiva acerca das suas capacidades para desempenhar o papel da parentalidade com sucesso, apresentam conseqüentemente menor probabilidade de vir a ter Depressão Pós-Parto. De acordo com Shorey, Chan, Chong e He (2014), a autoeficácia parental, apresenta-se como uma das componentes fundamentais da adaptação à parentalidade, afetando não só o bem-estar psicológico mas também tendo impacto no desenvolvimento psicossocial das crianças. Um outro fator de proteção da Depressão Pós-Parto bem conhecido, é a existência de suporte social já definido anteriormente.

O tamanho do efeito varia entre 0 (relação aleatória) e 1 (relação forte), sendo que para a Depressão Pós-Parto os valores se encontram essencialmente entre 0,2 (relação fraca) e 0,5 (relação moderada) (Stewart, Robertson, Dennis, Grace & Wallington, 2003).

De acordo com os registos apresentados na literatura, os fatores que permitem e que se pretende que sejam alvo de intervenção psicossocial são aqueles que apresentam facilidade em serem alteráveis, assim como um nível de associação Moderado/Forte, como é o caso da autoeficácia, stress no cuidado da criança, suporte social e isolamento social percebido e por fim, a relação conjugal. Este último, apesar de apresentar uma relação Fraca/Moderada com a Depressão Pós-Parto, apresenta um nível acessível de alterabilidade, razão pela qual é passível de sofrer intervenção.

Apesar de a literatura identificar uma grande diversidade de fatores de risco e de proteção, não existe, no entanto, um modelo integrado sobre a Depressão Pós-Parto que possa servir de base ao desenvolvimento de intervenções adequadas que permitam dar resposta à problemática em questão. Assim, optou-se por construir um modelo teórico que tenha como foco os principais determinantes pessoais e sociais, que são referidos na literatura como sendo os preditores com maior associação à Depressão Pós-Parto e que são em simultâneo passíveis de serem alteráveis. Este modelo (Figura 3.1.), com base na revisão de literatura e entrevistas efetuadas, apresenta de uma forma esquemática, a fundamentação teórica e empírica deste programa.

Modelo Teórico de Processo



Legenda:

Entrevistas e Revisão de Literatura

Só entrevistas

Só Revisão de Literatura

Figura 3.1. - Modelo Teórico de Processo – Fatores associados à Depressão Pós-Parto

O Modelo Teórico de Processo do Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto inclui, deste modo, os fatores associados à prevenção da Depressão Pós-Parto, alguns de natureza individual, e.g., a autoeficácia face às competências parentais e outros de natureza social, tais como, o suporte social informativo, instrumental e emocional percebido (i.e., o suporte que as pessoas acreditam ter à sua disposição e aos quais pretendem recorrer) e recebido (i.e., o suporte que de facto as pessoas recebem), a qualidade da relação conjugal e a rede social de suporte. Além disso, no modelo teórico de processo estão também presentes os fatores de proteção e de risco associados à Depressão Pós-Parto, respetivamente, o Bem-Estar Emocional Materno e o Stress face ao cuidado da criança.

Entre estes fatores de risco destacam-se a ausência de suporte social do cônjuge, de pessoa significativa, e de familiares e amigos. Esta pode ser colmatada com intervenções que promovam uma melhor qualidade relacional através do suporte social recebido e percebido, e também através de intervenções que promovam um aumento da rede de

suporte social, assim como a qualidade desse suporte. Acrescentando-se ainda intervenções que capacitem os casais para a avaliação dessa rede e da disponibilidade da mesma. Um outro fator englobado na intervenção é a autoeficácia, nomeadamente relacionada com as competências parentais, e ainda o stress face ao cuidado da criança, podendo as dificuldades a estes níveis ser colmatadas com intervenções ao nível do suporte social e da autoeficácia parental.

Como determinantes sociais, tem-se o suporte social emocional, informativo, e instrumental percebido e recebido, assim como a qualidade da relação com o cônjuge (comunicação) e uma maior rede de suporte social. Os determinantes mencionados (pessoal e sociais), são referidos na literatura como apresentando impacto quer na redução do stress associado à parentalidade, quer no aumento do bem-estar e autoestima assim como na confiança relativamente a esta transição (Yim, Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook & Schetter, 2015), protegendo as recentes mães contra o stress psicológico associado a este período (Clout & Brown, 2016). Ao atuar nestes fatores de risco e de proteção (stress e, bem-estar) respetivamente, espera-se que contribua para a prevenção da Depressão Pós-Parto.

1.1. Definição dos construtos constantes do Modelo Teórico de Processo

Para melhor compreender como todas as variáveis constantes do modelo teórico de processo se articulam entre si, será apresentada uma breve definição de cada um dos conceitos. Serão também apresentados os contributos dos estudos revistos, assim como das entrevistas, para cada um dos conceitos mencionados. Estas entrevistas vieram corroborar o que a literatura refere para os conceitos apresentados, trazendo também novas perspetivas.

a) Autoeficácia face às Competências Parentais

Por autoeficácia, em primeiro lugar, entende-se os julgamentos que o indivíduo faz relativamente à sua capacidade para vir a desempenhar de forma competente e eficaz uma determinada tarefa (Teti & Gelfand, 1991). Os autores referem ainda que também existe a autoeficácia relacionada com as competências parentais relativamente à relação estabelecida entre os pais e a criança.

Alguns estudos têm mostrado (e.g., Teti & Gelfand, 1991) que a autoeficácia relativamente às tarefas parentais é mais baixa em mulheres deprimidas do que em mulheres não deprimidas e que se associa ao conhecimento percebido de comportamentos apropriados de educação, e ao grau de confiança dos pais para desempenhar tarefas parentais (Troutman,

Moran, Arndt, Johnson & Chmielewski, 2013). Destas destacam-se o acalmar a criança quando chora, gerir comportamentos desadequados da criança, ter confiança nas suas capacidades, crença de que a criança responde aos seus esforços, e crença de que outros significativos, irão suportar os seus esforços também.

Os mesmos autores referem ainda que este tipo de autoeficácia pode subdividir-se em: Domínio Geral e Domínio Específico. O Domínio Específico diz respeito às competências de acalmar, alimentar, mudar fralda e dar banho à criança, enquanto o Domínio Geral diz respeito ao sentido de competência como um todo face às tarefas e papéis associados à parentalidade.

Através das entrevistas a informantes-chave, acerca da autoeficácia relativamente às competências parentais, verificou-se que as mulheres no pós-parto, relataram maioritariamente uma necessidade de “saber o que o bebé precisa” e de “conhecer o bebé”. Consideraram também importante providenciar conforto e garantir que de facto o fazem, assim como compreender o bebé, referindo por vezes associado a esta necessidade de perceção e compreensão dos sinais do bebé, algum sentimento de “incompetência por não saber na hora o que é que ele precisava” (PP5, 36 anos).

b) Suporte Social (Emocional, Instrumental e Informativo)

De acordo com Hogan, Linden e Najarian (2002), o conceito de Suporte Social Emocional, Instrumental e Informativo corresponde respetivamente ao afeto, auxílio e apoio nas tarefas domésticas e cuidados ao bebé, assim como a recursos e acesso à informação. Dentro desses tipos de suporte, engloba-se também as noções de Suporte Social Recebido e Suporte Social Percecionado. O Suporte Social Recebido corresponde ao suporte que a pessoa/casal de facto recebeu, enquanto o Suporte Social Percecionado diz respeito ao que a pessoa/casal acredita ter disponível e ao qual poderá recorrer em caso de necessidade.

De acordo com Haber, Cohen e Lucas (2007), o Suporte Social Percecionado tem-se encontrado relacionado de forma consistente com a saúde. As medidas deste tipo de suporte, avaliam as perceções dos indivíduos em relação à disponibilidade de suporte, assim como à satisfação global com o suporte providenciado. Por outro lado, as medidas do Suporte Social Recebido, avaliam os comportamentos específicos de suporte, providenciados aos indivíduos pela sua rede de contactos.

Hogan, Linden e Najarian (2002), referem também que o conceito de Suporte Social abrange ainda diversas componentes, tais como os aspetos estruturais das redes de contactos (Rede de Suporte), i.e., o número de pessoas e o número de recursos que a pessoa tem à sua disposição. Correspondendo também à perceção subjetiva de suporte e caracterizando-se por uma troca entre quem dá e quem recebe suporte.

Através das entrevistas foi também perceptível a importância que o suporte social emocional, informativo e instrumental representam durante o período da gravidez e do pós-parto. Para o Suporte Social Informativo foi consensual, por parte das mulheres grávidas e mulheres no pós-parto, a necessidade sentida em obter mais informação e uma comunicação mais “aberta e verdadeira” (PP 1, 30 anos) acerca do parto, do pós-parto, das problemáticas que poderão existir, assim como maior informação por parte dos profissionais de saúde acerca dos recursos existentes na comunidade para ultrapassar algumas dificuldades sentidas no pós-parto. Apesar de sentirem esta necessidade, a maioria quer das mulheres grávidas quer das mulheres no pós-parto demonstrou ter conhecimento dos recursos disponíveis para esclarecimento de dúvidas, informação, assim como para tratamento de alguma problemática. A maioria indicou que recorreria à psicologia, e uma minoria refere como recursos os obstetras, médico, médico de família e hospital, assim como psiquiatria, centros e clínicas de preparação para o parto, e cursos de preparação para o parto. Apenas uma minoria das mulheres grávidas e no pós-parto refere não ter conhecimento de recursos para prevenir ou tratar a Depressão Pós-Parto: “não conheço nada” (PP4, 34 anos); “aqui não ouvi falar de nenhum, mas lá está como não tive Depressão Pós-Parto não precisei de apoio” (PP5, 36 anos); “não conheço nenhum... porque não tive se calhar muita necessidade disso” (PP 6, 37 anos); “não conheço quase nada sobre isso” (E.M 10, 37 anos).

Relativamente ao Suporte Social Instrumental foi consensual quer ao nível dos profissionais de saúde, quer ao nível das mulheres grávidas e mulheres no pós-parto, a importância que o apoio do pai do bebé representa, assim como a necessidade de o casal partilhar as tarefas domésticas, sendo ainda evidente a necessidade de existir um apoio por parte da família alargada, ao nível dos cuidados à criança e das tarefas domésticas.

Relativamente ao Suporte Social Emocional, a maioria das mulheres grávidas, mulheres no pós-parto, assim como dos profissionais de saúde, referiu ser de extrema importância o apoio emocional do companheiro “acho que eles devem sempre que possível estar ao lado da mulher e conhecer o máximo daquilo que está a acontecer com ela” (E.M 1,

28 anos), assim como “tentar transmitir-lhe que vai correr tudo bem” (EM 3, 34 anos) e ainda “e o apoio emocional, claro” (EM 4, 27 anos). Considerando também importante o apoio emocional familiar “é o ambiente familiar que está sempre a querer que tudo corra bem” (PP 5, 36 anos) para uma boa vivência da gravidez e do pós-parto.

Em relação à Rede Social de Suporte, as mulheres grávidas e as mulheres que se encontram atualmente no pós-parto, identificaram como rede de suporte essencialmente o pai do bebé, a família, nomeadamente a mãe, a sogra, assim como o facto de “ter amigos de confiança com quem deixar a criança” (PP2, 30 anos), referindo ainda a importância dos grupos de mulheres que se encontram no pós-parto num momento semelhante, pois permite partilhar as dificuldades encontradas.

Por outro lado, os profissionais de saúde referiram como rede social de suporte, maioritariamente as organizações, tais como os centros de saúde, as instituições e linhas de apoio existentes, assim como os próprios profissionais de saúde, de entre os quais as enfermeiras, os psicólogos e os pediatras, que deverão estar atentos aos sinais e agir caso se perceba que a mulher necessita de apoio.

c) Qualidade da Relação Conjugal

Por Qualidade da Relação Conjugal, entende-se um conjunto de medidas de satisfação na relação e outras medidas de qualidade da relação (Yim, Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook & Schetter, 2015). Os mesmos autores referem que a qualidade da relação conjugal tem sido avaliada a nível global e em particular no que diz respeito à comunicação presente entre o casal, profundidade da relação e baixo controlo/constrangimentos entre o casal. Mosmann, Wagner e Féres-Carneiro (2006) caracterizam a Qualidade Conjugal como sendo o resultado do processo dinâmico e interativo entre o casal. Considerando-a como um construto multidimensional que engloba os recursos pessoais dos cônjuges, os processos adaptativos e o contexto de inserção do casal. Os mesmos autores, referem que diversos estudos na área têm demonstrado uma associação entre a qualidade do relacionamento conjugal e o bem-estar dos cônjuges e dos seus filhos.

Os autores referem ainda que a comunicação pode ser considerada facilitadora da coesão (i.e., vínculo emocional entre os membros da família) e da adaptabilidade (i.e., potencial de mudança/adaptação, papéis e regras) entre o casal.

Tavares (1990), refere que existe relação entre o surgimento de Depressão Pós-Parto e a ausência/défice na relação conjugal. A autora refere que mulheres que relatavam uma sintomatologia depressiva mais evidente, experienciavam também um relacionamento conjugal menos feliz e problemas conjugais mais frequentemente, quer ao longo da gravidez, quer ao longo do período do pós-parto.

As entrevistas, ao nível da qualidade da relação conjugal dão-nos informação nomeadamente, ao nível da comunicação positiva e construtiva entre o casal. A grande maioria das mulheres grávidas e mulheres no pós-parto, assim como dos profissionais de saúde, considerou bastante relevante a comunicação construtiva entre o casal “se o casal conversar e se se ajudar um ao outro” (E.M 4, 27 anos), considerando também relevante a partilha de sentimentos, angústias, e momentos como atividades de lazer e de relaxamento.

d) Bem-Estar Emocional Materno

Por Bem-Estar Emocional, de acordo com Gavia (2013), entende-se o equilíbrio entre as emoções, sentimentos e desejos. Esta autora refere ainda que o bem-estar emocional se encontra intimamente relacionado com a saúde mental e física. Deste modo, por Bem-Estar Emocional Materno, pode entender-se como sendo o conjunto de sentimentos, emoções e desejos, especificamente relacionados com papel de ser mãe e associados às tarefas referentes ao cuidado de uma criança.

Ao nível do conceito de Bem-Estar, através das entrevistas torna-se perceptível que tanto as mulheres grávidas como as mulheres no pós-parto referiram ser importante o contacto com amigos, com a família, “ambiente familiar” (PP 5, 36 anos), atividades de lazer que deem prazer à mulher, tais como- “passear, sair” (PP 1, 30 anos), “tomar café” (PP2, 30 anos), ao casal, “exercício físico” (PP1, 30 anos), assim como prestar cuidados ao bebé, “entender o que o meu bebé precisa” (PP 5, 36 anos).

e) Stress Parental (i.e., Stress face ao cuidado da criança)

Por fim, o conceito de Stress face ao cuidado da criança ou stress parental, pode definir-se como sendo uma resposta que surge perante a ausência de recursos relacionados com as exigências da parentalidade, o que pode ser potenciador de stress (Cronin, Becher, Christians, Maher & Dibb, 2015). Este stress é frequentemente experienciado como sendo sentimentos negativos perante o próprio e face à criança. De acordo com os mesmos autores estes sentimentos estão diretamente relacionados com as exigências da parentalidade (Cronin,

Becher, Christians, Maher & Dibb, 2015). Os mesmos autores referem que a presença ou ausência de suporte social, assim como os desafios económicos, que já por si representam um fator de stress para quem não é pai/mãe, associados à parentalidade representam um fator de impacto acrescido aos quais se acrescentam também as características da criança e as responsabilidades da parentalidade de suprir as necessidades da criança em termos de conforto, alimentação, atenção. Todos estes fatores, tal como os autores referem, são aspetos que influenciam de um modo global o bem-estar e em particular a saúde mental dos pais.

f) Barreiras Percebidas em relação aos recursos humanos e materiais disponíveis e à procura de ajuda

Relativamente a este conceito, foi um tema abordado nas entrevistas não tendo sido, no entanto, identificado à priori com base na revisão de literatura. Neste ponto incluíram-se as necessidades sentidas e/ou dificuldades encontradas, quer durante a gravidez, quer durante o pós-parto, assim como alguns constrangimentos para não procura de ajuda profissional, bem como constrangimentos de tempo para abordar temas que as mulheres grávidas, mulheres no pós-parto e profissionais, consideraram relevantes.

Como barreiras percebidas à procura de ajuda, a grande maioria dos profissionais referiu a culpabilização e sentimento de inferioridade associado. Os profissionais de saúde referem também constrangimentos a nível de tempo “infelizmente temos menos tempo do que precisamos para discutir esses assuntos” (PFO 3, 33 anos).

Ao nível das mulheres no pós-parto, as barreiras percebidas em relação à procura de ajuda e aos recursos humanos e materiais (i.e., suporte informativo e humano em relação ao pós-parto, suporte instrumental a nível de infraestruturas – exercício no pós-parto) disponíveis prendem-se mais com a dificuldade de manter a rotina, bem como com os recursos disponíveis na comunidade por exemplo para praticar exercício físico no pós-parto, e ainda aspetos relacionados com o tempo para a própria mulher, para o casal, referindo-se também dificuldades a nível da amamentação e da informação que é divulgada relativamente a esta. Algumas mulheres no pós-parto referem ainda dificuldades em conciliar o apoio prestado pela família, e as indicações que obtiveram através dos cursos que frequentaram: “senti que precisava de deixar a menina com alguém que fizesse as mesmas coisas que eu, como eu fui orientada. Ter alguém que me ajudasse a cuidar dela de acordo com aquilo que eu aprendi. A mãe e a sogra faziam diferente e isso foi a maior necessidade” (PP 6, 37 anos). As mulheres grávidas referiram essencialmente a necessidade de mais informação relativamente às

mudanças que ocorrem na mulher, no homem, no casal, a necessidade também de se abordar o que implica ter um bebê e as mudanças que ocorrem com a vinda deste.

Definidos os conceitos, passemos agora à explicação do modelo teórico e de como se hipotetiza que as variáveis se articulem entre si.

De acordo com o modelo proposto, espera-se que o efeito do aumento de Suporte Social percebido e recebido, assim como do aumento da rede de suporte social através da avaliação da existência e da disponibilidade desta rede, se traduza no aumento do bem-estar da mulher durante a gravidez e período do pós-parto e na redução do stress no cuidado da criança no período do pós-parto, e, por conseguinte, na prevenção da Depressão Pós-Parto. Espera-se também que este efeito seja parcialmente explicado pela presença de autoeficácia face às competências parentais para cuidar.

A autoeficácia relativamente às competências parentais para o cuidado, terá, assim, o papel de mediadora parcial da relação entre Suporte Social e aumento do bem-estar, assim como entre a Qualidade da relação conjugal e aumento do bem-estar, e ainda entre a Rede Social de Suporte e o aumento do Bem-Estar.

2) Objetivos do programa

Os objetivos gerais (i.e., objetivos de desempenho) assim como os objetivos específicos (i.e., objetivos de mudança) deste programa surgem a diversos níveis: qualidade da relação conjugal, suporte social emocional percebido e recebido, suporte social instrumental recebido e percebido, suporte social informativo recebido e percebido, e também ao nível da rede social de suporte, assim como da autoeficácia relativamente às competências parentais. Todos estes objetivos gerais irão ser apresentados nos parágrafos que se seguem, sendo que se dividem ainda em objetivos de mudança mais específicos (Quadro 3.2).

Objetivos gerais

Ao nível da Qualidade da Relação Conjugal, espera-se que o casal reserve tempo de acordo com a sua disponibilidade para falar das suas expectativas sobre o nascimento, pós-parto, educação dos filhos e o que vão pensando e sentindo.

Ao nível do Suporte Social Emocional, espera-se, que o casal partilhe afeto e ansiedade/receios acerca da gravidez e das alterações que esta e o pós-parto acarretam.

Ao nível do Suporte Social Instrumental Recebido e Percebido espera-se que o casal

identifique as necessidades ao nível das tarefas domésticas, assim como que mobilize o apoio de que necessita nessas tarefas ou no seu quotidiano.

Ao nível do Suporte Social Informativo Recebido e Percebido, espera-se que o casal detenha informação sobre as alterações emocionais e físicas da gravidez e do pós-parto, assim como acerca de como pode potenciar a relação mãe-bebé e pai-bebé e saiba como fazê-lo.

Ao nível da Rede Social de Suporte, espera-se que o casal esteja disponível e motivado para partilhar com outros pais as experiências da gravidez e pós-parto, e.g., contar como foi consigo, ouvir a experiência de outros pais, assim como que o casal tenha conhecimento de um grupo de pessoas a quem recorrer no pós-parto.

Ao nível da Autoeficácia face às Competências Parentais, espera-se que o casal identifique os sinais da criança, e consiga descodificá-los, assim como espera-se que o casal responda às necessidades de cuidado da criança (higiene, alimentação e afeto).

Objetivos específicos

Ao nível da Qualidade da Relação Conjugal, espera-se que o casal identifique o que é importante na sua dinâmica e o que gostaria de manter enquanto casal, assim como enquanto pessoa individual após o nascimento da criança.

Ao nível do Suporte Social Instrumental Recebido e Percebido espera-se que o casal expresse vontade de partilhar as tarefas parentais no período do pós-parto, reconhecendo a importância do apoio mútuo durante a gravidez e pós-parto, assim como que aceite o apoio de que necessita ao nível das tarefas domésticas/quotidianas.

Ao nível do Suporte Social Informativo Recebido e Percebido espera-se que o casal saiba como desempenhar as tarefas de cuidado ao bebé.

Quadro 3.2. - Matrizes de Objetivos de base ao Desenvolvimento do Programa, e respetivos métodos de mudança e aplicações

Determ. MTP	Objetivos Desempenho	Determinantes Mudança	Objetivos Mudança	Métodos Teóricos	Aplicações Práticas e Canais
Qualidade da Relação	O casal reserva tempo de acordo com a sua disponibilidade para falar das expectativas (Feinberg, 2011) sobre o nascimento, pós-parto, educação do(s) filho(s) e o que vão pensando/sentindo	Consciencialização	O casal reconhece a importância de reservar tempo para o apoio mútuo nas várias fases da gravidez e pós-parto	Aumento da Consciencialização	O psicólogo utiliza o feedback para incentivar o casal a disponibilizar tempo para conversar, orientando o seu comportamento
		Capacidades	O casal sente-se capaz de gerir o apoio mútuo de acordo com o tempo disponível	Estabelecimento de Objetivos	O psicólogo leva o casal a concretizar de que forma pretende organizar o tempo de que dispõe para comunicar sobre o que sente e que expectativas tem
		Atitude	O casal, expressa emoções positivas face a ter tempo para comunicar sobre a gravidez e expectativas relativamente ao nascimento do(s) filho(s)	Experiência Direta	O psicólogo encoraja o casal de modo a que este reserve tempo para e comunique abertamente sobre a gravidez e pós-parto
	O casal identifica o que é importante na sua dinâmica e o que gostaria de manter enquanto casal e enquanto pessoa individual após o nascimento da criança	Capacidade	O casal sente-se capaz de comunicar abertamente sobre o que é importante para si enquanto casal e enquanto indivíduos após o nascimento da criança	Estabelecimento de Objetivos	O casal identifica, com a ajuda do psicólogo as atividades que quer manter e estabelece quando e como as pretende realizar
Suporte Social Emocional Recebido e Percebido	O casal partilha afeto e ansiedades/receios acerca da gravidez e das alterações que esta e o pós-parto acarretam (Haga, 2011)	Capacidade	O casal sente-se capaz de partilhar os seus receios face às alterações que surgem a nível físico, psicológico e prepara-se para estas mudanças	Discussão e Imagética	O psicólogo promove a discussão entre o casal acerca das alterações suscetíveis de ocorrer na gravidez e pós-parto e pretende que o casal se imagine a passar por elas

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

		Atitude	O casal apresenta emoções positivas face à partilha de afeto e ansiedade sobre a temática da gravidez e pós-parto	Experiência Direta	O casal, com a ajuda do psicólogo, partilha afeto e ansiedades/receios acerca da gravidez, descobrindo-se e apoiando-se mutuamente
		Consciencialização	O casal tem consciência da importância da partilha afetiva para uma boa vivência da gravidez, pós-parto e da parentalidade	Aumento da Consciencialização	O psicólogo consciencializa o casal da importância de partilharem o que sentem face às mudanças na gravidez e pós-parto e de se apoiarem mutuamente para lidar com elas da melhor forma
Suporte Social Instrumental Recebido e Percebido	O casal identifica as necessidades ao nível das tarefas domésticas	Capacidade	O casal sente-se capaz de identificar em que tarefas domésticas necessita de apoio	Discussão/Imagética	O psicólogo leva o casal a identificar as necessidades nas tarefas domésticas
	O casal mobiliza o apoio de que necessita nas tarefas domésticas/quotidiano	Capacidade	O casal sente-se capaz de mobilizar o apoio de outras pessoas para além do parceiro, na realização das tarefas domésticas e eventualmente nos cuidados ao Recém-Nascido e sente-se capaz de distinguir que apoio é benéfico	Prós e Contras (Michie)	O psicólogo leva o casal a refletir sobre as vantagens e desvantagens do apoio nas tarefas e nos cuidados ao bebé, salientando a importância da capacidade para distinguir que tipo de apoio é benéfico ou não
	O casal expressa vontade de partilhar as tarefas parentais no período do pós-parto, reconhecendo a importância do apoio mútuo durante a gravidez e pós-parto	Atitude Favorável	O casal apresenta uma atitude favorável face à partilha das tarefas parentais	Tomada de Perspetiva	O psicólogo alerta para a necessidade da partilha das tarefas parentais, permitindo ao casal imaginar e colocar-se no lugar um do outro percebendo a importância do apoio mútuo nas tarefas parentais
		Competências	O casal sente-se capaz de desempenhar tarefas do cuidado ao bebé no período do pós-parto	Prática Guiada	O pediatra/enfermeiro exemplificam e orientam os pais em como providenciar os cuidados básicos ao bebé

Suporte Social Informativo Recebido e Percebido	O casal aceita o apoio de que necessita ao nível das tarefas domésticas/quotidiano (Boath, Bradley, Henshaw, 2005)	Consciencialização	O casal reconhece a importância do apoio mútuo durante gravidez e nas tarefas parentais no pós-parto e está motivado para tal	Aumento da Consciencialização	O psicólogo informa o casal sobre a importância do apoio mútuo na gravidez e nas tarefas parentais no pós-parto
		Atitude Favorável	O casal mostra-se disponível para aceitar o auxílio de pessoas próximas nas tarefas (compras, limpeza da casa, lavar e estender roupas, cuidar de outras crianças do casal) para que tenha tempo para o recém-nascido e autocuidado	Imagética	O casal, com a ajuda do psicólogo, imagina-se a receber ajuda de pessoas próximas nas tarefas e a aceitar ofertas que lhes são feitas, sentindo-se bem e mais disponível para o bebé estando mais liberto das tarefas domésticas
	O casal detém informação sobre as alterações emocionais e físicas da gravidez e pós-parto (Werner, Miller, Osborne, Kuzava, & Monk, 2015)	Conhecimento Competência	O casal identifica e sabe onde procurar mais informação sobre as alterações emocionais/ hormonais/ físicas pelas quais a mulher passa durante a gravidez e pós-parto e adquirir competências de como lidar com elas	Discussão e Imagética	O psicólogo promove a discussão sobre as alterações emocionais e físicas da gravidez e pós-parto, ilustrando-as e incentiva o casal a procurar mais informação indicando documentos que podem ler e incentivando ainda a imaginar que essas alterações estão a ocorrer e como estão a lidar com elas
		Conhecimento e Capacidade	O casal reconhece a importância da vinculação e sabe onde procurar mais informação sobre o que poderá ajudar na vinculação e relação com o bebé na gravidez e com continuação no pós-parto	Discussão	O psicólogo aborda com o casal diversos aspetos importantes da vinculação potenciando a relação próxima pais-bebé e sugere onde pesquisar mais informação
		Conhecimento	O casal sabe como e onde obter mais informação sobre como cuidar do seu bebé	Discussão	Os pediatras/enfermeiros/pais mais experientes, dão sugestões mais práticas ao casal grávido de como cuidar do bebé no futuro

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

Rede Social de Suporte	O casal está disponível e motivado para partilhar com outros pais as experiências da gravidez e pós-parto (e.g., contar como foi consigo, ouvir a experiência de outros pais)	Atitude Favorável	O casal expressa disponibilidade para passar tempo com outros pais e mães após o parto	Prós e Contras (Michie)	O psicólogo incentiva os casais grávidos a organizar encontros de pais e mães no pós-parto de modo a partilharem as suas experiências e criarem laços, salientando os aspetos positivos da partilha de experiências e os negativos da ausência de rede de suporte
	O casal tem conhecimento de um grupo de pessoas a quem recorrer no pós-parto	Conhecimento	O casal conhece uma rede de pessoas a quem recorrer no pós-parto (e.g., para sair, descontraír, cuidar do bebé)	Discussão	O psicólogo leva o casal a refletir e a debater sobre as pessoas a quem poderá recorrer no pós-parto
Autoeficácia Competências Parentais	O casal identifica os sinais da criança e consegue descodificá-los	Capacidade	O casal sente-se capaz de identificar os sinais da criança (e.g., fome, sono, frio, cólicas)	Prática Guiada/ Experiência de mestria	O psicólogo e o enfermeiro incentivam e ensinam o casal a identificar os sinais de crianças através de vídeos, providenciando feedback
	O casal responde às necessidades de cuidado da criança (higiene, alimentação, afeto)	Capacidade	O casal sente-se capaz de cuidar da criança de forma adaptativa	Prática Guiada	O psicólogo e enfermeiro informam sobre a importância de responder às necessidades da criança e possibilitam a prática destas em sessões com bonecos

3) Estrutura do programa: Especificação das sessões a incluir

Este programa será constituído por 6 sessões, tendo em conta as seis variáveis do Modelo Teórico de Processo a serem trabalhadas. Algumas sessões apresentam uma duração de cerca de 30 minutos e outras com cerca de 60 minutos. O programa decorrerá ao longo de 4 semanas, com duas sessões de 30 minutos por semana e, as sessões de 60 minutos uma vez por semana. Este programa será aplicado por psicólogos nos centros de saúde e hospitais com interesse no programa, tendo também a colaboração de pediatras e enfermeiros. As sessões serão direcionadas a todos os casais grávidos que já tenham efetuado a ecografia morfológica (i.e., a partir das 20 semanas de gravidez). Ou seja, poderão participar todos os casais, heterossexuais e homossexuais, a partir do segundo trimestre, não havendo limite de idades, nem de tempo de gestação, para a participação.

Para a elaboração das atividades e dos métodos do programa, teve-se em consideração os métodos teóricos relacionados com cada técnica de mudança comportamental, assim como a informação obtida através das entrevistas. Estes métodos foram portanto, baseados na teoria mas também nos resultados da avaliação de necessidades (Quadro 3.3). Este quadro engloba os fatores associados à Depressão Pós-Parto, alguns excertos das entrevistas realizadas sobre os respetivos fatores, assim como a informação que esses excertos nos dão para o desenvolvimento do programa, tornando-se assim, estas entrevistas um contributo para o desenvolvimento das atividades do programa. Mais especificamente ao nível dos canais de intervenção, através das entrevistas de avaliação de necessidades foi possível compreender que é consensual tanto para as mulheres grávidas, como para as mulheres no pós-parto, assim como para os profissionais de saúde, que o canal mais adequado em termos de impacto será a exposição presencial do tema – sintomas, o que foi feito para ultrapassar, que recursos existem para prevenir a Depressão Pós-Parto-, através de palestras, conversas com profissionais, contacto com casos de sucesso, e testemunhos de outras mulheres. Tendo sido também reconhecida a importância dos folhetos na sensibilização para os sintomas, e do que fazer para prevenir a problemática e aumentar o bem-estar. Sendo destacada também a importância de existir um site que permita mais facilmente aos profissionais a referênciação, e às mulheres uma identificação e mais fácil procura de ajuda, nomeadamente a nível de esclarecimento de dúvidas, sem a necessidade de quebrar o anonimato.

Também ao nível dos conhecimentos da Depressão Pós-Parto as entrevistas demonstraram ser um contributo relevante. De uma forma global, os profissionais de saúde,

assim como as mulheres grávidas e as mulheres no pós-parto, na sua grande maioria têm um conhecimento geral do que ocorre na Depressão Pós-Parto: “estar mais em baixo, não ter paciência para o bebé, não ter paciência para ninguém, não se interessar por nada” (E.M 6, 30 anos) “angústia, vazio e recusa ao bebé” (E.M 10, 37 anos), caracterizando este período como sendo de “grande cansaço” (PFO1, 44 anos), insónias. No entanto, alguns referiram sentir necessidade de ter maior informação sobre a temática. A maioria das mulheres, demonstrou também conhecimento acerca dos sintomas e de quando devem procurar ajuda profissional. Apesar de tudo, algumas das mulheres entrevistadas admitem não ter assim tanto conhecimento acerca do tema: “não conheço nada porque também nunca tive” (PP4, 34 anos).

Também ao nível dos fatores de risco para o surgimento da Depressão Pós-Parto as mulheres grávidas, os profissionais de saúde e as mulheres no pós-parto foram de um modo geral ao encontro do que é descrito na literatura como sendo fatores potenciadores da Depressão Pós-Parto “falta de apoio do companheiro”, “não têm suporte familiar” (PFO 4, 39 anos), “gravidezes indesejadas, pais/famílias em conflito” (E.M 10, 37 anos), “uma depressão anterior” (PFO 1, 44 anos).

Como fatores de proteção referiram a comunicação com amigos, família, “falar muito”, “não procurar o isolamento, ter contacto/falar com pessoas que passaram por isso” (E.M 3, 34 anos), “o parceiro é super importante” (PP1, 30 anos), “marido muito colaborante” (PFO 4, 39 anos), “o suporte familiar é essencial” (PFO 4, 39 anos).

Quadro 3.3 – Contributo das entrevistas para o desenvolvimento do programa

Fatores associados à Depressão Pós-Parto	Excertos relativos aos determinantes	Informação para o desenvolvimento do programa
Autoeficácia Competências Parentais	<p>“Proporcionar-lhe conforto (ao bebé) e saber que o estaria a dar” (PP1, 30 anos); “saber deixar o bebé em casa com alguém, com o pai, ou amigos de confiança” (PP 2, 30 anos); “é importante para mim conhecer e perceber bem o que é que o meu bebé precisa” “confesso que cheguei a sentir incompetência por não saber na hora o que é que ele precisava” “entender o bebé pode levar tempo e por isso é que também me isolei mais, quis criar vínculo, saber melhor o que o meu bebé precisava” (PP5, 36 anos); Senti que precisava de deixar a menina com alguém que fizesse as mesmas coisas que eu, como eu fui orientada. Que me ajudasse a cuidar de acordo com aquilo que eu aprendi” (PP6, 37 anos)</p>	<p>Importância de auxiliar o casal a identificar os sinais do bebé e a garantir que as suas necessidades são supridas</p>
Suporte Social Informativo	<p>“que tenhamos logo acesso a informações, para prevenir a possível depressão” (E.M 7, 28 anos); “falar-se muito de uma forma muito aberta sobre o que pode ocorrer” (PP1, 30 anos)</p> <p>“Se tivéssemos mais informação sobre o tema (...) poderíamos estar mais alerta para determinadas situações” (PFO 2, 61 anos)</p>	<p>Importância de investir na informação transmitida ao casal, possibilitando fontes de informação acerca da gravidez e pós-parto. Destacar também a formação de profissionais para uma melhor atenção sobre o tema</p>

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

Suporte Social Emocional	“o parceiro é muito importante em termos de dar miminhos e conforto à mãe” (PP1,30 anos); “a mulher deve partilhar (com ele) tudo o que estamos a passar – alegria, dor, enjoos” (PP2,30 anos)	Importância de incentivar ao tempo conjugal, à partilha de afeto, ansiedade
Suporte Social Instrumental	“se o casal repartir as tarefas do bebé” “um trata da casa, o outro do bebé” (E.M 4, 27 anos).	Importância de sensibilizar para a necessidade de partilha das tarefas quer domésticas quer parentais e de trabalhar essa gestão com o casal
Qualidade da Relação Conjugal	“se o casal conversar, ajuda” (E.M 4, 27 anos); “precisa de falar, do apoio, de perceber como é que se está a sentir” (PFO 4,39 anos); “a mulher deve partilhar com o parceiro tudo o que estamos a passar” (PP2, 30 anos);	Importância de investir na comunicação e na partilha de expectativas e sentimentos relativamente à gravidez e pós-parto
Rede Social de Suporte	“deixar o bebé em casa com alguém, com o pai, ou amigos de confiança” (PP2, 30 anos)	Importância da rede de suporte para o bem-estar/vivência da dinâmica do casal na gravidez e no pós-parto; Ajudar a construir essa rede
Conhecimento da população sobre Fatores de Risco e Proteção da DPP	“Casais que estão em conflito” (E.M 10, 37 anos); “não sentirem apoio por parte do parceiro” (E.M 5); / “falar muito com pessoas que passaram por isso” “manter contacto com o parceiro, amigos, família” (E.M 3, 34 anos); Suporte familiar é essencial” (PFO 4, 39 anos)	Destacar a importância da comunicação positiva entre o casal; e do suporte social na prevenção da Depressão Pós-Parto;
Conhecimentos sobre DPP	“Sei que há muitas mulheres ficam com este tipo de depressão depois de terem os bebés, não sei muito bem ao que se deve” (E.M 7, 28 anos); “é	Destacar a necessidade de maior informação acerca dos sintomas da

	importante agir precocemente e prevenir-se da forma correta” “serão mais os afetados do que aqueles que são reconhecidos” (PFO 3, 33 anos).	Depressão Pós-Parto assim como de estratégias para a prevenir e aumentar o bem-estar ao longo da gravidez e pós-parto;
Barreiras Percebidas em relação aos recursos disponíveis e à procura de ajuda	“em contexto hospitalar nem sempre é muito fácil” (PFO 3, 33 anos); “as agendas são muito preenchidas” (PFO 3, 33 anos); “não existe nenhum grupo de pós-parto a que possa recorrer e não só obter informações mas fazer coisas, exercício físico” (PP1, 30 anos). “Planificação do dia-a-dia. Com um bebé tudo demora mais tempo” (PP6, 37 anos).	Destacar a necessidade de gestão do tempo, das atividades que o casal quer manter, sensibilizar para o que representa o surgimento de um bebé na vida do casal e que mudanças são suscetíveis de ocorrer.
Fatores facilitadores da implementação do programa	“folhetos que existem no consultório, isso é importante” “online hoje em dia eu acho que abrange mais pessoas”(PFO 1, 44 anos); “conversarmos com as pessoas e deixá-las à vontade para tirarem todas as dúvidas” (PFO 3, 33 anos); “O facto de se falar no assunto é bom “Se calhar passa por isso ou até por fazer ações de formação, workshops para grávidas” (PFO 4, 39 anos); “ uma forma relacional, muito na base da discussão dos sentimentos” (PFP1); “sessões conjuntas de pessoas que tiveram filhos e estão na mesma situação, a partilha com outros pais, ter a experiência deles” (PP2, 30 anos).	Destacar a importância de apresentar folhetos para sensibilização acerca dos sintomas, desenvolver sessões presenciais que possibilitem a partilha de sentimentos, expectativas entre os casais acerca da gravidez, pós-parto; Promover o encontro com casos de sucesso da Depressão Pós-Parto;
Fatores Promotores de Bem-Estar	“exercício físico e outras atividades que me satisfaziam” “estar com as pessoas que mais gostamos, passear” (PP1, 30 anos); “para mim era	Sensibilizar para a importância do exercício físico na gravidez e pós-

importante entender o que o meu bebê precisava” (PP5, 36 anos); “acima de tudo a distração é importante” (PP2, 30 anos);

parto, para a importância da rede de suporte, destacando a relevância do contacto com amigos, familiares; Sensibilizar para a importância do autocuidado da mulher e das atividades de lazer. Destacar também a importância da decodificação dos sinais do bebê e da vinculação mãe-bebê para o bem-estar de ambos.

No início de cada sessão será realizada uma dinâmica de grupo por forma a facilitar a introdução de cada uma das temáticas:

Sessão 1. – Primeiramente, será pedido a cada casal que se apresente, dizendo o nome, trimestre da gestação, e se a gravidez é de primeiro(s) filho(s) ou não. Em seguida, apresentam-se diversos cartões com vários sentimentos/emoções – Medo, Ansiedade, Incerteza, Felicidade, Amor, Esperança, Surpresa. Será pedido a cada elemento do casal que escolha os dois cartões que melhor representam o que a notícia da gravidez representou para cada um e/ou o que foram sentindo ao longo da mesma. Em seguida, dar-se-á início à sessão propriamente dita. Nesta primeira sessão, através da dinâmica de grupo e promovendo o feedback e a orientação do comportamento do casal, pretende-se que os casais partilhem expectativas, e sentimentos face à gravidez e ao pós-parto, salientando-se a importância dessa partilha para uma boa vivência da gravidez e do pós-parto. Pretende-se também salientar a importância da partilha de tempo conjugal, da comunicação entre o casal, assim como refletir acerca da importância de se manterem as atividades individuais, conjugais e parentais, quer durante a gravidez, quer ao longo do período do pós-parto.

Sessão 2. – Considerando novamente os cartões da sessão 1, será feita uma reflexão com os casais acerca da diversidade de escolhas (se existir) assim como da diferença entre o primeiro cartão (notícia da gravidez) e o segundo (sentimentos ao longo da gravidez). Introduzir-se-á a partir dessa variabilidade as alterações emocionais, os diferentes sentimentos e emoções que a mulher e também o homem experienciam ao longo das várias fases da gravidez e pós-parto, e prosseguir-se-á com a sessão. Nesta sessão, pretende-se que, através da discussão, os casais tomem consciência e conhecimento das três fases psicológicas da gravidez, assim como que partilhem os seus receios e experiências face às alterações emocionais e físicas a ocorrer na gravidez e pós-parto, salientando-se em simultâneo a importância do apoio mútuo e da comunicação entre o casal ao longo das várias fases da gravidez e no período do pós-parto. Pretendendo-se também que as futuras mães partilhem o que esperam vir a sentir no pós-parto, normalizando determinados sentimentos negativos, como medo, ansiedade e incerteza, desde que estes não persistam no tempo.

Sessão 3. – Nesta sessão pretende-se que ao longo de 15 minutos, através de um *brainstorming*, os casais reflitam e partilhem as suas experiências e/ou expectativas, ou necessidades acerca do apoio mútuo (i.e., que importância tem para o casal o apoio mútuo, pedir exemplos concretos, o que habitualmente fazem/pensam fazer para manter esse apoio

quer ao longo da gravidez quer no pós-parto). Pretende-se ainda auxiliar os casais a identificar os recursos de que possui para fazer face às necessidades identificadas, salientando sempre a importância do apoio mútuo entre o casal e o contexto familiar. Além disso, pretende-se também, com a colaboração de enfermeiros e/ou pediatras, apresentar sugestões e orientar os pais relativamente ao cuidado ao bebé.

Sessão 4. – Serão apresentados ao casal diferentes cartões “hobbie – atividade física” com exercícios de baixo impacto possíveis de realizar ao longo da gravidez e será pedido ao casal/mulheres que escolham aquele que praticam com mais frequência e/ou aquele que lhes potencia maior bem-estar. Introduzir-se-á o tema da prática de exercício físico na gravidez e da importância de um estilo de vida saudável ao longo desta. Ao referir-se o estilo de vida saudável introduzir-se-á, através da discussão grupal, a importância da relação de vinculação com o bebé, questionando-se os casais acerca do que sabem relativamente à importância da vinculação. Em seguida prosseguir-se-á com a apresentação do powerpoint acerca das alterações a ocorrer na gravidez, destacando-se a Depressão Pós-Parto e os seus sintomas, dando-se informação acerca da amamentação e apresentando-se também sugestões de promoção do bem-estar durante a gravidez e pós-parto, através da distribuição dos folhetos como complemento ao *powerpoint*. Pretende-se também fornecer informação aos futuros pais acerca de locais/ sites de internet em que o casal possa procurar mais informação. Além disso, pretende-se com a colaboração dos enfermeiros e pediatras e através de aulas práticas com bonecos salientar para a importância da vinculação e dos cuidados ao bebé.

Sessão 5. – Estabelecer grupos de acordo com o cartão “hobbie – atividade física” escolhido na sessão 4, e pedir aos casais para explicarem porque é que aquele exercício/atividade faz o casal/a mulher sentir-se bem, e desafiar os casais dos grupos diferentes a experimentarem essa atividade (agendar um/vários dias específicos para cada atividade), promovendo-se assim a criação de laços entre os casais. Em seguida, prosseguir para as temáticas da sessão, fazendo os casais refletirem e partilharem, ao longo de 30 minutos, as suas experiências sobre a existência de uma rede de suporte (que rede identificam, o que essa rede representa para o casal, porque é que ela é importante, em que tarefas/tipo de apoio). Pretende-se ainda que o casal reflita sobre a importância e os aspetos positivos e negativos da existência e da ausência de redes de suporte, respetivamente, e auxiliando-os na identificação das redes existentes, assim como na construção de uma rede, promovendo a criação de laços através da partilha de experiências.

Nos restantes 30 minutos, pretende-se disponibilizar sugestões e/ou contactos por forma a garantir que os casais que não possuem uma rede social de suporte, possam com o apoio do programa usufruir/construir uma rede (i.e., garantir que existe por exemplo um enfermeiro/pessoa disponível para visitas domiciliárias e que tenha oportunidade de apoiar o casal nas tarefas domésticas, ou no que o casal apresentar maior necessidade. Garantir também a existência de um grupo de casais na gravidez e posteriormente no pós-parto aos quais o casal possa recorrer se necessitar e com quem poderá partilhar as suas expectativas, receios e, dúvidas). Hogan, Linden e Najarian (2002), classificam estas intervenções direcionadas para o suporte social como diretas ou indiretas. Por intervenções diretas entendem-se aquelas que pretendem atuar num ou diversos tipos de suporte – informativo, instrumental, ou emocional. Por intervenções indiretas entendem-se todas as intervenções que pretendem melhorar as competências sociais, implementando estratégias com vista ao aumento do suporte social percebido ou à mudança das redes sociais de suporte.

Sessão 6. – Pretende-se com a colaboração do enfermeiro, auxiliar o casal a identificar os sinais da criança, a descodificá-los, através de aulas práticas com recurso a bonecos e vídeos e tendo como temáticas a identificação dos sinais da criança e sugestões práticas para o cuidado, salientando-se também do ponto de vista da psicologia, a importância que a rotina representa para o bebé.

Para cada uma das seis sessões foram propostas atividades a desenvolver, estabelecidos objetivos a atingir, e associadas técnicas de mudança comportamental, como se encontra explícito no Quadro 3.4.

Quadro 3.4. - *Sessões, atividades, objetivos, materiais e recursos do programa*

Sessões	Duração	Atividade	Objetivo	Recursos	Técnica de Mudança Comportamental
Sessão 1- “Tempo para o nosso bebê”	30 minutos 4 casais em cada grupo/ 1 / 2 em cada grupo	O psicólogo através do feedback, incentiva o casal a disponibilizar tempo para conversar e orienta o seu comportamento. Temáticas: -Gravidez (Partilha de expectativas e sentimentos e importância dessa partilha para uma boa vivência da gravidez); -Pós-Parto (nascimento dos filhos, que atividades manter enquanto homem/mulher/casal e futuros pais)	O casal reconhecer a importância de reservar tempo para o apoio mútuo na gravidez e pós-parto; O casal ser capaz de gerir esse apoio, e de expressar emoções positivas face a comunicar sobre a gravidez, parentalidade, assim como ser capaz de	Humanos: Psicólogo Materiais: Quadro Branco – Canetas para registrar os aspetos partilhados pelos casais - “Atividades: (minhas, tuas, nossas) – Ficha de estabelecimento de objetivos/Planeamento das atividades	Informação sobre consequências para a saúde; Implementação de Intenções; Treino sobre como realizar o comportamento

			comunicar sobre o que é importante para si enquanto casal e indivíduo no pós-parto		
Sessão 2 – “O que muda na gravidez e pós-parto– Importância dos Afetos”	30 minutos 2 / 4 casais em cada grupo	O psicólogo promove a discussão entre o casal acerca das alterações que poderão ocorrer na gravidez e pós-parto e de como o casal se sente perante isso. Temáticas: - As alterações emocionais, físicas, psicológicas (receios/ansiedade face a estas); - As 3 fases psicológicas da gravidez; - A importância da comunicação entre o casal	O casal partilhar receios, apresentar emoções positivas face a essa partilha e ter consciência da importância da partilha afetiva para uma boa vivência da gravidez e da parentalidade	Humanos: Psicólogo Materiais: Powerpoint demonstrando as alterações possíveis durante a gravidez (fases da gravidez) e pós-parto. Folheto - Alterações emocionais, físicas, psicológicas, sociais da gravidez -Sugestões de	-Informação das consequências para a saúde; -Treino sobre como realizar o comportamento;

				comunicação mais positiva entre os casais	
Sessão 3	60 minutos	Temáticas – As necessidades do casal – tarefas domésticas e parentais; - A importância da partilha das tarefas domésticas e parentais; - A importância do apoio mútuo (gravidez e pós-parto); - Como prestar os cuidados básicos ao bebé	O casal identificar as suas necessidades, mobilizar recursos, ser capaz de desempenhar as tarefas do cuidado ao bebé; manter o apoio mútuo entre o casal; refletir sobre as vantagens/desvantagens desse apoio	Humanos: Psicólogo; Enfermeiro; Pediatra Materiais: Cartões de identificação de necessidades e ficha de recursos para as ultrapassar (distribuída pelos psicólogos); Powerpoint destaque para a importância do apoio mútuo e da partilha das tarefas	-Estabelecimento de Objetivos; -Informação sobre as consequências para a saúde; -Prós e Contras; - Instrução de como realizar o comportamento

				(na gravidez e pós-parto) fazer o casal refletir acerca de que apoio se evidencia essencial para cada um- Orientação dos pais (pediatra e enfermeiro) face aos cuidados básicos ao bebé	
Sessão 4 “Quero saber mais”	60 minutos	O psicólogo promove a discussão no grupo sobre diversos aspetos relacionados com a gravidez, pós-parto - amamentação e cuidado ao bebé (enfermeiro e pediatra); Temáticas - Alterações físicas e emocionais durante a gravidez e pós-parto (Depressão Pós-Parto) – Onde procurar mais informação; - Importância do exercício físico durante a gravidez e pós-parto;	Sensibilizar para as alterações a ocorrer na gravidez; que o casal percecione de que informação já dispõe e o que necessita saber mais; que o casal	Humanos: Psicólogo; Pediatra; Enfermeiro; Materiais: Powerpoint – indicação das alterações a ocorrer na gravidez;	- Informação sobre as consequências para a saúde; - Instrução de como realizar o comportamento

		<ul style="list-style-type: none"> - Sugestões de promoção do bem-estar durante a gravidez e pós-parto (alimentação, sono, exercício físico, amamentação); - A importância da vinculação mãe/bebé; pai/bebé; - Sugestões mais práticas de como cuidar do bebé; 	<p>reconheça a importância da vinculação</p>	<p>Folheto- informação sobre onde procurar mais informação acerca da gravidez e das alterações que ocorrem e de como promover o bem-estar neste período;</p> <p>Powerpoint – vinculação mãe/bebé; Aulas práticas com bonecos</p>	
Sessão 5	30 minutos	<p>O psicólogo incentiva a partilha entre pais no pós-parto para criação de laços e construção de uma rede, incentivando também cada casal a identificar a sua rede de suporte</p> <p>Temáticas: Aspectos positivos de partilhar experiências</p>	<p>O casal estar disponível para partilhar as suas experiências (gravidez e pós-parto) e conhecer um grupo de</p>	<p>Humanos: Psicólogo e Pais no pós-parto;</p> <p>Materiais: Quadro Branco e canetas; folhas brancas;</p>	<p>- Instrução de como realizar o comportamento;</p> <p>- Prós e Contras;</p> <p>- Suporte Social;</p>

		vs Aspectos negativos da ausência de rede de suporte; Identificar a rede de suporte existente; Criar uma rede de suporte;	pessoas às quais recorrer no pós-parto		
Sessão 6	60 minutos	O psicólogo e o enfermeiro facilitam a identificação dos sinais da criança e a sua descodificação, assim como o cuidado à criança; Temáticas: Importância de identificar os sinais da criança; Sugestões práticas para o cuidado à criança – importância da rotina para o bebé	O casal identificar os sinais da criança, descodificando-os e saber desempenhar os cuidados da criança	Humanos: Psicólogo e Enfermeiro; Materiais: Bonecos de plástico; Vídeos de bebés demonstrando vários sinais;	- Instrução sobre como realizar o comportamento; - Informação sobre consequências para a saúde;

4) Materiais a utilizar no programa

Neste programa englobam-se os seguintes materiais: folhetos de sensibilização (Anexo F) vídeos, bonecos de plástico, *powerpoints*, fichas de implementação de intenções, e cartões de identificação de necessidades. Em seguida serão apresentados em maior detalhe os materiais utilizados e os seus conteúdos.

4.1) Folhetos de sensibilização sobre sintomas da Depressão Pós-Parto e formas de aumento do bem-estar na gravidez

Os folhetos (Anexo F) terão como objetivo sensibilizar para a importância de conhecer os sintomas e as características da Depressão Pós-Parto e da prevenção da mesma. Têm também por objetivo promover o bem-estar ao longo da gravidez e pós-parto, indicando sugestões de comportamentos saudáveis que contribuem para tal, e.g., alimentação, exercício físico, e manutenção do apoio mútuo, do autocuidado, da comunicação com o parceiro, e das atividades que o casal/homem/mulher desejam manter.

Pretende-se também com estes folhetos divulgar outras fontes de informação relativas à gravidez e ao pós-parto, tais como revistas das quais se destacam “A Nossa Gravidez”; “Pais & Filhos”; e ainda sites da internet como “decimomes.pt”, “demaeparamae.pt”, e “dunstanbaby.com” que poderão conter informações úteis quer durante a gravidez quer no período do pós-parto.

4.2) Vídeos de bebés – identificação e descodificação dos sinais

Este programa irá englobar vídeos de bebés em determinadas situações e a expressar diversas emoções/sentimentos de acordo com cada situação que lhes é apresentada e/ou necessidade que sentem. E.g., choro – fome, ou choro – sono. Nos vídeos serão apresentadas diversas sugestões acerca do que fazer para identificar mais facilmente os sinais que o bebé transmite, referindo no entanto que, apesar de existirem recomendações e sugestões gerais, a interpretação dos sinais do bebé terá que ser sempre baseada na individualidade de cada bebé e nas características habituais que cada um vai demonstrando. Estes vídeos poderão ser encontrados através da internet (por exemplo, vídeo com a diferenciação entre vários tipos de choro: <http://demaeparamae.pt/artigos/aprenda-descodificar-choro-bebe>), ou elaborados pelos pediatras, enfermeiros ou psicólogos, no decorrer do próprio programa, englobando casos reais sempre que possível.

4.3) Bonecos e *powerpoint* para treino de competências da parentalidade– cuidados básicos ao bebé

Neste treino pretende-se incluir bonecos (e.g., nenucos) que permitam aos futuros pais o treino para responder às necessidades da criança, assim como para adquirir competências nos cuidados básicos ao recém-nascido. Sendo que nestas sessões, para além do psicólogo, à semelhança dos vídeos anteriores, se terá também a colaboração do enfermeiro e do pediatra.

Este treino engloba também os vídeos de identificação do choro, assim como sugestões (através de *powerpoint*) acerca por exemplo da importância de se estabelecer uma rotina com o bebé, por forma a promover a orientação do bebé para o mundo exterior, para os estímulos existentes no meio. No entanto, mais importante do que estabelecer uma rotina inflexível, é sobretudo compreender o bebé, conhecer os seus próprios ritmos.

4.4) Guião das sessões em grupo – tarefas domésticas, importância do apoio mútuo e das redes de suporte

Para as sessões em grupo, presenciais (Sessão 3 e 5), pretende-se dispor de um gabinete/sala com cadeiras em círculo, quadro branco e canetas por forma a facilitar a discussão nas sessões grupais acerca das vantagens e desvantagens do apoio nas tarefas domésticas e parentais, assim como folhas brancas para um “*brainstorming*” acerca da importância do apoio mútuo (sessão 3), bem como da rede de suporte que os casais identificam (sessão 5). Facilitando ainda a comunicação, a criação de laços, assim como o posterior encontro no pós-parto, destes casais grávidos.

4.5) *Powerpoint* sobre importância da vinculação – Ao longo de 10 minutos exemplificar o que ocorre no processo de vinculação mãe-bebé, quais os benefícios, quais as características de uma vinculação segura e facultar sugestões de como promove-la.

Conteúdos:

O que é – Processo que se inicia mesmo antes da conceção, é fortalecido por acontecimentos significativos durante a gravidez e amadurece através do contacto mãe-filho durante o período neonatal (Silva, 2012).

Características – uma criança com vinculação segura sente-se capaz de explorar o mundo e de regressar à figura de vinculação sempre que se sentir ameaçada/insegura, voltando novamente à exploração.

Benefícios - uma vinculação segura e adaptada é promotora do bom desenvolvimento da

criança a vários níveis. Uma criança com vinculação segura será um adulto bem adaptado e independente do ponto de vista cognitivo, emocional e social.

Sugestões para uma boa vinculação – interagir com o bebé, estimulá-lo, dar-lhe colinho, mimosinhos, confortá-lo quando chora, ser o seu suporte quando se sente inseguro, respeitar os seus ritmos, estar atento aos sinais que o bebé transmite, e suprir as suas necessidades, sem no entanto ter de alterar tudo, em função do bebé (e.g., é importante não fechar tudo só porque o bebé está a dormir a meio do dia. Ele deve adaptar-se aos ruídos externos e à mudança dos dias/noites).

4.6) Powerpoint sobre as fases da gravidez – Ao longo de 10 minutos apresentar as diversas fases, correspondentes a cada um dos três trimestres, tendo em consideração o trimestre em que se encontram os casais presentes nas sessões. Por exemplo, se apenas existem casais no terceiro trimestre da gravidez, abordar a terceira fase em maior detalhe e, de forma mais superficial a primeira e segunda fase.

Conteúdos:

Primeira fase (1º trimestre) - Aceitação e Integração

A mulher percebe que está a gerar um ser dentro de si, é confrontada com a decisão de aceitar a gravidez e prosseguir com ela ou não aceitar e interromper. Poderá ser uma fase de grande ansiedade, por ser uma experiência nova e desconhecida. É uma fase mais introspetiva, em que a mulher invoca a sua infância, os seus modelos maternos. Está mais desperta para refletir sobre a mãe que teve e a mãe que quer ser.

Segunda fase (2º trimestre)– Diferenciação

A mulher/casal percebe o bebé como um ser diferente da mãe e não uma extensão sua, mas sim com ritmos diferentes, com uma certa autonomia (este momento coincide também com o início dos movimentos fetais).

Esta é também uma fase de atribuição da identidade – começa-se a chamar um nome ao bebé, a imaginar características, feições, ou seja, começa-se a criar o chamado bebé imaginário.

A barriga já começa a ser visível para o exterior e a mulher poderá sentir-se mais confiante, mais atraente.

Terceira fase (terceiro trimestre)- Separação

Nesta fase, o parceiro (se existir) está mais ativo e sente-se responsável por fazer chegar a mulher à maternidade, há geralmente um aumento da ansiedade e do desconforto decorrente dos longos meses de gravidez. E é normalmente quando se começa a preparar o quarto do

bebé, a mala da maternidade, há uma preparação a nível do exterior que é coincidente com a preparação psicológica da mulher e do casal em relação ao parto.

4.7) Powerpoint sobre alterações físicas e emocionais suscetíveis de ocorrer na gravidez e pós-parto e importância da partilha de sentimentos e das tarefas parentais e domésticas

– Ao longo de 10 minutos explicar que durante a gravidez e no pós-parto a mulher passa por diversas alterações físicas e hormonais que a podem tornar mais sensível emocionalmente – destacar os sintomas da Depressão Pós-Parto e a importância da procura de ajuda profissional. No entanto, salientar sempre que toda a fragilidade, desde que não interfira no quotidiano e nos cuidados ao bebé, é considerada normal e se o casal conversar, partilhar o que sente, mantiver contacto com os amigos, com a família, essa fragilidade acabará por se atenuar. É, por isso, importante a presença e o apoio familiar e do parceiro ao longo das várias fases da gravidez, assim como no pós-parto, nomeadamente ao nível das tarefas domésticas. O casal deve partilhar as tarefas domésticas por forma a facilitar o dia-a-dia e assim ter mais tempo para si e para cuidar do bebé também. O casal poderá também nos primeiros meses do pós-parto procurar o apoio familiar ao nível das tarefas domésticas para que possa ter mais tempo para se dedicar ao seu bem-estar, recuperação, vinculação com o bebé, e para que o casal tenha tempo e disponibilidade para conhecer o bebé, aprender os seus ritmos e dedicar-se às tarefas parentais.

4.8) Fichas para preenchimento para operacionalizar a implementação de intenções

De modo a facilitar a identificação e prática das atividades que o casal deseja manter quer ao longo da gravidez, quer no pós-parto, foram desenvolvidas fichas para o casal preencher, para operacionalizar a implementação de intenções “Se... então...” (Anexo G). Pretende-se assim que o casal elabore uma lista dessas atividades quer a nível individual, conjugal e parental e que defina qual o melhor momento e de que forma as colocará em prática.

4.9) Cartões de identificação de necessidades

Pretende-se incluir também, cartões com exemplos de necessidades sentidas (por mulheres já no pós-parto) (Anexo H), para que os casais se identifiquem/ consciencializem com essas necessidades, e encontrem estratégias para as prevenir, incluindo os recursos de que dispõe para fazer face às dificuldades/necessidades sentidas.

5) Implementação do programa

Relativamente à implementação do programa, pretende-se que este seja implementado em hospitais, centros de saúde, ou clínicas/centros de preparação para o parto, com interesse em promover o bem-estar dos casais grávidos e contribuir para uma melhor consciencialização acerca das problemáticas suscetíveis de surgir no pós-parto, possibilitando a sua prevenção.

Pretende-se que este programa seja implementado por psicólogo(s), que solicitará(ão) autorização aos locais que manifestaram interesse em que o programa venha a ser aplicado, (e.g., estabeleceram-se como partes interessadas no programa os Centros de Saúde, Clínicas com intervenção ao nível da preparação para o parto e parentalidade e Hospitais com interesse na área da maternidade e parentalidade, assim como em promover o bem-estar dos casais grávidos) e em seguida, procederá(ão) à respetiva aplicação do programa seguindo os procedimentos descritos nas sessões do protocolo de intervenção deste programa.

Espera-se que este programa seja aplicado a casais grávidos quer heterossexuais, quer homossexuais, a partir do segundo trimestre da gravidez (após a ecografia das 20 semanas), dado ao caráter preventivo do programa, e uma vez que se pretende que as sessões venham a ser trabalhadas com os casais grávidos de uma forma contínua, i.e., existindo relação entre os temas e havendo uma coerência entre as sessões. Contudo, existe flexibilidade de ajustamento das sessões e dos seus conteúdos aos estádios da gravidez dos grupos de participantes, i.e., se participam casais no segundo trimestre da gravidez, assim como casais no terceiro trimestre da gravidez, nas sessões em que serão abordadas as fases psicológicas da gravidez, ter-se-á em consideração esse fator e abordar-se-á ambas as fases com o mesmo nível de detalhe. Por outro lado, se participam casais apenas no terceiro trimestre da gravidez, as sessões das fases psicológicas da gravidez serão mais centradas nas fases que correspondem ao terceiro trimestre da gravidez, não se aprofundando com tanto detalhe a do primeiro e segundo.

Pretende-se ainda, que neste programa venham a colaborar pediatra(s) e enfermeiro(s), no sentido de enriquecer as temáticas abordadas pela psicologia com orientações de caráter mais prático e essenciais ao bom relacionamento pais/bebé, à amamentação e às boas práticas de cuidado ao recém-nascido. Neste sentido, antes da realização das sessões com os casais grávidos, espera-se que venham a ser realizadas reuniões com os profissionais de saúde (psicólogo(s), pediatra(s) e enfermeiro(s)), discutindo-se as temáticas de forma multidisciplinar e compreendendo-se de que forma os profissionais as gostariam de abordar, e

quais os temas a abordar. Podendo incluir-se formações aos profissionais de saúde num momento anterior à aplicação do programa aos casais grávidos.

6) Avaliação: desenho e seleção dos indicadores

Para avaliar o impacto e eficácia do programa recomenda-se a realização de um estudo quasi-experimental, tendo em conta que os participantes não serão aleatorizados pelas condições. O grupo experimental será constituído pelos casais que participarão no programa. O grupo de controlo receberá uma intervenção standard de um curso de preparação para o parto também com seis sessões. Ambos os grupos serão avaliados através dos instrumentos de avaliação descritos abaixo (pré-teste) e após a intervenção (pós-teste), assim como 6 meses após o parto (follow-up).

O pré-teste e o pós-teste englobarão a aplicação da escala de autoeficácia parental (Barnes & Adamson-Macedo, 2015) sendo a original de Barnes e Adamson-Macedo (2007), assim como da escala multidimensional de suporte social percebido (Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia & Mota-Pereira, 2011) sendo a original de Zimet e colaboradores (1988), sendo estes dois indicadores considerados principais. Os restantes indicadores dizem respeito à escala que avalia a rede social de suporte (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, 2012) sendo a original de Lubben, (1988), a de avaliação da qualidade da relação conjugal (Narciso & Costa, 1996), assim como a escala de Florescimento Humano (Batista, 2011) que avalia o bem-estar subjetivo, sendo a versão original de Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi e Biswas-Diener, (2010) e a de rastreio da Depressão Pós-Parto (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996), sendo a versão original *Edinburgh Postnatal Depression Scale* de Cox, Holden, e Sagovsky (1987). O pré-teste permitirá uma avaliação dos construtos sem que nenhuma intervenção tenha ocorrido, e portanto, os resultados obtidos no pré-teste serão considerados como resultados base, supondo-se um ponto de partida relativamente semelhante em ambos os grupos, i.e., experimental e controlo. Após o pré-teste será aplicada a intervenção no grupo experimental e as sessões do curso de preparação para o parto no grupo de controlo. Por fim, as medidas aplicadas inicialmente no pré-teste serão novamente aplicadas no pós-teste por forma a compreender-se se existiu efeito da intervenção no grupo experimental e se ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos (experimental e controlo). Seis meses após o parto, será feita uma nova avaliação, por forma a compreender se os efeitos

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

da intervenção se mantiveram no período do pós-parto e aferir sobre a existência de casos de Depressão Pós-Parto em ambos os grupos.

Para avaliar a percepção de autoeficácia parental definiu-se a escala: Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM) traduzida para português do Brasil por Barnes e Adamson-Macedo, 2015, sendo a original designada por *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy*, de Barnes e Adamson-Macedo (2007) (Anexo I). A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0.86), e ser aplicável a mulheres com crianças de idade inferior a 2 anos, sendo também indicada como um método complementar de rastreio de Depressão Pós-Parto.

Para avaliar a Qualidade da Relação Conjugal, definiu-se a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) de Narciso e Costa 1996 (Anexo J.). A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar elevada consistência interna (alfa de Cronbach = 0,971).

Para avaliar o Suporte Social Percebido, definiu-se a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), de Zimet e colaboradores (1988), traduzida por Carvalho, e colaboradores, 2011 (Anexo K). A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0.94), assim como adequada validade fatorial e validade de construto.

Para avaliar a Rede Social de Suporte, definiu-se a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), de Ribeiro, e colaboradores (2012) traduzida da versão original *Lubben Social Network Scale*, de Lubben (1988) (Anexo L). A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar razoável consistência interna (alfa de Cronbach = 0,798) e apesar de ter sido desenvolvida e aplicada tendo em consideração a população idosa, é uma escala também apropriada para diferentes faixas etárias e contextos.

Para avaliar o Bem-Estar Subjetivo definiu-se a Escala de Florescimento Humano, traduzida da versão original *Flourishing Scale* de Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi & Biswas-Diener, (2010), por Batista, (2011) (Anexo M). A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar adequada consistência interna (alfa de Cronbach = 0.87) e ser um bom complemento a outras escalas de Bem-Estar Subjetivo.

Para avaliar a presença/ausência de Depressão Pós-Parto sugere-se a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo de Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo (1996) traduzida da versão original *Edinburgh Postnatal Depression Scale* de Cox, Holden, e Sagovsky (1987) (Anexo N). A seleção desta escala prende-se com o facto de apresentar consistência interna adequada (alfa de Cronbach =0,87).

Para além dos indicadores que permitirão proceder à avaliação dos resultados, i.e., determinar se o programa teve um impacto nas variáveis associadas à prevenção da Depressão Pós-Parto, é também relevante avaliar-se todo o processo que a implementação do programa englobará, i.e., realizar uma avaliação de processo. Desde logo, será importante avaliar-se a exequibilidade da implementação do programa, isto é, perceber se é viável, consoante o local onde será aplicado, ou se serão necessárias algumas adaptações em função disso. Importará também monitorizar a implementação e avaliar se o programa está a ser implementado como foi planeado, e se está a chegar ao público-alvo. Para tal, pode ser útil gravar as sessões/formações, ou quem implementa o programa, assistir a determinadas sessões compreendendo-se assim se o programa está a ser implementado da mesma forma que foi planeado. Além disso, pode ser também útil questionar os casais grávidos acerca da sua opinião sobre o programa, os materiais utilizados, que feedback têm os participantes para o programa. Para além disso, pode ser útil também avaliar a comparência dos casais às sessões (e.g., comparar o número de participantes presentes na Sessão 1, comparativamente com o número de participantes presentes na Sessão 6).

Discussão

A Depressão pós-parto tem um grande impacto, não só pela gravidade dos sintomas, mas também pelas suas consequências, para a mulher, para o casal, e para todo o contexto que os rodeia (Schmidt Piccoloto & Muller, 2005). Quando não tratada, a Depressão Pós-Parto pode tornar-se prejudicial para o desenvolvimento da própria criança, a nível social e cognitivo, mais especificamente a nível de aquisição e desenvolvimento da linguagem, problemas relacionados com a alimentação e com o sono, assim como choro mais frequente. Sendo a Depressão Pós-Parto um fator potenciador das dificuldades relacionais da criança no futuro (Schmidt, Piccoloto & Muller, 2005) torna-se importante prevenir esta problemática.

Muitos dos programas existentes na área da Depressão Pós-Parto são programas de rastreio e/ou do seu tratamento precoce. O desenvolvimento deste programa surge assim, da necessidade de existirem práticas de prevenção primária e, de promoção da saúde. Surge também da inexistência de programas de prevenção primária a nível nacional e do facto de os programas internacionais existentes, não apresentarem o seu conteúdo acessível, não permitindo que sejam adaptados para a população portuguesa. Assim, este programa caracteriza-se como sendo um programa de prevenção primária da Depressão Pós-Parto, com vista ao aumento do bem-estar dos casais ao longo da gravidez, procurando colmatar as lacunas existentes encontradas na literatura.

Para este programa perspetivaram-se seis sessões, englobando diversas atividades permitindo atuar nos fatores associados à Depressão Pós-Parto. Os fatores que a literatura identifica como estando associados à Depressão Pós-Parto, constituíram parte do modelo teórico de processo, ao qual se acrescentou os determinantes identificados pelos informantes-chave decorrentes das entrevistas de avaliação de necessidades, e que vieram corroborar aqueles identificados pela literatura. As matrizes de objetivos também apresentadas neste trabalho de projeto, constituíram a base do desenvolvimento deste programa, permitindo ligar as atividades programadas aos fatores relacionados com a Depressão Pós-Parto nos quais se pretendia intervir, tendo em vista o aumento do bem-estar dos casais grávidos. Estas atividades dirigiram-se, assim, ao casal no sentido de o incentivar a manter o suporte de que dispõe e/ou a procurar novas fontes de suporte, procuraram também aumentar a autoeficácia relativamente às competências parentais potenciando o treino e a experiência de situações diferenciadas, as tarefas de cuidado ao recém-nascido, assim como a identificação dos sinais

que este transmite, tendo também como foco a relação conjugal positiva, a comunicação construtiva e o apoio mútuo entre o casal.

Apesar de este programa conter algumas componentes semelhantes às incluídas noutros cursos de preparação para o parto, o seu foco não é a replicação desses cursos porque pretende especificamente potenciar o bem-estar ao longo da gravidez, procurando prevenir primariamente o surgimento da Depressão Pós-Parto. É um programa de cariz psicossocial e utiliza métodos de mudança comportamental, diferenciando-se assim das terapêuticas utilizadas em psicologia clínica. É também inovador no sentido em que a nível nacional não foram encontrados programas de prevenção primária, ou seja, apenas se encontraram programas de prevenção secundária da Depressão Pós-Parto, i.e., rastreio. Por outro lado, muitos dos programas de prevenção primária da Depressão Pós-Parto desenvolvidos a nível internacional não fornecem informação detalhada sobre as atividades previstas e respetivo racional teórico, tornando difícil a sua replicação.

Como referido no capítulo I deste trabalho de projeto, os diferentes programas de prevenção primária existentes a nível internacional, centram-se essencialmente nas alterações que ocorrem ao nível da gravidez e do pós-parto (Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013; Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Fisher, Wynter & Rowe, 2010; Shorey, Chan, Chong & He, 2014), assim como na resolução de problemas e gestão do stress (Moshki, Beydokhti & Cheravi, 2013; Mao, Li, Chiu, Chan & Chen, 2012; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Feinberg & Kan, 2011; Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Elliot e colaboradores, 2000; Shorey, Chan, Chong & He, 2014), na promoção de competências de comunicação e nas emoções da mulher. Centram-se também nos estádios da gravidez, na saúde no pós-parto, têm como foco os conceitos de bebé imaginário e de bebé real (Arrais, Mourão & Fragalle, 2014; Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011), assim como a vivência da gestação/puerpério vs da sexualidade. Abordam os planos de parto, as expectativas acerca da parentalidade, a distinção entre *baby blues* e Depressão Pós-Parto (Phipps, Raker, Ware & Zlotnick, 2013; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Eliot e colaboradores, 2000). Pretendem promover o desenvolvimento de relações saudáveis e de sistemas de suporte, incentivando ao suporte telefónico regular por parte da psicologia, promovendo também a capacidade de identificar falhas ao nível do suporte (Feinberg, & Kan, 2011; Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011), para além de

que abordam ainda, a relação conjugal e a necessidade de autogestão das emoções e do conflito. Têm ainda em vista as questões do pós-parto, de comportamentos que ajudam a lidar com o stress e apresentam estratégias de sucesso no stress da parentalidade, procurando ainda normalizar sentimentos de stress, de isolamento, de falta de confiança no pós-parto (Matthey, Kavanagh, Howie, Barnett & Charles, 2004). Estes programas abordam ainda a relação mãe-bebé, o foco no autocuidado, as estratégias de *coping* em relação à depressão e ansiedade, os cuidados básicos ao recém-nascido, assim como a identificação e a importância de se atender aos sinais do bebé, de reconhecer o choro (Milgrom, Schembri, Eicksen, Ross & Gemmill, 2011; Elliot e colaboradores, 2000; Fisher, Wynter & Rowe, 2010; Shorey, Chan, Chong & He, 2014). As principais estratégias identificadas nestes programas para dinamizar estas temáticas foram: vídeos, feedback, ilustrações, instruções guiadas por áudio, trabalhos para casa, *quizzes*, exercícios de treino comportamental, reflexões, assim como a informação e a utilização do grupo como meio facilitador para solucionar as dificuldades.

As semelhanças entre o presente programa e os programas internacionais referidos estabelecem-se ao nível da abordagem dos estágios de gravidez, da importância do autocuidado na gravidez e pós-parto, da melhoria da autoconfiança, autoeficácia, assim como da descrição dos sintomas do Baby blues e da Depressão Pós-Parto e da distinção entre ambos. Também ao nível da importância do estabelecimento de redes/sistemas de suporte, de relações saudáveis, da identificação de falhas no suporte, se encontram semelhanças entre os programas internacionais e este programa, assim como ao nível da normalização de sentimentos de isolamento, stress e ansiedade, bem como ao nível da importância da relação mãe-bebé, dos cuidados básicos ao recém-nascido e da identificação dos sinais destes.

Ao nível das estratégias para abordar os conteúdos também se verificam semelhanças, mais especificamente a nível da utilização de vídeos, reflexões, feedback, sessões em grupo e informação.

Os aspetos que distinguem este programa de outros, é o facto de neste programa se estabelecerem estratégias especificamente direcionadas para o suporte percebido e recebido não só a nível emocional e informativo, o que também é estabelecido nos programas internacionais, mas principalmente ao nível do suporte instrumental e especificamente direcionado para o apoio ao nível da parentalidade e das tarefas domésticas, aspeto pouco contemplado nos programas internacionais. Um outro aspeto que distingue este programa dos existentes na literatura a nível internacional, é o facto de utilizar técnicas de mudança comportamental com base teórica e especificá-las, relacionando-as às atividades propostas.

Nos programas internacionais não se verifica este grau de detalhe.

Seria ainda uma mais-valia para este programa, englobar em maior detalhe as competências de comunicação, assim como estratégias de autogestão das emoções e dos conflitos na relação conjugal, e ainda a rivalidade entre irmãos, aspetos estes referidos nos programas internacionais, no entanto não descritos detalhadamente.

Ao longo deste trabalho de projeto e do desenvolvimento deste programa foram antecipadas algumas limitações. Ao nível da avaliação dos indicadores do programa, é de salientar que embora no modelo teórico de processo esteja presente a Depressão Pós-Parto como variável de resultado do programa, esta é considerada como variável de impacto. Isto porque tendo em conta a reduzida prevalência da Depressão Pós-Parto, e a amostra que se antecipa ser possível recolher, não se esperam encontrar diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo ao nível da prevalência da Depressão Pós-Parto. No entanto, esperam-se diferenças significativas ao nível dos fatores de risco e de proteção associados à Depressão Pós-Parto.

Ao nível da avaliação de necessidades, poderia ter sido útil, para além da opinião das mulheres grávidas e das mulheres no pós-parto, esta avaliação englobar também a opinião dos parceiros das mulheres grávidas. Tal não foi possível uma vez que houve dificuldade em aceder à amostra. No entanto seria importante no futuro compreender junto dos parceiros quais as suas necessidades e fazer adaptações no programa, se necessário em função disso.

Neste trabalho de projeto não se pretendia implementar o programa desenvolvido, ficando assim, a implementação para um momento posterior ao desenvolvimento do programa. Contudo, foi elaborado o planeamento das condições de implementação. As sugestões para o futuro prendem-se não só com melhorias a nível da avaliação de necessidades, mas também com aspetos inerentes ao teste e implementação do programa. Assim, apesar de a avaliação de necessidades ter englobado entrevistas semiestruturadas a mulheres grávidas, profissionais de saúde, e mulheres no pós-parto há cerca de um ano, sugere-se que num momento anterior à implementação do programa, seja realizado um estudo-piloto também direcionado a parceiros de mulheres grávidas, no sentido de obter as opiniões destes e assim permitir acrescentar outros contributos ao programa. Sugere-se também a aplicação de um teste-piloto, no sentido de se compreender se se verificam os resultados espectáveis primeiramente numa amostra mais reduzida, e assim compreender se serão necessários alguns ajustes ao que está previsto, antes de o programa ser aplicado a uma amostra maior.

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

Ao nível da implementação do programa, pretende-se que esta esteja a cargo de um psicólogo, uma vez que se trata de um programa psicossocial, abordando questões da psicologia da saúde, ainda que com a participação de pediatras e enfermeiros em determinadas sessões devidamente explicitadas.

Pretende-se com este programa aumentar o conhecimento e contribuir com materiais na área da prevenção primária da Depressão Pós-Parto, salientando-se assim a importância não só do rastreio (prevenção secundária), mas sobretudo da prevenção no sentido de evitar que a problemática surja (prevenção primária). Neste sentido, torna-se relevante a promoção de práticas saudáveis ao longo da gravidez, quer a nível individual, da mulher em si, quer inter individual, a nível do casal e da relação entre o casal e o seu contexto familiar e social.

Espera-se, ainda, que este programa seja um contributo, complementando outros programas e outros estudos já existentes na área da prevenção e da promoção da saúde, potenciando assim a relevância de se investir nestas temáticas da área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunheiro, L. (2005). A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida nos doentes após transplante hepático. *Psicologia.com.pt O portal dos psicólogos*, 1-15.
- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em saúde, Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 91-96.
- Armstrong, K., & Edwards, H. (2004). The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 177-194.
- Arrais, A., Mourão, M., & Fragalle, B. (2014). Pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde Sociedade*, 23(1), 251-264. Doi: 10.1590/S0104-12902014000100020¹
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*, 26(1), 135-41.
- Bahadoran, P., Tirkesh, F., & Oreizi, H. (2014). Association between physical activity 3-12 months after delivery and postpartum well-being. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 82-87.
- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G., Gottlieb, N., & Fernandez, M. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. Third Edition. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Beck, C. (2001). Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Bourbon, M. (2016). Doenças Cardiovasculares Sabe Como Prevenir? Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 2ª edição. Quarteto.
- Clout, D., & Brown, R. (2016). Marital relationship and attachment predictors of postpartum stress, anxiety and depression symptoms. *Journal of social and clinical psychology*, 35(4), 322-341.
- Correia, M. (2010). A depressão pós-parto. Retirado de: <http://maternidadedrafredodacosta.blogspot.pt/2010/08/depressao-pos-parto-dpp.html>

¹ Quadro 1.1 Anexo A (4)

- Cronin, S., Becher, E., Christians, K., Maher, M., & Dibb, S. (2015). Parents and Stress: Understanding Experiences, Context and Responses. *Children's Mental Health eReview*, 1-19.
- Daley, A., Jolly, K., & Mac Arthur, C. (2009). The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: Systematic review and meta-analysis. *Family Practice- and international journal*. Doi:10.1093/fampra/cmn101
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2. Doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.
- Dennis, L., Brown, K., & Morrell, J. (2016). Interventions (other than psychosocial and pharmacological) for preventing postpartum depression (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1-12. Doi: 10.1002/14651858.CD012201.
- Drozd, F., Haga, S., Brendryen, H., & Slinning, K. (2015). An Internet-based intervention (mamma mia) for postpartum depression: Mapping the development from theory to practice. *JMIR Research Protocols*, 4(4), 1- 17. Doi:10.2196/resprot.4858.¹
- DSM-5. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5.*, Washington, DC London, England: American Psychiatric Publishing.
- Eliot, S. A., Leverton, T. J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J., & Bushnell, D. (2000). Promoting mental health after childbirth: A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 223-241.²
- Engsheden, N., Fabian, H., & Sarkadi, A. (2013). Offering relationship education (PREP) for Couples During pregnancy: Self-Selection Patterns. *Family relations interdisciplinary journal of applied family studies*, 62, 676-685. Doi:10.1111/fare.12032.³
- Feinberg, M., & Kan, M. (2011) Establishing Family Foundations: Intervention Effects on coparenting, parent/infant well-being, parent-child relations. *J Fam Psychology*, 22(2), 253-263. Doi:10.1037/0893-3200.22.2.253.⁴
- Fisher, J., Wynter, K., & Rowe, H. (2010). Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. *BMC Public Health* ⁵

¹ Quadro 1.1 Anexo A (10)

² Quadro 1.1 Anexo A (9)

³ Quadro 1.1 Anexo A (3)

⁴ Quadro 1.1 Anexo A (6)

⁵ Quadro 1.1 Anexo A (13)

Gavia, B. (2013). Identidade e Bem-Estar Emocional. Retirado de:

www.fsdown.org.br/artigo/identidade-e-bem-estar-emocional

Goodman, S., & Gotlieb, I. (1999). Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490.

Haber, M., Cohen, J., Lucas, T., & Baltes, B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *Am J. Community Psychol*, 39, 133-144. Doi: 10.1007/s10464-007-9100-9.

Hamilton, K., Kavanagh, D., Connolly, J., Davis, L., Fisher, J., Halford, K., Hides, L., Milgrom, J., Rowe, H., Sanders, D., Scuffham, P., Tjondronegoro, D., Walsh, A., White, K., & Wittkowski, A. (2016). Baby Steps- An online program promoting the well-being of new mothers and fathers: a study protocol. *JMIR Research Protocols*, 5(3), 1-11. Doi: 10.2196/resprot.5706.¹

Ickovics, J., Reed, E., Magriples, U., Westdahl, C., Rising, S., & Kershaw, T. (2011). Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: Results from a randomised controlled trial. *Psychol Health*, 26(2), 235-250. Doi:10.1080/08870446.2011.531577.²

Lindahl, V., Pearson, J., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87.

Mao, H., Li, H., Chiu, H., Chan, W., & Chen, S. (2012). Effectiveness of antenatal emotional self-management training program in prevention of postnatal depression in chinese women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 218-224. Doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00331.x.³

Matthey, S., Kavanagh, D., Howie, P., Barnett, B., & Charles, M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79, 113-126. Doi:10.1016/S0165-0327(02)00362-2.⁴

Milgrom, J., Schembri, C., Eicksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130, 385-394. Doi: 10.1016/j.jad.2010.10.045.⁵

¹ Quadro 1.1 Anexo A (12)

² Quadro 1.1 Anexo A (11)

³ Quadro 1.1 Anexo A (2)

⁴ Quadro 1.1 Anexo A (7)

⁵ Quadro 1.1 Anexo A (8)

- Moshki, M., Beydokhti, T., & Cheravi, K. (2013). The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2256-2263. Doi: 10.1111/jocn.12505.¹
- Mosmann, C., Wagner, A., & Carneiro-Féres, T. (2006). Qualidade Conjugal: Mapeando Conceitos. *Paidéia*, 16(35), 315-325.
- Norhayati, M., Hazlina, N., Asrenee, A., & Emilin, W. (2015). *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>.
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2008). Obstetrics Postpartum Depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 357- 364. Doi: 10.1016/j.ajog.2008.11.033.
- Phipps, M., Raker, C., Ware, C., Zlotnick, C. (2013). Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 192- 194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.12.036>.²
- Schmidt, E., Piccoloto, N., & Muller, M. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*, 10(1), 61-68.
- Shorey, S., Chan, S., Chong, Y., & He, H. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *JAN: Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*. Doi: 10.1111/jan.12590.³
- Silva, S. (2012). *Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte Social* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Tavares, L. (1990). Depressão e Relacionamento Conjugal durante a Gravidez e o Pós-Parto. *Análise Psicológica*, 4(8), 389-398.
- Teti, D., & Gelfand, D. (1991). Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Maternal Self-Efficacy. *Child Development*, 62(5), 918-929.
- Tristão, R., Neiva, E., Barnes, C., & Adamson-Macedo, E. (2015). Validação da Escala Percepção de Autoeficácia da parentalidade materna em Amostra Brasileira. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 1-10. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106000>.

¹ Quadro 1.1 Anexo A (1).

² Quadro 1.1 Anexo A (5).

³ Quadro 1.1 Anexo A (14).

Troutman, B., Moran, T., Arndt, S., Johnson, R., & Chmielewski, M. (2013). Development of parenting self-efficacy in mothers of infants with high negative emotionality. *Infant Ment Health J.*, 33(1), 1-18. Doi:10.1002/imhj.20332.

TSF. (2015). Investigadores de Coimbra vão analisar a depressão pós-parto. Retirado de: http://www.psicologia.pt/noticias/ver_noticia.php?investigadores-de-coimbra-vao-analisar-a-depressao-pos-parto&codigo=NO02042.

Yim, I., Stapleton, L., Guardino, C., Hahn-Holbrook, J., & Schetter, C. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 99-137. Doi:10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426.

ANEXOS

Anexo A – **Quadro 1.1.** - *Principais programas universais de prevenção primária da Depressão Pós-Parto, existentes na literatura*

Intervenção	Temas das sessões	Ref
Locus de controlo- Interv. Educacional, 230 grávidas Irão.	Temas: -Mudanças fisiológicas; -Nutrição; -Complic. Gravidez; -Compet. Comunicação; -Estádios da gravidez, parto, e redução da dor (familiarização); - Saúde no pós-parto; - Emoções e atitudes das mulheres- enfase no L.C.Interno em saúde.	(1)
Treino de autogestão das emoções, 240 grávidas de 32 semanas de gestação	Temas: -Compreender cultura de parto e a autogestão, -Resolução de problemas e comunicação positiva, -Exercícios de relaxamento, -Reestruturação cognitiva, -Melhoria na autoconfiança	(2)
PREP- Prevention and Relationship Education Program 89 casais grávidos suecos universais		(3)
Pré-natal psicológico- programa de prevenção da DPP 10 grávidas 23-33 anos e 12-36 semanas de gestação	Temas: - mudanças geradas pela maternidade; desmistificação da maternidade; bebé imaginário vs bebé real; gestação/puerpério vs sexualidade; planos de parto, estados emocionais no pós-parto, cobranças sociais	(4)
Estudo experimental controlado (RCT) para prevenir a DPP 106 grávidas adolescentes (<17 anos) <25 semanas gestação	Conteúdos das sessões: - multimédia, - componentes interativas, - trabalhos para casa, - feedback, - Desenvolvimento de competências de comunicação p/ gestão de conflitos na relação (antes e após o parto), - Expectativas acerca da parentalidade, - Gestão de stress, - Baby blues vs Depressão, - Desenvolvimento de sistema de suporte, relações saudáveis, - Estabelecimento de objetivos e recursos psicossociais para novas mães.	(5)
Family Foundations Casais grávidos do primeiro filho, pelo menos 18 anos de idade; residentes em zonas rurais e urbanas	Sessões - base na teoria conceptual da coparentalidade. Temas: relação conjugal, autogestão das emoções e do conflito, resolução de problemas, comunicação, estratégias de suporte mútuo para promover parentalidade positiva. Auxílio na consciência/ antecipação das áreas de insatisfação na coparentalidade e gestão desta através de comunicação positiva, resolução de problemas, técnicas de gestão de conflitos. Casal – questionário separado (experiência de relação, qualidade	(6)

	individual e atitudes e bem-estar individual). 12 interações em vídeo para cada casal. Material didático, exercícios e treinos comportamentais.	
Eficácia de programa de preparação para parentalidade 268 participantes (casais) no 2º ou 3º trimestre de gravidez. Média de idade: 27 anos	<p>Sessões - questões psicossociais sobre tornar pais pela primeira vez. 3 tipos de grupo: Empatia (Intervenção), Jogo do bebê (controlo não específico), Controlo (controlo habitual). Empatia: (6 sessões) foco: questões psicossociais do pós-parto: - > compreensão dos conceitos do pós-parto; - identificar comportamentos que ajudam/não a lidar com stressores da parentalidade; - providenciar participantes com estratégias de sucesso no stress da parentalidade, - normalizar sentimentos de stress, isolamento, falta de confiança no pós-parto.</p> <p>Sessão extra (7) – 10 componentes: completar checklist de conceitos do pós-parto na gravidez; discussão de conceitos do próprio e parceiro em: grupos separados/em casal/em pequenos grupos/alargados para solucionar dificuldades; sessões de avaliação; relembrar do contacto pós-parto e da informação.</p>	(7)
Towards parenthood: Intervenção antes do parto para prevenir a Depressão Pós-Parto, ansiedade e preparar a mulher para a transição para a parentalidade.	<p>Folheto de autoajuda, com suporte telefónico regular individual por um psic. Foco: reduzir f. risco da DPP e promover fatores protetores – incluir o cônjuge + suporte ao casal na transição. Fornecer competências de resolução de problemas para lidar com dificuldades futuras emocionais e de parentalidade.</p> <p>Uni1 (dirigido a mães): desenv. relação mãe-bebé, reflexão das experiências c/ família, > conhecimento da influência na relação mãe-bebé. Uni2 (dirigido a pais): desenv da relação pai-bebé, refletindo nas experiências da família, > consciência da mudança e a importância de suporte. Uni3: Prep p parentalidade, facilitar expectativa realista da mudança e treino de compet. de resolução de problemas. Uni4: Cuidar do próprio, do bebé, foco no autocuidado, autoestima. Uni5: gerir mudança nas relações, abordar a mudança de papéis comunicação assertiva e aberta, intimidade, e reflexão com origem na família. Uni6: Manter equilíbrio na vida, estratégias comportamentais para coping com depressão e ansiedade. Uni7: Pensamento saudável, pensamento no próprio – Estratégias cognitivas p lidar com depressão e ansiedade. Uni8: Cuidar de bebé recém nascido – Expectativas realistas acerca do cuidado. Uni9 (pós-natal) p refletir e integrar experiência do nascimento e realidade da parentalidade.</p>	(8)
Promoção da saúde mental antes do parto: prevenção primária da Depressão Pós-Parto.	Conteúdo: voltar ao hospital, experiência do período pós-natal, rivalidade de irmãos, Depressão Pós-Parto, capacidades dos recém-nascidos, choro.	(9)

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

Mulheres vulneráveis grávidas do primeiro ou segundo filho		
Intervenção baseada na net – MAMMA MIA para DPP Mulheres com 18-24 semanas de gestação	Conteúdo das sessões: Informação psicoeducacional (informação, ilustração e vídeos), tarefas interativas (instruções guiadas por áudio, quizzes, reflexões), trabalhos cognitivos ou comportamentais (tarefas interativas relativas ao tema em cada sessão).	(10)
Grupo de cuidado pré-natal no risco psicossocial na gravidez (idade 14-25 anos)	Conteúdos do grupo de intervenção - cuidado pré-natal integrado: Avaliação física, desenv. de competências, educação e suporte. Discussão de questões relacionadas com o cuidado pré-natal, preparação para o parto, cuidado no pós-parto, prevenção do HIV(sessão 4, 5, 6) e saúde mental e funcionamento psicossocial.	(11)
Baby Step -Programa Online de Promoção de bem-estar de mães e pais- Protocolo 240 casais primíparas	Temas do 2 – Estabelecimento de objetivos, resolução de problemas.	(12)
Programa inovador psicoeducacional de prevenção de perturbações mentais comuns em mulheres primíparas	What Were We Thinking 1-Contém: temperamento da criança; choro, reconhecimento de cansaço, necessidades de sono, rotinas de alimentação e de sono. 2-Contém: parentalidade imaginária vs real, aspetos difíceis/prazerosos do nascimento da criança, conhecer ganhos e perdas da parentalidade, pensar sobre as experiências, identificar falhas no suporte.	(13)
Casais com + de 18 anos e 1º filho saudável		
Programa psicoeducacional pós-natal para autoeficácia, suporte social e Depressão Pós-Parto Mulheres 21 anos idade com 1 filho.	G.C – cuidados de rotina: suporte das enfermeiras– cuidados básicos ao bebé. G.I – programa psicoeducacional pós-natal + cuidados de rotina. Conteúdos: mudanças físicas e psicológicas após o parto, importância das dinâmicas familiares, significado de autoeficácia e comportamentos de autoajuda.	(14)

Anexo B - Guiões das entrevistas de Avaliação de Necessidades

Guião de entrevista semiestruturada a profissionais de saúde

Boa tarde, gostaria desde já de agradecer a sua presença e disponibilidade nesta entrevista. Estou a realizar esta entrevista como parte integrante da dissertação relativa ao Mestrado em Psicologia Social da Saúde, referente à temática da Depressão Pós-Parto, para a qual pretendo desenvolver um programa de prevenção primária.

É de referir que nos interessa a sua opinião mais sincera relativamente a alguns tópicos e, portanto, não existem respostas certas ou erradas, sendo todas consideradas válidas.

Todas as respostas serão totalmente anónimas e confidenciais, sendo somente analisadas de forma conjunta com outras respostas. De salientar também que pode desistir a qualquer momento, sendo igualmente mantida a confidencialidade das respostas dadas.

Interessa também informar que se assim o permitir, esta entrevista será gravada por forma a tornar mais fácil o registo dos seus comentários e opiniões, não sendo os dados utilizados para outro propósito.

Esta entrevista terá a duração aproximada de 20 minutos.

Idade; Sexo; Área de residência; Habilitações Literárias; Profissão/Área de especialização; Experiência na área da DPP; Local de trabalho (Centro de saúde, Clínica ou Hospital)

- 1- Para começar, com base no seu conhecimento acerca da Depressão Pós-Parto, o que nos pode dizer da dimensão desta? (ao nível da população afetada, das idades abrangidas, da gravidade, e do impacto que representa?)
- 2- Que características são comuns neste problema? (quais os sintomas mais relatados? existe um padrão da doença?)
- 3- Como é habitualmente o procedimento de tratamento da problemática?
- 4- Que recursos existem atualmente na comunidade a que as pessoas possam recorrer para ultrapassar esta problemática?
- 5- Existe informação nas consultas de seguimento da gravidez que alerte para a importância de prevenir a Depressão Pós-Parto? Se sim, que tipo de informação é dada?
- 6- Que fatores de risco estão geralmente associados ao surgimento da Depressão Pós-Parto?

- 7- E que fatores protetores estão associados à redução ou prevenção desta?
- 8- E que temas considera importantes abordar com as grávidas/casais no sentido de prevenir a Depressão Pós-Parto? (O que na sua opinião, enquanto profissional de saúde considera ser importante levar os casais a refletir como preparação para a maternidade/paternidade?)
- 9- Que tipo de materiais (e.g., vídeos, folhetos, etc) e conteúdo (i.e., temas) considera que seriam úteis o programa conter?
- 10- Considerando que um programa presencial abrange um menor número de pessoas que uma aplicação ou programa online, qual será, na sua opinião, a melhor forma de implementar este programa tendo em conta as características que irá apresentar?
- 11- Por fim, considera viável numa consulta em conjunto com os casais/mulheres trabalhar um pouco a questão da importância de prevenir a Depressão Pós-Parto?

Guião de entrevista a mulheres grávidas

Boa tarde, gostaria desde já de agradecer a sua presença e disponibilidade nesta entrevista. Estou a realizar esta entrevista como parte integrante da dissertação relativa ao Mestrado em Psicologia Social da Saúde, referente à temática da Depressão Pós-Parto, para a qual pretendo desenvolver um programa de prevenção primária (que evite a Depressão Pós-Parto).

Interessa-nos a sua opinião mais sincera relativamente a alguns tópicos e portanto é de salientar que não existem respostas certas ou erradas, sendo todas consideradas válidas.

Todas as respostas serão totalmente anónimas e confidenciais, sendo analisadas conjuntamente com outras respostas. De salientar também que pode desistir a qualquer momento, sendo igualmente mantida a confidencialidade das suas respostas.

Interessa também informar que se assim o permitir, esta entrevista será gravada por forma a tornar mais fácil o registo dos seus comentários e opiniões, não sendo os dados utilizados para outro propósito.

Esta entrevista terá a duração aproximada de 20 minutos.

Idade; Habilitações literárias; Área de Residência; Situação Ocupacional:

- 1- É a primeira gravidez?

(Caso **não seja**: após a gravidez, experienciou Depressão Pós-Parto (DPP)?) (Se sim-adaptar as questões estruturadas direcionadas a mulheres que tiveram DPP)

- 2- Pensando na gravidez, no período do pós-parto e nas alterações emocionais que destes podem advir, como por exemplo, a Depressão Pós-Parto, que recursos conhece que existem atualmente e aos quais poderá recorrer relativamente à Depressão Pós-Parto?
- 3- O que fará/está a fazer de diferente, nesta gravidez, ou em que medida está mais atenta relativamente à Depressão Pós-Parto? E o que mudou?)

(Questão válida apenas para mulheres que estão grávidas segunda vez e que tiveram DPP na 1ª vez- questionar após a questão 5 do guião para mulheres que tiveram DPP)

- 4- Se existir um programa dirigido a mulheres grávidas, que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, teria interesse em participar? O que a levaria a participar? Que sugestões tem para nos dar?
- 5- O que considera que seria útil para si, enquanto grávida, obter de um programa deste género? E o que não gostaria?
- 6- Que conteúdos considera que um programa deste tipo poderia englobar? Que materiais (e.g., vídeos, folhetos, conteúdos, temas) ou estratégias? Como chegaria melhor às pessoas?
- 7- Consideraria importante, ou não, incluir os parceiros nesse programa?

Que tipo de conteúdos considera que seriam úteis abordar com eles? Que materiais?

Guião de entrevista semiestruturada a mulheres que já experienciaram Depressão Pós-Parto e que a ultrapassaram com sucesso¹

Boa tarde, gostaria desde já de agradecer a sua presença e disponibilidade nesta entrevista. Estou a realizar esta entrevista como parte integrante da dissertação relativa ao Mestrado em Psicologia Social da Saúde, referente à temática da Depressão Pós-Parto, para a qual pretendo desenvolver um programa de prevenção primária (que evite a Depressão Pós-Parto).

Interessa-nos a sua opinião mais sincera relativamente a alguns tópicos e portanto é de salientar que não existem respostas certas ou erradas, sendo todas consideradas válidas.

Todas as respostas serão totalmente anónimas e confidenciais, sendo analisadas

¹ Pretendia-se realizar entrevistas a esta população, no entanto não foi possível por impossibilidade em aceder à amostra

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

conjuntamente com outras respostas. De salientar também que pode desistir a qualquer momento, sendo igualmente mantida a confidencialidade das suas respostas.

Interessa também informar que se assim o permitir, esta entrevista será gravada por forma a tornar mais fácil o registo dos seus comentários e opiniões, não sendo os dados utilizados para outro propósito.

Esta entrevista terá a duração aproximada de 20 minutos.

Idade; Habilitações literárias; Área de Residência; Número de Filhos; Agregado Familiar; Situação ocupacional

- 1- Sei que teve Depressão Pós-Parto, quer falar-me um pouco do que retirou desse acontecimento? O que aprendeu com ele, que nos possa ser útil para ajudar outras mulheres a evitá-la?
- 2- O que considera que teria sido útil para si e que teria permitido minimizar o problema?
- 3- O que sentiu que estava em falta, para que se pudesse prevenir a Depressão Pós-Parto?
- 4- Que aspetos relacionados com a Depressão Pós-Parto, teria gostado que tivessem sido abordados consigo, durante a gravidez, e quais é que não?
- 5- A que recursos recorreu para ultrapassar esta problemática? Tem conhecimento de que recursos existem atualmente na comunidade a que as pessoas possam recorrer?
- 6- Para um programa de prevenção primária da Depressão Pós-Parto i.e., que evite a Depressão, o que sugere? Que informação é mais importante transmitir às pessoas por forma a tentar prevenir a Depressão Pós-Parto? Que materiais ou estratégias considera importantes incluir?
- 7- Considera importante ou não, envolver o parceiro/familiares?
- 8- Qual a sua opinião relativamente ao papel que o apoio de pessoas próximas (e.g., companheiro, familiares, amigos) representa na Depressão Pós-Parto? Que tipo de apoio considera ser mais importante/necessário?
- 9- E se alguém lhe mostrasse/lhe fizesse sentir que é capaz e competente enquanto futura mãe, o que isso influenciaria? (Como é que alguém lhe poderia fazer sentir que é capaz e competente enquanto futura mãe?)
- 10- Que outros aspetos considera que seriam relevantes abordar?

Guiões para os parceiros de mulheres que tiveram Depressão Pós-Parto e que a ultrapassaram com sucesso (parceiros das participantes na entrevista às mulheres, ou parceiros das que recusaram participar)¹

Idade; Sexo; Habilitações literárias; Área de Residência; Número de Filhos; Agregado Familiar

- 1- Enquanto parceiro/cônjuge, de uma mulher com Depressão Pós-Parto, como é lidar com este facto? O que retirou disso e que nos possa ser útil para ajudar outras mulheres e seus parceiros?
- 2- Considera que teve um papel importante na redução dos sintomas da Depressão Pós-Parto? De que forma?
- 3- Se pudesse voltar atrás, o que considera que teria sido útil para si saber antes do nascimento do(a) vosso(a) filho(a), que permitisse prevenir ou minimizar o problema?
- 4- O que sentiu que estava em falta para que a Depressão Pós-Parto pudesse ser prevenida?
- 5- Que aspetos relacionados com a Depressão Pós-Parto gostaria que tivessem sido abordados consigo, e quais é que não?
- 6- A que recursos recorreu por forma a auxiliar a sua mulher a ultrapassar esta problemática? Tem conhecimento de que recursos existem na comunidade para os parceiros de mulheres com Depressão Pós-Parto?
- 7- Em que é que um programa de prevenção primária (que evite) a Depressão Pós-Parto poderia ser benéfico? (que temáticas deveria abordar? Que estratégias se poderiam utilizar para passar melhor a mensagem/chegar melhor às pessoas? Em suma, o que gostava de receber de um programa deste género?)
- 8- De que forma este programa se poderia dirigir também às fontes de apoio das mulheres? Que materiais ou estratégias seriam úteis?

Guiões para mulheres que passaram pelo período do pós-parto há cerca de um ano

Boa tarde, gostaria desde já de agradecer a sua presença e disponibilidade nesta entrevista. Estou a realizar esta entrevista como parte integrante da dissertação relativa ao Mestrado em Psicologia Social da Saúde, referente à temática da Depressão Pós-Parto, para a

¹ Pretendia-se realizar entrevistas a esta população, no entanto não foi possível por impossibilidade em aceder à amostra

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

qual pretendo desenvolver um programa de prevenção primária (que evite a Depressão Pós-Parto).

Interessa-nos a sua opinião mais sincera relativamente a alguns tópicos e portanto é de salientar que não existem respostas certas ou erradas, sendo todas consideradas válidas.

Todas as respostas serão totalmente anónimas e confidenciais, sendo analisadas conjuntamente com outras respostas. De salientar também que pode desistir a qualquer momento, sendo igualmente mantida a confidencialidade das suas respostas.

Interessa também informar que se assim o permitir, esta entrevista será gravada por forma a tornar mais fácil o registo dos seus comentários e opiniões, não sendo os dados utilizados para outro propósito.

Esta entrevista terá a duração aproximada de 10 minutos.

Idade; Habilitações literárias; Área de Residência; Número de Filhos; Agregado familiar; Situação Ocupacional; Condições Obstétricas; Intercorrências no parto:

- 1- Há quanto tempo passou pela experiência do pós-parto?
- 2- Experienciou Depressão Pós-Parto?
- 3- Que recursos conhece que existem atualmente na comunidade para ultrapassar ou prevenir a Depressão Pós-Parto?
- 4- Durante a gravidez o que sentiu que promoveu o seu bem-estar?
- 5- E durante o período após o parto?
- 6- Quais as maiores necessidades que sentiu? E que dificuldades encontrou?
- 7- O que teria ajudado a ultrapassá-las?
- 8- Se existisse um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, que sugestões de temas, conteúdos tem para nos dar? (O que seria útil abordar ainda durante a gravidez?)
- 9- Qual a melhor forma de o fazer? (como chegar melhor às pessoas?)
- 10- Considera importante, ou não, incluir os parceiros neste tipo de programas?
- 11- De que forma?

Anexo C – Consentimento informado entregue aos participantes – Avaliação de necessidades

Boa tarde, sou aluna do 2º ano do Mestrado de Psicologia Social da Saúde, estou a iniciar um trabalho de projeto que visa o desenvolvimento de um programa de prevenção primária da Depressão Pós-Parto direcionado a casais grávidos quer seja a gravidez de primeiro(s) filho(s) ou não, e qualquer que seja o trimestre da gravidez em que se encontrem.

Pretendo assim, para o avançar deste projeto, realizar algumas entrevistas a profissionais de saúde (enfermeiros, obstetras e psicólogos), também a mulheres grávidas, a mulheres que experienciaram Depressão Pós-Parto e a ultrapassaram com sucesso, assim como a parceiros dessas ou outras mulheres.

Estas entrevistas pretendem apenas obter alguma informação acerca da temática da Depressão Pós-Parto, compreender o que a população considera que está em falta, o que já existe, e o que seria importante e útil um programa de prevenção abordar, quer em termos de conteúdos, quer de materiais e estratégias.

Estas entrevistas farão parte das primeiras etapas, sendo essenciais para o desenvolver do referido programa, sendo por isso importante a sua resposta mais sincera.

Neste sentido, gostaria de salientar que todas as suas respostas serão anónimas e confidenciais, e que apesar de serem gravadas, essa gravação apenas será utilizada para efeitos de análise da informação para este projeto, sendo posteriormente eliminada. As entrevistas não serão, portanto, analisadas de forma individual mas sim como um todo, não sendo feita a identificação da identidade dos participantes, apenas um código para tornar perceptível quais são as opiniões dos profissionais, das mulheres e dos parceiros. Saliento também que não existem respostas certas nem erradas, e que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento não sendo por isso prejudicado/a.

Declaro que li e compreendi a informação que me foi dada, e aceito participar nesta entrevista:

Anexo D - Transcrições das entrevistas de avaliação de necessidades

Profissionais de Saúde:

Obstetras (PFO):

PFO 1

Idade: 44; Sexo: Feminino; Área de Residência: Lisboa; Habilitações Literárias: Mestrado; Área de Especialização: Ginecologia e Obstetrícia; Experiência na área da Depressão Pós-Parto: é essencialmente o que vejo no puerpério. É escassa.; Local de trabalho (Centro de Saúde, Clínica, Hospital): Hospital.

1 - Para começar, com base no seu conhecimento acerca da Depressão Pós-Parto, O que nos pode dizer da dimensão desta? (ao nível da população afetada, das idades abrangidas, da gravidade, e do impacto que representa?)

A probabilidade da maior parte das depressões, aquelas depressões, se é que podemos chamar depressões, são as alterações de humor que nós vemos na primeira semana, isso aí é relativamente frequente, cerca de 80% das mulheres acho que passam por isso. Aquelas que depois não passam, acho que já um número de alterações psicóticas, mesmo já, ao longo destes anos todos que exerço, vi para aí duas. E são essencialmente mulheres que já tinham histórias de depressão no passado. Acho que é mesmo importante que mantenham a medicação mesmo durante a gravidez e depois no pós-parto. As outras... é assim, as alterações hormonais, eu acho que todas as mulheres têm algum grau de depressão. Aquelas que mantêm, muitas vezes têm algum problema familiar, ou não têm companheiro, ou têm dificuldades económicas, mas essencialmente eu acho que é mais uma história de depressão no passado, essas são aquelas que têm mais probabilidade. O resto é inesperado.

E qual é que é o impacto que considera que esta depressão pos-parto pode representar?

Impacto na relação mãe-bebé? É isso?

Tem um impacto muito grande, afeta todo o meio familiar, mesmo relativamente a gravidezes futuras, a probabilidade de ter outra depressão é maior e muitas mulheres até têm receio de engravidar a seguir, ou não querem mesmo.

2- Que características são comuns neste problema? (quais os sintomas mais relatados? existe um padrão da doença?)

O que mais relatam é o choro, um grande cansaço, dificuldade em dormir, em cuidar do bebé, há uma dificuldade em criar uma relação com o bebé.

3- Como é habitualmente o procedimento de tratamento da problemática?

Chama-se a psiquiatria, eles medicam. Isso é mesmo coisas que tem que se resolver com medicamentos. Aquelas de um dois dias, não é preciso nada, mas aquilo que se prolonga tem que ser com medicamentos.

4- Que recursos existem atualmente na comunidade a que as pessoas possam recorrer para ultrapassar esta problemática?

Nos centros de saúde confesso que não sei. Eu sempre trabalhei em meio hospitalar, as doentes que eu vejo aqui encaminho sempre para a psiquiatria, ou para o privado, ou muitas vezes essas doentes já vêm encaminhadas do hospital, já foram encaminhadas para consultas do hospital. Realmente quando se vê que a depressão ligeira – *postpartum blues*, que toda a gente tem, não se está a resolver, já ficam referenciadas.

5- Existe informação nas consultas de seguimento da gravidez que alerte para a importância de prevenir a Depressão Pós-Parto? Se sim, que tipo de informação é dada?

Informação como assim?

Se por exemplo é passado algum tipo de sugestões às mulheres ou colocadas várias hipóteses....

Não é assim as doentes vêm a uma consulta de revisão de parto, mais ou menos 3/4 semanas depois do parto, e nessa altura nós fazemos uma avaliação de tudo e se nós achamos que estão deprimidas, fazemos a referenciação. Uma pessoa que está deprimida não se apercebe muitas vezes, tem que ser quem está à volta, ou um médico. Se são pessoas que nós já sabemos, que seguimos a gravidez toda, conseguimos detetar que tem alterações do comportamento e muitas vezes é a família que diz.

E durante a gravidez não é dada nenhuma informação das perturbações que poderão surgir no pós-parto?

Não, eu por acaso não costumo mencionar muito isso às mulheres, acho que é uma coisa mais fácil de lidar no puerpério. Para elas estarem a gravidez toda a pensar “ai se isto me acontece” acho que não é muito bom, mais vale serem os profissionais a identificar no pós-parto. Acho que muita gente tem aquela ideia de a seguir ao parto muita gente fica triste, e chora, mas isso depois é uma questão de nós as tranquilizarmos, de que a determinada altura é normal e depois é estar alerta para ver se se prolonga, se não prolonga e nessa altura

identifica-se. Mas estar a insistir muito nisso no pré-parto, eu acho que elas já têm muita coisa em que pensar.

6- Que fatores de risco estão geralmente associados ao surgimento da Depressão Pós-Parto?

As depressões anteriores, mau ambiente familiar, dificuldades económicas, tudo o que possa potenciar uma depressão, dificuldades no dia a dia, mas principalmente uma depressão anterior, seja pós-parto ou por outros motivos.

7- E que fatores protetores estão associados à redução ou prevenção desta?

Um bom ambiente familiar, mesmo com um bom ambiente familiar, se a pessoa já tiver essa tendência, não adianta.

8- E que temas considera importantes abordar com as grávidas/casais no sentido de prevenir a Depressão Pós-Parto? (O que na sua opinião, enquanto profissional de saúde considera ser importante levar os casais a refletir como preparação para a maternidade/paternidade?)

O apoio que a grávida precisa de ter em casa, inicialmente, porque a adaptação ao bebé, algumas com pontos, vão sangrar etc, é um grande cansaço, muitas vezes aquele excesso de visitas, em casa, não fazerem tudo na perfeição porque não vale a pena, mais esse género de apoio, para não complicar muito o dia-a-dia e depois o companheiro estar atento, sobre esse choro, cansaço constante, que se tem e que às vezes não é fácil de distinguir do cansaço normal de ter um bebé pequenino. Se não está a passar, se a grávida se irrita.

9- Que tipo de materiais (e.g., vídeos, folhetos, etc) e conteúdo (i.e., temas) considera que seriam úteis o programa conter?

Aqueles folhetos que existem no consultório, no centro de saúde isso é importante, que nós vemos às vezes, e depois eventualmente algum site que nós possamos referenciar. Toda a gente vê quase tudo na internet. Mas depois também há gente que tem um bocadinho de tempo na sala de espera para ver os folhetos, isso acho importante. Aqueles cartazes grandes, no centro de saúde e hospital é mais fácil.

10- Considerando que um programa presencial abrange um menor número de pessoas que uma aplicação ou programa online, qual será, na sua opinião, a melhor forma de implementar este programa tendo em conta as características que irá apresentar?

Eu acho que é sempre importante, se virmos que a doente tem alterações, ser um médico a falar, e darmos algum folheto de informação se virmos que ela tem alguma resistência a achar que está deprimida. Mas online hoje em dia eu acho que abrange mais pessoas, mas às vezes se elas estiverem de facto deprimidas não vão lá. Isso tem que ser mesmo um médico na consulta a identificar e a dar essa espécie de informação.

11- Por fim, considera viável numa consulta em conjunto com os casais/mulheres trabalhar um pouco a questão da importância de prevenir a Depressão Pós-Parto?

Eu confesso que a Depressão Pós-Parto grave não seja uma coisa que nós vamos conseguir prevenir. Nós podemos controlar algumas coisas que potenciam a depressão, mas há muita gente que não tem companheiro, tem dificuldades económicas, que não entra em depressão. Talvez naquelas mulheres que têm história de depressão pudessem ser à partida referenciadas. As outras não sei, eu acho que é muito imprevisível. É um investimento em muita gente que depois se calhar não compensa. Pelo menos em termos de viabilidade económica eu acho que não compensa, porque não são assim tantas.

PFO 2

Idade:61; Sexo: Masculino; Área de Residência: Lisboa; Habilitações Literárias:Licenciatura Medicina; Área de Especialização: Ginecologia e Obstetria; Experiência na área da Depressão Pós-Parto: só a experiência que foi obtida nalgumas doentes que já tiveram Depressão Pós-Parto, só sei que tiveram, e falámos sobre isso; Local de trabalho (Centro de Saúde, Clínica, Hospital): hospital e clinica

1- Para começar, com base no seu conhecimento acerca da Depressão Pós-Parto, O que nos pode dizer da dimensão desta? (ao nível da população afetada, das idades abrangidas, da gravidade, e do impacto que representa?)

Idades abrangidas... pessoas mais jovens, embora hoje os mais jovens 28-30. Em relação à intensidade, já tive ambulatório até internamentos, em termos de gravidade umas são mais graves do que outras. Em relação a alterações familiares, são coisas que ultrapassam o âmbito da consulta, e podem ser maiores ou menores conforme as situações, até situações de internamento de semanas, que perturbam relação com o Recém Nascido, com a família, toda a área do recém-nascido.

2- Que características são comuns neste problema? (quais os sintomas mais relatados? existe um padrão da doença?)

Os sintomas são vários, pode haver sonolência muito aumentada, e pode haver o contrário, insónias frequentes, sensação de incapacidade de lidar e tratar do recém-nascido, alguma apatia em relação à vida, e normalmente uma busca de alguém por perto (pais, avós) que cuidem do recém-nascido, já que a própria considera ter receio de fazer algo de mal à criança. Uma tristeza grande sobre todo este assunto – cuidar/ não cuidar, alguma culpabilização.... Relativamente ao padrão... os sintomas podem ser variáveis, há um padrão melhor definido pelos psiquiatras. Mas há sintomas básicos. Nem toda a gente apresenta a mesma gravidade nem os mesmos sintomas. Acho que o principal é a sensação e culpabilização, o receio de “o que faço ao recém nascido”, primeiro incapaz e depois com receio de agredir sem saber, e isso acaba por trazer uma instabilidade emocional grande. Que se reflete em algumas coisas. Há umas que a dormir afastam o problema, outras não.

3- Como é habitualmente o procedimento de tratamento da problemática?

Não é o obstetra que trata, é sempre deixado com psiquiatras, alguns já mais vocacionados nessa área. Eu só percebo e pergunto como se estão as coisas a passar, nas consultas, tento saber como está a relação com a criança, mas não tenho atitude ativa sobre a questão.

4- Que recursos existem atualmente na comunidade a que as pessoas possam recorrer para ultrapassar esta problemática?

Que eu conheça só as consultas de psiquiatria, pode se envolver a psicologia nisso, há muitos temas que são em comum. Não sei se há entidades próprias para tratar disto.

Da sua experiencia com quantos casos é que já lidou?

6/7 em certas situações a puérpera até está com Depressão Pós-Parto mas desde que os sintomas sejam ligeiros e o apoio familiar seja muito evidente, a coisa auto resolve-se. Se for uma grávida sozinha. Isso muitas vezes é ultrapassado. 6/7 situações de internamento, de tratamento mesmo evidente. Fora isso há muitos casos que as pessoas falam – se tiver grande apoio as pessoas vão falando e acaba por passar. Só quando os sintomas são evidentes, é que há a necessidade de “tens que te tratar”. Quando as coisas não são muito fortes podem passar despercebidas

5- Existe informação nas consultas de seguimento da gravidez que alerte para a importância de prevenir a Depressão Pós-Parto? Se sim, que tipo de informação é dada?

Não, acho que não. Eu próprio em relação às minhas puérperas, não faço isso. Não há uma atitude ativa para... se perceber que há uma atitude que leva a isso, posso encaminhar. Até porque felizmente são raras, a puérpera vem com o marido, gera-se alguma conversa em que a mãe fala do assunto e quando me parece que há uma componente que precisa de ajuda, falo sobre isso, indico qualquer coisa. Espontaneamente, normalmente não. Estou-me a lembrar de alguns casos, em que a pessoa já tinha ido a um psiquiatra, ou às urgências, e já tinha um bom acompanhamento.

6- Que fatores de risco estão geralmente associados ao surgimento da Depressão Pós-Parto?

Se a mulher estiver sozinha, pode ser mais evidente, se tiver muito apoio, pode passar despercebido. Há sempre argumentos que desculpam os sintomas. Como fatores predisponentes temos a própria grávida, situações da própria pessoa, endógenas. E que depois as grandes alterações hormonais da gravidez podem aumentar a situação, ou a própria criança, podem mudar a situação. A base de tudo é a pessoa em si. Os casos que me recordo são pessoas que já tinham personalidades diferentes, situações no passado, psiquiátricas. Mas a situação da própria pessoa, a gravidez, pode estimular isso, quer a situação toda. São pessoas que têm problemas psicológicos, psiquiátricos, como ataques de pânico por exemplo.

7- E que fatores protetores estão associados à redução ou prevenção desta?

Fatores protetores não sei bem. Isso só... no âmbito da psicologia, psiquiatria, se pode ir lidando com a grávida, não sei. Não sei fazer prevenção ativa. Posso admitir que se calhar poderia haver alguma prevenção desse género junto da grávida. Isso tem que passar ou pela grávida que se conhece, e sabe os seus medos, ou por quem a seguiu. Por exemplo alguém com problema da tiróide, eu vigio a gravidez mas da tiroide vê o endocrinologista. Se uma pessoa que tem o seu acompanhamento regular ou irregular, sei que tenho estas características – medo do pós-parto ou do parto- aí poderia haver algumas consultas, mas não sei se as pessoas procuram isso. Imagino que não o façam, talvez por pensarem que isso pode representar alguma minoridade em relação às outras pessoas. Nas coisas antes, abordar os temas antes, já está a culpabilizar porque ela pode vir a ter esses problemas nessa área e isso

pode estar na base da não procura porque estão a ver “eu tenho medo de não ser capaz”. Se estou a procurar ajuda “é porque à partida já estou a pensar que não sou capaz” e quem já é depressiva, culpabiliza-se mais. E isso pode diminuir a procura. O que não quer dizer que não poderia ser útil.

8- E que temas considera importantes abordar com as grávidas/casais no sentido de prevenir a Depressão Pós-Parto? (O que na sua opinião, enquanto profissional de saúde considera ser importante levar os casais a refletir como preparação para a maternidade/paternidade?)

Eu acho que da Depressão Pós-Parto, todos falamos muito pouco ou nada sobre isso. Porque a grave é rara. Por isso também a nossa preocupação como obstetras prende-se com a saúde física da mãe, da criança, uma saúde mais física. Não abordamos temas, nas situações que já estão diagnosticadas do foro psíquico, aí eu lembro-me de ter abordado a situação de como está a viver a gravidez, como acha o seu bebé, o que pensa do parto, ansiosa ou não por ele. Para perceber como ela está a viver a sua gravidez e alertar um pouco para o que está a acontecer, para aconselhar a ir ao psiquiatra, mas naqueles casos em que eu acho que há alterações grandes na pessoa.

9- Que tipo de materiais (e.g., vídeos, folhetos, etc) e conteúdo (i.e., temas) considera que seriam úteis o programa conter?

Isso não deve perguntar a um obstetra, mas a um psicólogo, ou psiquiatra.

10- Considerando que um programa presencial abrange um menor número de pessoas que uma aplicação ou programa online, qual será, na sua opinião, a melhor forma de implementar este programa tendo em conta as características que irá apresentar?

As duas eram úteis porque tudo se vai buscar à internet e era uma forma de as pessoas irem ver conceitos, sem se terem que expor – sintomas, questões, e quem sentisse necessidade disso, sem se expor, conseguia consultar, ler, tirar dúvidas. Eu acho que isso seria muito importante.

As outras coisas acho que seria muito importante, não de forma generalista, acho que a Depressão Pós-Parto não tem interesse para as grávidas, porque dizem “vamos fazer uma reunião, mas eu não tenho isso, nunca tive”, nem que depois vá ter, mas pronto. Pode ser útil

nas tais grávidas que de base já apresentem algumas alterações psicológicas, psiquiátricas, de nervosismo extremo. Dentro já de grávidas com algumas alterações nesse campo era importante uma sessão presencial. Elas podem ir ao site, mas vão já à procura de algo mal. A essas pessoas fazia melhor tirar dúvidas, mas com alguém que sabe sobre o assunto. Que eu acho que também seria útil. O site seria importante para toda a gente. Profissionais, grávidas, puérperas;

Reuniões acho que sim, quiçá mais úteis que o site, caso houvesse hipóteses de poder surgir uma Depressão Pós-Parto.

11- Por fim, considera viável numa consulta em conjunto com os casais/mulheres trabalhar um pouco a questão da importância de prevenir a Depressão Pós-Parto?

A Depressão Pós-Parto é uma coisa rara. E por isso não constitui uma preocupação mais primária para o obstetra. Portanto, o que eu penso é que provavelmente nós temos pouca informação sobre depressão e fundamentalmente pouca formação na depressão, e Depressão Pós-Parto. E os conhecimentos que temos é o de qualquer médico que acaba por ler sobre o tema. São coisas um pouco sumárias. Se tivéssemos mais informação sobre o tema... não iríamos fazer uma profilaxia a todas as grávidas, mas poderíamos estar mais alerta e mais à vontade para determinadas situações. E não propriamente uns tópicos. A formação não pode ser muito longa. É sempre mais útil ir a pontos concisos- o que é frequente e importante. E estarmos mais atentos a esses pontos. Formação com uns tópicos, um protocolo por exemplo, mas não se grávida manifestar tristeza. Porque a tristeza está dependente de x e depois já não ouvi nada. A nossa função pode ser entendermos a grávida e isso fazer com que a orientemos, sugerir uma consulta nessa área, saber se já ouviu falar na Depressão Pós-Parto, que pode ter algum risco. Fazer uma pequena triagem. Não para tratarmos.

PFO 3

Idade: 33; Sexo: Feminino; Área de Residência: Lisboa; Habilitações Literárias: Licenciatura
Área de Especialização: Ginecologia e Obstetrícia; Experiência na área da Depressão Pós-Parto: A experiência que tenho do trabalho do dia a dia, e o contacto frequente com puérperas;
Local de trabalho (Centro de Saúde, Clínica, Hospital): Hospital e Clínica

1- Para começar, com base no seu conhecimento acerca da Depressão Pós-Parto, O que nos pode dizer da dimensão desta? (ao nível da população afetada, das idades abrangidas, da gravidade, e do impacto que representa?)

Acho que é uma percentagem baixa que tem um diagnóstico. Mas acho que serão mais as doentes afetadas com quadros depressivos pós-parto do que aqueles que são reconhecidos. Isto porque acho que as pessoas têm alguma reticência em procurar ajuda profissional e muitas vezes em reconhecer os sintomas. Em relação à faixa etária, eu acho que atinge maioritariamente mulheres mais velhas e nós temos cada vez mais mulheres mais velhas a terem filhos e acho que essa faixa etária é a mais afetada. Assim como aquelas doentes que já têm previamente algum diagnóstico de alguma doença psiquiátrica ou síndrome depressivo. Assim como aquelas mulheres que têm algum tipo de complicações durante a gravidez ou algum desfecho menos favorável no nascimento.

E a nível da gravidade e do impacto que representa, o que é que nos pode dizer?

Eu acho que é uma situação grave, porque tem um impacto na relação primária com o bebé e na vida da mulher, eu penso que tem muito mais impacto do que aquilo que as pessoas pensam, e acho que interfere na relação familiar, relação com outros filhos, com o marido e acho que pode ser um indício de doenças psiquiátricas e de quadros depressivos graves e é importante agir precocemente e prevenir-se da forma correta.

2- Que características são comuns neste problema? (quais os sintomas mais relatados? existe um padrão da doença?)

Eu acho que os sintomas mais frequentes são o cansaço extremo e dificuldade em gerir ou tratar do bebé, claro que alguns sintomas são frequentes mesmo numa mulher que não tem Depressão Pós-Parto mas quando isto é levado ao extremo, acho que não é assim tão difícil de ser reconhecido, e obviamente que os quadros são muito diferentes, mas acho que se pudermos ajudar estas pessoas numa fase inicial se calhar vamos ter muito mais impacto e vamos permitir que o quadro não se agrave.

3- Como é habitualmente o procedimento de tratamento da problemática?

Em contexto hospitalar nem sempre é muito fácil porque ou a mulher tem um quadro muito exuberante nos dias em que está internada, porque de uma forma geral o internamento é curto são 2 dias, se for cesariana, 3, se estivermos a falar de partos sem complicações. Nem sempre é fácil detetar logo. Portanto se for detetada ainda nessa fase durante o internamento acho que é muito fácil articular com os apoios que temos em contexto hospitalar, quer com o serviço de psicologia, quer com o serviço de psiquiatria. Quando isso não acontece nessa fase, acho que aí tem um papel preponderante quem faz a consulta de avaliação do pós-parto, perceber como

é que a mulher se sente e tentar perceber alguns sintomas que não são assim tão evidentes. E nessa fase também se necessário articular com a psicologia e a psiquiatria.

4- Que recursos existem atualmente na comunidade a que as pessoas possam recorrer para ultrapassar esta problemática?

Além do apoio que existe nos grupos a que as pessoas têm acesso através da internet, eu acho que existem muitos grupos de apoio e acho que isso às vezes é importante porque pelo menos a pessoa não se sente sozinha e são sintomas que muitas outras mulheres sentem. E acho que isso sinceramente, parte da informatização e da união global tem importância. Mas já existem além de nos hospitais em centros de saúde, muitos centros de apoio e que passam não só pelo apoio materno mas também ao bebé porque isto liga-se muitas das vezes diretamente com a parte da alimentação, amamentação eu acho que há aqui muitas vezes uma relação direta com essa parte que se relaciona também com a dificuldade ou não em gerir os cuidados prestados ao bebé.

5- Existe informação nas consultas de seguimento da gravidez que alerte para a importância de prevenir a Depressão Pós-Parto? Se sim, que tipo de informação é dada?

Sim, em contexto hospitalar e consulta privada, pelo menos, há diversos temas que são abordados. Não é geralmente uma coisa que a pessoa pense. Sobretudo numa gravidez de primeira vez, eu acho que as pessoas não se lembram muito disso. Quem já tem um filho eu acho que pensa mais sobre isso, porque já tem noção da dificuldade que é os primeiros tempos, quando se tem um bebé em casa, mas são habitualmente temas abordados. Em contexto hospitalar, sim não só pelos médicos mas pelos enfermeiros que fazem parte da saúde materna e da avaliação da grávida.

6- Que fatores de risco estão geralmente associados ao surgimento da Depressão Pós-Parto?

Eu acho que sobretudo doenças psiquiátricas reconhecidas, e a necessidade de terapêutica durante a gravidez

7- E que fatores protetores estão associados à redução ou prevenção desta?

É tentar ajudar e reconhecer os sintomas o mais precocemente possível, aplicar terapêutica clínica se assim for necessário e ter o apoio também não só... é muito trabalhado também em contexto hospitalar, as entrevistas com as psicólogas, e há um apoio pelo menos nos hospitais assim centrais. Essa parte é muito importante, entra também o apoio da psiquiatria quando é necessária terapêutica médica mas depois a outra parte também muito trabalhada pela psicóloga.

8- E que temas considera importantes abordar com as grávidas/casais no sentido de prevenir a Depressão Pós-Parto? (O que na sua opinião, enquanto profissional de saúde considera ser importante levar os casais a refletir como preparação para a maternidade/paternidade)?

Preparar um casal para a dificuldade que pode ser ter uma criança em casa nos primeiros tempos e sobretudo explicar-lhes que essa dificuldade é comum aos casais e prepará-los também para outra coisa que muitas vezes leva a um cansaço extremo, que é a privação do sono, e que aumenta claramente o risco de complicações neste âmbito e preparar os casais para essa realidade e demonstrar-lhes que isso se aplica não só a eles mas também a todos os outros casais, eu acho que já é muito importante porque a pessoa não se sente sozinha, já sabe que não é fácil mas que é assim para todas as pessoas que têm crianças em casa e isso já ajuda.

9- Que tipo de materiais (e.g., vídeos, folhetos, etc) e conteúdo (i.e., temas) considera que seriam úteis o programa conter?

Em termos de avaliação médica eu acho que é importante este tipo de discurso, conversarmos com as pessoas e deixá-las à vontade para tirarem todas as dúvidas que tiverem em relação a este tema. Como disse, o trabalho que é feito pelas enfermeiras e em certos contextos pela parte do psicólogo são importantes e eu acho que vai ser importante sobretudo naqueles casais que reconhecemos que terão mais risco para isso ou então que manifestem de forma direta a vontade de falar sobre o assunto porque se preocupam ou porque já não se sentem tranquilos em relação a isso.

E considera importante só mesmo falar ou entregar algum folheto?

Eu acho que esse tipo de informação terá que ser sempre importante, mas acho que falar numa entrevista é sempre o mais importante e acho que depois se as pessoas mostrarem vontade de saber mais vão ler mais sobre isso e acho que sim ter essa informação para que depois tranquilamente em casa lerem mais sobre.

10 Considerando que um programa presencial abrange um menor número de pessoas que uma aplicação ou programa online, qual será, na sua opinião, a melhor forma de implementar este programa tendo em conta as características que irá apresentar?

Eu acho que é atuar diretamente no centro de apoio, alguém de apoio, consultas a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível hospitalar será sempre a melhor forma de chegar mais perto da população e a um maior numero de doentes.

11 Por fim, considera viável numa consulta em conjunto com os casais/mulheres trabalhar um pouco a questão da importância de prevenir a Depressão Pós-Parto?

Eu acho que é um dos temas que é sempre abordado. O tempo que temos para o discutir ou não é que depende muito do sitio onde estamos e do tipo de consulta que estamos a fazer. Acho que às vezes infelizmente temos menos tempo do que precisamos para discutir esses assuntos, mas lá está em contexto de consulta privada ou de clínica privada o tempo é um bocadinho mais gerível, agora em termos de consulta hospitalar nem sempre é fácil porque as agendas são muito preenchidas e com muito pouco tempo para cada doente e há muitos assuntos para discutir e por isso mesmo é que acho que nesse contexto as coisas até estão relativamente bem organizadas e o apoio que é dado pela parte de enfermagem tem um grande impacto nessa parte. Acho que conseguem chegar muito bem às grávidas e abordar esses temas, o que é relativamente bom.

PFO 4

Idade: 39; Sexo: Feminino; Área de Residência: Lisboa; Habilitações Literárias: Licenciatura; Área de Especialização: Ginecologia e Obstetrícia; Experiência na área da Depressão Pós-Parto: Tenho. Sou especialista há 6 anos. O internato são mais 6, portanto tenho pelo menos 12 anos de contacto com puérperas; Local de trabalho (Centro de Saúde, Clínica, Hospital): Hospital

1 - Para começar, com base no seu conhecimento acerca da Depressão Pós-Parto, O que nos pode dizer da dimensão desta? (ao nível da população afetada, das idades abrangidas, da gravidade, e do impacto que representa?)

O impacto é grande sem dúvida, agora em termos de percentagem não lhe consigo dizer. Qual a percentagem de Depressão Pós-Parto que existe. Não deve existir nenhum estudo português a avaliar isso. Se me perguntar da minha experiência pessoal se tive casos de Depressão Pós-Parto grave em grávidas que vigiei, lembro-me de uma gravíssima, mas havia uma patologia psiquiátrica de base que depois despoletou um diagnóstico de doença bipolar a seguir, mas foi uma Depressão Pós-Parto muito muito violenta. E as outras mais ligeiras, nada que requeresse medicação por muito tempo, tudo mais um blues do pós-parto, coisas mais ligeiras.

E qual é que considera ser o impacto que esta representa?

O impacto é grande, porque eu penso que para já é uma nova etapa na vida do casal e portanto

vai ter um impacto quer ao nível dos cuidados do recém nascido, quer ao nível da relação do casal, e mesmo da puérpera com a família. É muito complicado gerir um novo membro na família, visitas a chegar, e a pessoa estar deprimida, não quer falar com ninguém, não quer ver ninguém e de repente não consegue nem descansar nem organizar as suas tarefas. Eu acho que é altamente perturbador. E se a pessoa não tem ajuda, e normalmente as atenções não são para a mãe, são para o bebé. A pessoa não vai pedir ajuda, não vai manifestar, ou melhor, manifesta sintomas e quem está atento percebe, mas é complicado se a pessoa não pedir ajuda, vai-se arrastar durante algum tempo e ser mais difícil retomar o normal, iniciar medicação, fazer psicoterapia, o que for preciso.

2- Que características são comuns neste problema? (quais os sintomas mais relatados? existe um padrão da doença?)

Hum hum, eu penso que sim! Uma depressão é caracterizada por um humor deprimido, triste, a pessoa não tem ideias alegres, motivação para sair de casa, não se veste, não se cuida, choro fácil, muitas mulheres tornam-se apelativas- focalizam muito as queixas, ou na cicatriz, porque lhe dói, porque retrai, porque pica ou porque... tendem a converter as queixas em sintomas físicos, muitas vezes em dores de cabeça – cefaleias do pós-parto. Mais sintomas... normalmente até se alimentam bem, porque como estão a amamentar, não têm recusa alimentar, têm é uma grande perturbação do sono. Penso que são estes os sintomas.

3- Como é habitualmente o procedimento de tratamento da problemática?

Eu normalmente encaminho para uma colega psiquiátrica que tenho e é excelente, e ela trata de organizar a vida, até porque normalmente são coisas que precisam de medicação por breve período de tempo e ela consegue gerir. Quando ela acha que há necessidade ou há mais patologia envolvida, ela tem um grupo que faz psicoterapia, fazem em grupo e consegue fazer essa resposta. No hospital, é mais difícil, porque é o puerpério imediato - eu não estou alocada a essa unidade, faço ginecologia predominantemente, vou lá dar aulas ou ver alguém que tenha parido no meu banco - Mas aí, por vezes envolvemos a assistente social, quando são casos em que percebemos que não há um grande apoio social, por exemplo imagine casais com baixo nível socioeconómico que têm gémeos. Isso é pedir para ter uma depressão, porque vai ter o trabalho a dobrar, o marido não está preparado, não têm suporte familiar. E aqui envolvemos a assistente social que vai telefonando, vai contactando, às vezes pedem para passar lá no hospital para verem se precisam de alguma coisa. Normalmente as enfermeiras como estão mais tempo prestam os cuidados mais do que os médicos que passam uma vez, assinam a pasta, eu acho que as enfermeiras têm mais essa perceção e conseguem por vezes

alertar-nos “olha esta senhora precisa de apoio da psicologia, de falar com a assistente social, isto não vai correr bem quando for para casa”. Portanto, essas situações de casais de baixo nível socioeconómico, mães adolescentes, não as de etnia cigana, essas têm família e grande suporte e não nos preocupamos muito porque é habitual terem crianças muito jovens. Mas outras jovens que não têm esse suporte também ficam sinalizadas e são candidatas, e as mães muito idosas, que está na moda agora, perto de 50 anos, e é uma mudança grande, já não estão preparadas e precisam desse apoio.

4- Que recursos existem atualmente na comunidade a que as pessoas possam recorrer para ultrapassar esta problemática?

Deve haver uma linha SOS, que podem contactar, e deve haver essa orientação, nunca me dediquei a pesquisar isso. O centro de saúde também vai estando atento, até porque vão imediatamente ao teste do pezinho, às vacinas e também vão estando atentos. Eu não conheço bem o meu centro de saúde. Lembro-me que quando estagiei tinham uma unidade com uma enfermeira que faz vigilância materna, também faziam o pós-parto, a preparação do pós-parto, já conheciam as grávidas, e depois viam quando elas voltavam para as vacinas, com os recém-nascidos, portanto já tinham algum contacto. E tinham um grupo com assistente social e psicóloga que conseguiam articular e perceber quem é que estava em risco. Calculo que exista um número de telefone... não sei. Nunca pesquisei mas calculo que exista.

5- Existe informação nas consultas de seguimento da gravidez que alerte para a importância de prevenir a Depressão Pós-Parto? Se sim, que tipo de informação é dada?

Duvido. Que me lembre, estou por exemplo a pensar no meu hospital, nos folhetos, duvido. Eu penso que não. Deve existir a conversa sempre com a enfermeira, antes da consulta médica, em que falam da dieta, do estilo de vida, do exercício físico, dessas coisas, mas eu penso que nas últimas consultas a enfermeira deve alertar para o humor que pode ficar alterado a seguir ao parto, mas não deve haver assim uma coisa muito estruturada, penso que não.

6- Que fatores de risco estão geralmente associados ao surgimento da Depressão Pós-Parto?

O Baixo nível socioeconómico, gravidez nos extremos da idade reprodutora, o facto de existir patologia de base, pessoas muito ansiosas, problemas de ansiedade, como é uma coisa nova a pessoa fica mais suscetível. Se o bebé tiver alguma malformação, problema de saúde, portanto

problemas de saúde do recém-nascido, é propício... bebês internados muito tempo nas unidades de cuidados intensivos, isso é dramático porque os pais passam muito tempo fora de casa e perturba-os muito. Se tiverem outras crianças, ainda mais, perturba o trabalho, e às vezes não são só os 4/5 meses da licença, e os gémeos, a coisa às vezes também não é linear. Os casais da reprodução medicamente assistida, também são peculiares, porque querem muito um bebé, portanto é um bebé troféu, e se a coisa não corre bem é mais complicado. Acho que mais ninguém.

7- E que fatores protetores estão associados à redução ou prevenção desta?

Eu acho que um marido muito colaborante é ótimo. Portanto se for uma pessoa contente, mais presente e que colabore nas tarefas domésticas eu acho que é essencial. Depois, o fator familiar, ter uma mãe, tia, irmã, alguém que passe e que diga “isso é normal, já aconteceu comigo” ou “isso não é normal, é melhor ir ao médico”. Porque as mães de primeira viagem então, não sabem mesmo o que é que é suposto. Portanto se o bebé chora, é porque tem alguma coisa de grave e é sempre bom ter esse suporte, quer em termos de facilitar as tarefas em casa, quer em dar conforto “vai em frente, que isto é tudo normal e vai passar”. Eu acho que o suporte familiar é essencial.

8- E que temas considera importantes abordar com as grávidas/casais no sentido de prevenir a Depressão Pós-Parto? (O que na sua opinião, enquanto profissional de saúde considera ser importante levar os casais a refletir como preparação para a maternidade/paternidade?)

O que é que pode proteger, envolver o pai o mais precocemente possível. Mas do que tenho visto no privado, no hospital, os pais acompanham muitas vezes os exames e as consultas. Eu acho que estamos a melhorar bastante nesse sentido. Claro que se houvesse uma empregada em cada casa com o bebé, isso era excelente, não é, mas se calhar as pessoas que são mais desfavorecidas e não conseguem, sei lá, imagine os que não podem amamentar ou que não conseguem e que tem que adquirir o leite. Sei lá, já aconteceu o descalabro de darem leite de vaca a um recém nascido, que não se pode. E portanto isso passa pelo centro de saúde, pelas pessoas estarem atentas e perceberem se aquela família está com dificuldades económicas e precisa mesmo de ajuda da assistente social, eles podem utilizar verbas para adquirir o leite. Quem diz o leite diz medicação, outra coisa essencial. No fundo tem que haver uma rede envolvida: tem que tocar o sininho na maternidade – perceber este casal precisa de ajuda, ou isto não vai correr bem; e depois no

centro de saúde que é o sitio em que recorrem mais vezes, da família dos vizinhos, pessoas que contactem e que percebam que algo não está bem.

9 Que tipo de materiais (e.g., vídeos, folhetos, etc) e conteúdo (i.e., temas) considera que seriam úteis o programa conter?

Eu acho que o facto de se falar no assunto, é bom. A pessoa pode não estar a ligar, mas pelo menos vai à consulta, vê o folheto. Ou vê.... Por exemplo, agora no nosso hospital surgiu a ideia de nas televisões do hospital, em vez de estar a passar programas da manhã, vão se passar a passar coisas sobre o que é que pode ou não pode comer, sobre exercício físico, cuidados ao nível da saúde mental. Eu acho que isso é importante: “Há uma prevalência de X de Depressão Pós-Parto, esteja atenta aos sintomas”. A pessoa pelo menos pensa “ah se calhar já me senti um bocadinho triste no pós-parto, será que eu cumpro os critérios, ou bati mesmo no fundo, ou isto foi uma coisa passageira?”. O facto de se falar no assunto, é importante. O assunto ser exposto em meios de comunicação, na internet, panfletos de propaganda, ou mesmo de medicamentos. Sei lá, vem o pacote das vitaminas e depois um anúncio qualquer, qualquer coisa que exponha o tema. A pessoa não está normalmente muito preocupada com isso, não é, quer é um bebé em casa. Eu às vezes costumo dizer às minhas grávidas que ninguém nos prepara para o puerpério, nem os livros que nós lemos. E as atenções são para o bebé, não são para a mãe. A mãe na gravidez era a rainha “ai coitadinha, não pode fazer esforço” e depois de repente passou tudo. As atenções são focadas no bebé e não é que seja ciúme da mãe, mas a mãe está num momento de franca mudança na sua vida, e também precisa de falar, do apoio, de perceber como é que se está a sentir, porque não é fácil.

10 Considerando que um programa presencial abrange um menor número de pessoas que uma aplicação ou programa online, qual será, na sua opinião, a melhor forma de implementar este programa tendo em conta as características que irá apresentar?

De forma global, não é, uma coisa que fosse de grande impacto. Ora bem, aí está uma boa pergunta. É assim, todas as grávidas fazem análises, e ecografias. Se calhar esses deviam ser os momentos em que se devia veicular essa informação, uma vez que muitas das vezes as consultas são à pressa e muita gente e em sítios em que imagino que não tenham muito tempo para ter estas conversas, Se calhar passa por isso ou até por fazer ações de formação, workshops para grávidas, sobre sei lá massagem do recém-nascido, agora está na moda. Porque não sobre como prevenir uma Depressão Pós-Parto?

11 Por fim, considera viável numa consulta em conjunto com os casais/mulheres trabalhar um pouco a questão da importância de prevenir a Depressão Pós-Parto?

É como digo, na consulta seria o ideal, até porque há relação, a grávida conhece o médico, e à partida, (no hospital nem sempre é o mesmo médico é mais complicado) mas devia ser a pessoa quem melhor a conhece, até porque percebe se é mais suscetível ou está em risco de ter uma Depressão Pós-Parto. O ideal seria na consulta é verdade. Eu normalmente falo, quando pergunto se a mala já está feita, se tem alguma dúvida sobre o que levar para a maternidade, pergunto “então e depois?” Tento perceber um bocadinho como é que é. “Mas quem é que vai estar cá? É a sua mãe? A sua irmã? Quem é que vai estar em casa a ajudar?” E às vezes tenho alegres surpresas... e a ausência do suporte social é muito complicado.

PFPI

Idade: 39; Sexo: Masculino; Área de Residência: Seixal; Habilitações Literárias: Mestrado
Área de Especialização: Psicologia Clínica; Experiência na área da Depressão Pós-Parto: Não;
Local de trabalho (Centro de Saúde, Clínica, Hospital): Clínica.

1- Para começar, com base no seu conhecimento acerca da Depressão Pós-Parto, O que nos pode dizer da dimensão desta? (ao nível da população afetada, das idades abrangidas, da gravidade, e do impacto que representa?)

Não sei muito bem o que responder, mas relativamente à dimensão da Depressão Pós-Parto tenho em mente que tem sobretudo que ver com um quadro depressivo após o parto da criança e que normalmente pelo que eu me recordo pode passar por um período de Depressão Pós-Parto ou por outro mais curto que é denominado o blues. Em termos de gravidade, não tenho conhecimento, pode influenciar os cuidados maternos e a relação conjugal, algumas variáveis que podem estar ou não relacionadas, e sublinho o podem, tem que ver com a qualidade da relação conjugal e enfim pode influenciar a qualidade da vinculação mãe-bebé. É tudo, um conhecimento muito superficial nesta área, uma vez que não trabalho com este tipo de população.

2- Que características são comuns neste problema? (quais os sintomas mais relatados? existe um padrão da doença?)

O padrão... foi-me relatado sobretudo algum cansaço e uma indisponibilidade para o cuidado ao bebé associado a alguma culpabilidade também. Portanto, cansaço, uma tristeza e culpabilidade muito marcada e de forma superficial é a resposta que lhe posso dar.

3- Como é habitualmente o procedimento de tratamento da problemática?

Tenho conhecimento que existem às vezes equipas que tratam esta problemática em termos conjugais, da mulher e do cônjuge e fazendo um levantamento das necessidades que existem e tentar prevenir que isto influencie a qualidade da relação mãe bebé. Não tenho conhecimento de nenhum programa específico mas do que eu sei, sei que existem intervenções no domicílio que se destinam a tentar minimizar os efeitos disto na relação com o bebé.

4- Que recursos existem atualmente na comunidade a que as pessoas possam recorrer para ultrapassar esta problemática?

Recursos na comunidade, julgo existirem creio que ensinamentos clínicos feitos por enfermeiros nos centros de saúde, na fase final da gravidez e posteriormente também. E tenho ouvido falar de algumas respostas mas em termos privados. Equipas que o fazem também quando existe este diagnóstico.

5- Existe informação nas consultas de seguimento da gravidez que alerte para a importância de prevenir a Depressão Pós-Parto? Se sim, que tipo de informação é dada?

Não sei.

6- Que fatores de risco estão geralmente associados ao surgimento da Depressão Pós-Parto?

Fatores de risco, é assim de uma forma muito simplista, diria que poderia ter que ver com a qualidade da relação de vinculação da atual mãe com as suas figuras de vinculação. Se a gravidez foi desejada ou não, a rede de suporte da mãe e a qualidade da relação do casal. E deixe-me pensar... não me lembro agora de mais.

7- E que fatores protetores estão associados à redução ou prevenção desta?

Fortificação da rede de suporte da grávida que inclui também a relação conjugal.

Possivelmente o facto de em termos sociodemográficos de ter uma rede profissional que faça a grávida sentir-se segura face às condições que tem também para cuidar da criança e fatores

protetores... qualidade da relação conjugal, o facto de a gravidez ser desejada e não me ocorre agora mais.

8- E que temas considera importantes abordar com as grávidas/casais no sentido de prevenir a Depressão Pós-Parto? (O que na sua opinião, enquanto profissional de saúde considera ser importante levar os casais a refletir como preparação para a maternidade/paternidade?)

Estar atenta aos sinais, aos sinais de alerta, ter um conhecimento prévio dos sintomas que poderão existir, para logo desde início haver uma intervenção direcionada por profissionais competentes e especializados nesta área. Acho que a especialização é muito importante, não é qualquer psicólogo que pode trabalhar nesta área. Mais coisas...

9- Que tipo de materiais (e.g., vídeos, folhetos, etc) e conteúdo (i.e., temas) considera que seriam úteis o programa conter?

Os sinais de alerta, em folhetos, vídeos sobretudo, se calhar haver uma entrada pelos média para fazer apelo a esta problemática. O conteúdo, eu julgo que passa sobretudo por isto pelos sinais de alerta, haver também uma normalização dos sentimentos que não têm que ver com a Depressão Pós-Parto e também as respostas da comunidade para assim que existe a suspeita de que este quadro se pode estar a desenvolver haver as respostas nesse sentido, ou seja, da população saber o que “eu estou a sentir isto, onde é que poderei ir buscar ajuda?”

10- Considerando que um programa presencial abrange um menor número de pessoas que uma aplicação ou programa online, qual será, na sua opinião, a melhor forma de implementar este programa tendo em conta as características que irá apresentar?

As características... portanto eu acho que devia sempre incluir o casal nestes programas, alguns casais, não muitos e de uma forma muito relacional, muito na base da discussão dos sentimentos. Também talvez grupos de pessoas com este quadro sintomatológico. Portanto ou em casal, ou *focus* grupo, em que pudesse haver uma partilha dos sentimentos, também uma desmistificação de alguns temas e pudesse haver uma exteriorização, uma partilha que por si só alivia muitas vezes os sintomas. Esta sensação de que há mais pessoas a sentir o mesmo e que poderá ser importante essa partilha.

11- Por fim, considera viável numa consulta em conjunto com os casais/mulheres trabalhar um pouco a questão da importância de prevenir a Depressão Pós-Parto?

Sim, claro que sim.

Mulheres que passaram pelo período do pós-parto há cerca de um ano

PP 1

Idade: 30; Habilitações literárias: Mestrado; Área de Residência: Lisboa; Número de Filhos: 1; Agregado familiar quantos e quem: 3 pai mãe e filha; Situação Ocupacional no pós-parto: ; Condições obstétricas: O bebé foi prematuro? Não; Intercorrências no parto: Não.

1-Há quanto tempo passou pela experiência do pós-parto?

R: Há 13 meses. Há 13 meses que fui mãe, pós-parto foi após isso, a minha filhota tem 13 meses.

E que recursos conhece que existem na comunidade para ultrapassar ou para prevenir a Depressão Pós-Parto?

R: Recursos na comunidade para prevenir a Depressão Pós-Parto.... Bem, eu sei que após o parto existem centros de saúde que têm cursos de pós-parto, durante esses cursos há um encontro entre as mães, há a partilha de experiências, e onde estão também profissionais de saúde, no sentido de nos tirarem as dúvidas, e de ajudarem a resolver algumas questões. Acho que isso pode ir no sentido... o curso chama-se curso pós-parto mas vai nesse sentido acho que ajuda a prevenir a Depressão Pós-Parto.

E durante a gravidez o que é que sentiu que promoveu o seu bem-estar?

R: O exercício físico, e outras atividades que me satisfaziam, basicamente foi isso, mas principalmente o exercício físico, o poder estar com as pessoas que mais gostamos, passear.

E durante o período após o parto?

R: Quais eram as atividades? Bem... inicialmente, é difícil mantermos a rotina. A rotina nunca mais vai ser a mesma. o que me satisfazia basicamente era ter o meu bebé junto a mim, e poder proporcionar-lhe conforto, e saber que o estaria a dar.

E assim no geral, na comunidade o que é que lhe promoveu o bem-estar após o parto, e durante a gravidez?

R: Na comunidade eu entretanto não frequentei nada, portanto não houve assim nada que eu usufruísse, a não ser as infraestruturas que se encontram no exterior onde eu também ía passear com a minha filha, mas de resto não usufruí de mais nada.

E quais foram as maiores necessidades que sentiu e que dificuldades encontrou, durante a gravidez e no período do pós-parto?

R: Durante a gravidez as necessidades que senti, também frequentei o curso de preparação pré parto e portanto qualquer dúvida que eu tivesse tinha pessoas de referência a quem podia recorrer principalmente a enfermeira de saúde materna do centro de saúde que sempre foi muito disponível. Durante o pós-parto, a dificuldade que eu senti mais foi relativamente à amamentação, e aqui não encontrei grandes recursos. Também acedi a essa enfermeira de saúde materna que me deu algumas dicas, mas precisava talvez de um bocadinho mais e não encontrei grande coisa. Não havia nada específico, no centro de saúde, na comunidade, não havia nada específico para esta matéria.

E o que é que ajudou ou teria ajudado a ultrapassar essas dificuldades?

R: Era ter na comunidade, por exemplo, na comunidade principalmente no centro de saúde, ter alguém disponível para esclarecer as dúvidas e para se fosse possível vir a nossa casa, pelo menos uma vez de duas em duas semanas ou quando fosse necessário. Porque a minha filha também nasceu no inverno, e sair com um bebé de casa para procurar ajuda também não é fácil. Aqui o profissional deslocar-se a casa é bastante melhor, mais cómodo, não tanto por nós mas pelo bebé, que está super dependente e talvez seja isso, o profissional ir a casa, quando precisássemos.

E que tipo de profissional?

R: Eu de referência tenho o enfermeiro

E se viesse a existir um programa direcionado a mulheres grávidas, que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, que sugestões tem a nível de temas, o que abordar e como fazê-lo?

R: Um curso de pré-parto? Para mulheres grávidas?

Sim, não necessariamente um curso mas direcionado a mulheres grávidas.

R: Primeiro acho que tem que haver bastante sensibilidade e dizer que um bebé vem mudar

tudo, principalmente no primeiro mês de vida, para as pessoas estarem preparadas, porque muitas vezes não estamos preparados, ou não sabíamos, ou desconhecíamos e realmente o primeiro mês de vida é muito complicado. E depois era talvez abordar-se um bocadinho mais... algumas coisas como a parte física da mulher, o que é que fica comprometido, o que é que pode ocorrer, fazer-se isso de uma forma muito aberta, muito verdadeira, porque às vezes acontecem coisas que nós também, eu por exemplo que sou enfermeira e frequentei o curso de preparação pré-parto, não tinha ideia que podiam ocorrer algumas coisas. E os cuidados que tinha que ter no pós-parto em relação a mim. Porque muitas vezes os cuidados centram-se muito no bebé, nas informações que temos do pós-parto centram-se muito no bebé e não tanto na mãe e o pós-parto para a mãe também é muito complicado, porque temos que dar atenção ao bebé, a tudo o que rodeia o bebé, a casa, a limpeza e depois a nós que ficamos ali um bocadinho descuradas, mas que também precisamos de ter atenção, porque a nível físico estamos completamente diferentes, pelo menos eu estava, e basicamente é isso, talvez mais informação relativamente às mães.

E durante a gravidez o que é que considera útil?

R: Falar-se durante a gravidez... Para além desta informação, de ser pertinente abordar durante a gravidez, para a pessoa estar à espera do que pode ocorrer no pós-parto... talvez seria útil abordar-se temas como a importância, ou incentivar-se as mulheres a praticar exercício. Uma das dificuldades que eu senti no pós-parto foi não ter na comunidade ou próximo de mim, um grupo onde eu pudesse praticar atividade física que era uma coisa que eu fazia regularmente, exercícios mais direcionados ao pós-parto.

E que formas considera que seriam melhores para chegar às pessoas e para divulgar essas informações, acerca da necessidade do exercício físico, dos temas a abordar?

R: Primeiro era necessário existirem grupos, porque como lhe disse aqui na minha comunidade, no conselho, não existe nenhum grupo de pós-parto a que possa recorrer e não só obter informações, mas fazer coisas, praticar principalmente exercício físico, e depois disso existir talvez durante as consultas agendar, durante as consultas de saúde materna, era pegar nelas quando tinham que ir mesmo aos sítios, centro de saúde, hospital, informá-las acerca disto.

Considera importante, ou não incluir os parceiros neste tipo de programa de prevenção da Depressão Pós-Parto?

R: Claro que sim, claro que sim.

Questão: Em que sentido?

R: Oh é muito importante porque somos um núcleo familiar não é, normalmente, na família desde que não sejam monoparentais, o parceiro é super importante porque é ele que dá atenção ao bebé, tem que continuar a dar atenção à mãe, porque nós sabemos que antes do bebé nascer, a atenção recai toda para nós, quando o bebé nasce já vai toda para o bebé e o parceiro também é muito importante em termos de dar alguns miminhos, de dar conforto à mãe, quando as atenções estão todas viradas para o bebé.

E como considera que seria útil por exemplo: que temas abordar com os parceiros, que atividades, relativamente à prevenção da Depressão Pós-Parto e ao aumento do bem-estar?

R: Talvez fomentar a parte da mãe precisar de tempo para ela, porque está tão, o bebé está tão dependente dela, do calor dela, da mama, de tudo, portanto é bom que nas horas em que o bebé não esteja por exemplo a mamar, que o parceiro esteja mais desperto e sensível para dar este tempo à mãe e ela ir fazer o que precisar de fazer, ou de dormir, ou de comer sossegada, ou de ir passear, arejar, ou ir por o lixo na rua, que às vezes só o sair de casa é muito importante principalmente esta parte. Acho que as pessoas não estão muito despertas para isto.

Questão: Tem assim outras sugestões que queira dar?

R: Não, não, não, penso que não. Penso que na comunidade era muito importante existirem recursos, porque no pós-parto às vezes sentimo-nos um bocadinho desacompanhadas, ou um bocadinho sozinhas no sentido de não termos um profissional a ajudar-nos nalgumas questões, algumas dúvidas. Acho que isso na comunidade era importante.

PP 2

Idade: 30; Habilitações literárias: Mestrado; Área de Residência: Lisboa; Número de Filhos: 1
Agregado familiar quantos e quem: 3 (pai, mãe, 1 filha); Situação Ocupacional no pós-parto:
Condições obstétricas: O bebé foi prematuro? Não; Intercorrências no parto: Não

1- Há quanto tempo passou pela experiência do pós-parto?

Em janeiro fez um ano.

2- Que recursos conhece que existem atualmente na comunidade para ultrapassar ou prevenir a Depressão Pós-Parto?

Acho que o obstetra, pediatra, sei que existem também consultas de psicologia direcionadas para esse tema, centros e clínicas de pré e pós-parto, que quando fazemos os cursos nos acompanham quando estamos em depressão.

3- Durante a gravidez o que sentiu que promoveu o seu bem-estar?

Ajudou muito eu trabalhar, ter a possibilidade de trabalhar durante a maior parte da gravidez, não sofri muito. Também tive sempre muita preocupação a nível do peso, a estética preocupava-me muito e o acompanhamento familiar e do pai é sempre importante.

4- E durante o período após o parto?

Sair sozinha, é muito importante saber deixar o bebé em casa com alguém, com o pai, ou amigos de confiança e sair sozinha. Ou ir tomar café ou ir às compras com amigos, e o apoio do pai é sempre bom, acima de tudo a distração é importante.

5- Quais as maiores necessidades que sentiu? E que dificuldades encontrou?

Dificuldades foi a relação com a família que é muito difícil após o parto. A mãe é sempre responsável de tudo, se há alguma coisa com o bebé é sempre “oh mãe o bebé está a chorar”... “oh mãe, o bebé tem frio”...

A mãe sente-se sempre muito sobrecarregada porque a família exige muito da mãe.

O apoio do pai nestes momentos é sempre muito importante.

6- O que teria ajudado a ultrapassá-las?

É assim, eu não tenho uma solução para as dificuldades, as dificuldades que eu pessoalmente senti foram muito externas, por isso é difícil antecipar uma solução. Mas para aquelas coisas que as pessoas fazem e nós não gostamos tanto, por exemplo de estar sempre a sobrecarregar a mãe, depende muito da relação que depois tens com as pessoas que te fazem isso. É diferente uma relação em que tu falas abertamente com as pessoas, tens confiança e és capaz de dizer “não gosto que me digas isso” do que numa relação em que não há tanto essa abertura e as pessoas não têm tanta confiança e não são capazes de confrontar a pessoa. Depende muito da situação e das pessoas, e do que as pessoas vão vendo que resulta com elas.

7- Se existisse um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, que sugestões de temas,

conteúdos tem para nos dar? (O que seria útil abordar ainda durante a gravidez?)

Olha um tema interessante é a amamentação, que leva muitas mulheres à depressão porque querem muito amamentar, mas depois não conseguem por “n” motivos.

Também a relação com os outros/familiares. Num curso que eu fiz incentivavam a levar a mãe e a sogra, porque já passaram por isso, têm mais experiência, mas agora existem outras coisas que nos ajudam, que no tempo delas não havia, e não têm conhecimento, e é importante as pessoas irem connosco para conhecerem. E também era importante facilitarem sessões conjuntas de pessoas que tiveram filhos e estão na mesma situação, para poderem ajudar com vários temas. Por exemplo o sair de casa, dizem nos muito que temos que sair de casa, mas por vezes não é fácil, e era importante a partilha com outros pais, ter a experiência deles. Através de testemunhos presenciais.

8- Qual a melhor forma de o fazer? (como chegar melhor às pessoas?)

Para a amamentação, acho que no pré-parto era muito importante explicar o que pode não acontecer, e como lidar com isso. Criar confiança na mulher para o que possa vir a acontecer de mal. Na amamentação, pelo menos falo do que se passou comigo, só é falado o q vai correr bem, por exemplo que amamentar é bom, porque tem nutrientes, tem benefícios, mas ninguém falava do que poderia correr mal e o que fazemos para ultrapassar isso. Acho que isso é que é importante para prevenir uma depressão. Porque a mulher pode ganhar depressão por não conseguir amamentar. No meu curso a enfermeira passava *powerpoints* com os utensílios que se usavam, dava-nos a oportunidade de escolher o que seria melhor.

Para a relação com o outro, acho que acima de tudo é importante os testemunhos presenciais.

9- Considera importante, ou não, incluir os parceiros neste tipo de programas?

Não acho essencial, mas é importante, claro. Se tiverem essa oportunidade é importante, sim. Mas a mulher também não se deve sentir mal por ir sozinha.

10- De que forma?

O parceiro pode dar o seu testemunho, porque esteve ali ao lado e muitas das vezes é sempre a mãe ou a sogra que falam e é importante dar voz ao parceiro também.

Durante a gravidez, acho que deve estar presente nas consultas, ecografias, a mulher deve partilhar com o parceiro tudo o que estamos a passar, seja alegria, dor, enjoos, a mulher é que tem a responsabilidade de o incluir. Acho que não devemos encarar a gravidez como uma doença, e não deixarmos de fazer nada do que antes fazíamos só porque estamos grávidas- se gosto de exercício físico no ginásio, devo continuar a ir ao ginásio, se gosto de praticar exercício sozinha, faço sozinha se gosto com o parceiro, fazê-lo com o parceiro. Acho que a gravidez não deve ser impeditivo de nada do que se fazia antes e devem continuar a fazer tudo aquilo que os faz sentir bem.

PP3

Idade: 26; Habilitações literárias: Ensino Secundária; Área de Residência: Leiria; Número de Filhos: 3; Agregado familiar quantos e quem: 5, mãe, pai, 3 filhos; Situação Ocupacional no pós-parto: Trabalhadora por conta de outrem; Condições obstétricas: O bebé foi prematuro? não; Intercorrências no parto: não

1- Há quanto tempo passou pela experiência do pós-parto?

8 meses

2- Que recursos conhece que existem atualmente na comunidade para ultrapassar ou prevenir a Depressão Pós-Parto?

Médicas, comprimidos, psicóloga no centro de saúde.

3- Durante a gravidez o que sentiu que promoveu o seu bem-estar?

Sair de casa, estar com quem gostava e a gravidez em si, o estar grávida.

4- E durante o período após o parto?

O filho mais velho, o marido, filhos, e pessoas de quem gostava de estar rodeada.

5- Quais as maiores necessidades que sentiu? E que dificuldades encontrou?

Falta de tempo para fazer coisas que agora não dá para fazer. Não é fácil serem dois. Não dá tempo para nada agora, é mesmo assim. Não há mesmo tempo para nada.

6- O que teria ajudado a ultrapassá-las?

Não estar a trabalhar para poder estar com eles o tempo todo.

- 7- Se existisse um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, que sugestões de temas, conteúdos tem para nos dar? (O que seria útil abordar ainda durante a gravidez?)**

Atividades que pudéssemos fazer para não estarmos sozinhas em casa, como lidar com o marido, o cansaço, os outros que nos rodeiam.

- 8- Qual a melhor forma de o fazer? (como chegar melhor às pessoas?)**

Não há assim uma melhor forma, mas sei lá, uma reunião, todos juntos, um grupo de mulheres grávidas que estejam a passar pelo mesmo

- 9- Considera importante, ou não, incluir os parceiros neste tipo de programas?**

Muito importante.

- 10 – De que forma/ Em que sentido?**

Em tudo!

A forma de poderem ir connosco às sessões de grupo, passarem um dia grávidos.

Andarem com a barriga, sentirem-se maldispostos, as dores, quererem chegar a algum lado e não conseguirem por causa da barriga...

PP 4

Idade: 34; Habilitações literárias: licenciatura e mestrado; Área de Residência: Leiria, Alcobça; Número de Filhos: 2; Agregado familiar: 4 (pai, mãe, filho mais velho e filho mais novo); Situação Ocupacional: trabalhadora por conta de outrem e por conta própria

- 1- Há quanto tempo passou pela experiência do pós-parto?**

10 meses

- 2- Experienciou Depressão Pós-Parto?**

Não, felizmente não.

3- Que recursos conhece que existem atualmente na comunidade para ultrapassar ou prevenir a Depressão Pós-Parto?

Não conheço nada porque também nunca tive Depressão Pós-Parto.

4- Durante a gravidez o que sentiu que promoveu o seu bem-estar?

Bem na verdade não muita coisa. Continuei sempre a trabalhar, não tive assim nada que relaxasse, eventualmente só algum cuidado com a alimentação, mas mais nada.

E durante o período após o parto?

Ajuda do meu marido, da minha mãe.

5- Quais as maiores necessidades que sentiu? E que dificuldades encontrou?

Quais as necessidades- físicas: muita fome porque estava a dar de mamar, outras foi por ser também trabalhadora independente, tive que ir trabalhar muito cedo e não tive qualquer regalia por parte do estado. Precisava de estar mais tempo com o meu filho e não estive.

6- O que teria ajudado a ultrapassá-las?

Ter estado mais tempo em casa, para descansar mais, estar mais tempo em casa com os meus filhos.

7- Se existisse um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, que sugestões de temas, conteúdos tem para nos dar? (O que seria útil abordar ainda durante a gravidez?)

Como este é o meu segundo filho talvez tenha sido mais fácil do que se fosse o primeiro. Acho que deve haver maior consciência do que vai ser o parto, há falta de ensinamento às mães sobre o que aí vem, do que é um ser tão pequenino a depender de nós.

8- Qual a melhor forma de o fazer? (como chegar melhor às pessoas?)

Ninguém nasce ensinado, tudo se aprende. Nos centros de saúde, ensinam, mas tudo é pouco, porque é só uma consulta, não há tempo para mais. Depois, outra questão, os cursos pré parto são facultativos, se fossem obrigatórios, talvez as pessoas tivessem mais preparadas. Ser mãe

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

toda a gente sabe, mas há partes que nos deitam mais a baixo e que nos falham, e muita gente não vai aos cursos. Até pode precisar, mas não vai porque não são obrigatórios.

9- Considera importante, ou não, incluir os parceiros neste tipo de programas?

Claro que sim!

10- De que forma?

Irem às sessões, serem parte ativa. Tem que ser algo geral. Eles não podem só assistir, têm que ser parte ativa. Eu felizmente tenho muita sorte, nós somos uma parceria, aqui ninguém ajuda ninguém, partilhamos as tarefas e o homem não pode só assistir, tem que participar e por isso tem que haver uma parte focada neles, nas mudanças que ocorrem para eles também, acho que é isso.

PP 5

Idade: 36 anos; Habilitações literárias: 12º ano; Área de Residência: Porto

Número de Filhos: 3; Agregado familiar quantos e quem: 5 - 3 filhos, mãe e pai

Situação Ocupacional no pós-parto: desempregada, estou em casa desde o meu 2º filho;

Condições obstétricas: O bebê foi prematuro? Não foi, foi de termo; Intercorrências no parto: não, não

1- Há quanto tempo passou pela experiência do pós-parto?

Pós-Parto como? Quando eu estive a recuperar? Ainda não estou totalmente recuperada.

Desde o nascimento da criança até ao dia de hoje, por exemplo?

ah, isso, 7 meses e meio.

2- Experimentou Depressão Pós-Parto?

Não, felizmente não.

3- Que recursos conhece que existem atualmente na comunidade para ultrapassar ou prevenir a Depressão Pós-Parto?

Aqui não ouvi falar de nenhum. Mas lá está como não tive Depressão Pós-Parto não precisei de apoio. No pós parto, o centro de saúde de cá tem massagens para ajudar no pós parto, a mãe e o bebé, é muito útil, mas concretamente sobre a Depressão Pós-Parto não faço ideia.

4- Durante a gravidez o que sentiu que promoveu o seu bem-estar?

Como tinha alguma diferença dos primeiros filhos, algumas coisas já não estavam tão presentes. Mas felizmente tinha uma equipa bastante boa quer no centro de saúde quer na maternidade – enfermeiros, médicos, que fizeram o curso de preparação e correu melhor do que das outras vezes. À parte disso, é o ambiente familiar, que está sempre a querer que tudo corra bem.

5- E durante o período após o parto?

É assim eu isolei-me bastante, tentei ficar muito no meu ninho, a criar vínculo, mesmo com as visitas e tudo tentei sempre limitar um bocado, porque o estar isolada com o meu bebé, pode parecer uma coisa estranha, mas é assim o meu bem-estar, é importante para mim conhecer e perceber bem o que o meu bebé precisa.

6- Quais as maiores necessidades que sentiu? E que dificuldades encontrou?

Na gravidez correu tudo muito bem. No pós-parto já não foi bem assim. A amamentação, principalmente a amamentação sempre me stressou bastante, das três vezes.

7- O que teria ajudado a ultrapassá-las?

Nesse aspeto ao falar com as enfermeiras, elas tinham um cantinho da amamentação, e só aí é que eu me senti realmente apoiada. Elas ensinavam muita coisa. Por vezes tem-se a ilusão que vai correr tudo muito bem e depois não é assim. Elas ajudaram-me bastante e consegui dar a volta melhor do que nas outras vezes.

8- Se existisse um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, que sugestões de temas, conteúdos tem para nos dar? (O que seria útil abordar ainda durante a gravidez?)

Uma coisa que eu sempre achei, é que nos cursos teoria e prática é útil, é importante, mas depois ninguém nos prepara para a vinda do bebé, é uma mudança muito grande. Acho que era importante casos reais, para a mulher não ver tudo cinco estrelas. Claro que há coisas muito boas, mas também há outras que não. Quando começa a privação do sono, o cansaço... eu no meu segundo filho estive muito perto de cair numa depressão, mas tive a sorte de ter

uma amiga psicóloga que me foi alertando para os sinais, que se calhar devia procurar ajuda. Acho que faz falta alertar para alguns sinais, que o cansaço quando é extremo torna tudo mais complicado. Não é assustar, mas alertar para que pode ser mais ou menos difícil. Acho que falta algum, dar algum apoio para identificar os sinais. Estou a falar em termos de centro de saúde, cá, não há apoio psicológico, e mesmo numa maternidade também não sei se há.

9 Qual a melhor forma de o fazer? (como chegar melhor às pessoas?)

Nos cursos, eu acho que para além da parte prática e teórica, que claro é importante, era bom complementar também com a parte psicológica. Eu no curso que fiz, percebi que era a única que não era de estreia. Todas as outras mães eram mais de primeiros filhos. E colocavam questões, tinham curiosidade, e é importante alguém que já passou por isso partilha, e falar. Eles falam-nos dos tipos de choro, que nós vamos saber identificar aquilo que o bebé precisa, mas isso não é logo assim. Não é estranho demorar a perceber o que ele precisa. É normal, às vezes demora mais tempo, outras menos, eu quando fui mãe do meu segundo filho confesso que cheguei a sentir incompetência por não saber na hora o que é que ele precisava. Acho que é importante tentar falar um bocadinho sobre isso, que não é chapa 5, porque algumas mães eu via que ficavam logo stressadas, e entender o bebé não é logo automático, pode levar tempo e por isso também é que eu me isolei mais, quis criar vínculo, saber melhor o que o meu bebé precisava.

10 Considera importante, ou não, incluir os parceiros neste tipo de programas?

Sem dúvida! até para eles aprenderem a colaborar. Os pais, nos cursos, eram sempre incluídos. É importante eles irem e participarem, mas é preciso que eles queiram. Eu sou do Norte, isto se calhar varia um bocadinho conforme as zonas, mas aqui ainda existe o tabu que os pais se poem à margem, e quem ajuda são as avós, as tias. E quando o homem faz alguma coisa, tenta ajudar, nunca tem jeito, está sempre mal, e isso não é também bom para eles, não é positivo. E o incluí-los parte um bocadinho de nós também.

11 De que forma?

Tentarmos criar uma equipa dentro de casa, além dos profissionais de saúde que sabem mais do que nós e que são importantes para referenciar algumas situações em que seja preciso apoio psicológico, numa situação normal é importante tentarmos fazer as coisas em conjunto

e o homem deve estar presente nas situações, mas isto é a minha opinião, vale o que vale, mas acho que é importante que ele participe.

PP 6

Idade: 37; Habilitações literárias: Mestrado; Área de Residência: Santarém
Número de Filhos: 1; Agregado familiar quantos e quem: 3 (pai, mãe e filha); Situação Ocupacional no pós-parto: trabalhadora por conta própria; Condições obstétricas: O bebé foi prematuro? Foi. 33 semanas; Intercorrências no parto: Não, foi tudo normal, só a bebé é que foi para a incubadora.

1- Há quanto tempo passou pela experiência do pós-parto?

1 ano e um mês

2- Experimentou Depressão Pós-Parto?

Eu acho que não. Tive momentos de desespero, mas nunca me senti tão triste que não conseguisse ultrapassar.

3- Que recursos conhece que existem atualmente na comunidade para ultrapassar ou prevenir a Depressão Pós-Parto?

Não conheço nenhum, eu pensava que tinha que ser tudo a nível particular ou o médico de família que encaminhava, também porque não tive se calhar muita necessidade disso, não sei.

4- Durante a gravidez o que sentiu que promoveu o seu bem-estar?

Eu tive gravidez de risco, porque tinha mesmo alguns fatores físicos que me limitavam, mas tive sempre bem psicologicamente porque demorámos muito tempo a engravidar e para lhe ser sincera, depois até foi um alívio, e tentei fazer as coisas de forma normal e não me limitar demasiado.

A nível de atividades e pessoas, foi muito global- os pais, os sogros, a irmã, cunhada e alguns amigos muito próximos que contribuíram bastante para que tudo se passasse da melhor forma.

5- E durante o período após o parto?

Os primeiros 3 meses foram muito complicados, ela acordava de 3 em 3 horas, senti-me muito atrapalhada, não havia tempo para mim. Senti muita falta de tempo para mim. Se estava sozinha com ela não conseguia tomar banho. Felizmente tive muita ajuda dos meus pais, do marido que estava em casa, esteve 8 meses em casa, conseguiu e sinceramente foi uma grande mais valia os 8 meses dele em casa, tinha sido muito complicado se ele não estivesse em casa.

6- Quais as maiores necessidades que sentiu? E que dificuldades encontrou?

Necessidades... deixe-me cá pensar... no pós-parto eu pensei muita vez que para além do meu marido ajudar, para além dele estar em casa, senti que precisava de apoio – i.e., senti que precisava de deixar a menina com alguém que fizesse as mesmas coisas que eu, como eu fui orientada. Ter alguém que me ajudasse a cuidar dela de acordo com aquilo que eu aprendi. A mãe e a sogra faziam diferente e isso foi a maior necessidade, acho. Foi essencialmente aí. Foi também o não dormir de noite. Tive uma fase em que já não percebia se era de dia ou de noite, 2 meses.... aí vi-me um bocadinho atrapalhada porque as rotinas começaram-se a perder. Outra necessidade foi a planificação do dia a dia. Com um bebé, tudo demora mais tempo, a logística.... Não conseguia sair com ela. Custou-me muito não poder fazer as coisas quando precisava de as fazer.

Custou-me muito o pós-parto, em termos físicos, a recuperação foi muito dolorosa, primeiro que conseguisse ter a vida sexual normalizada, foi muito doloroso. Foi tudo muito cru, não tive ninguém que me dissesse o que é normal ou não, fiz a consulta após as 6 semanas, mas não coloquei as minhas dúvidas, não sabia o que esperar. Senti que faltou alguém dizer o que era normal ou não, o que podia acontecer em certas situações. Eu não tive relações porque não queria que nada afetasse a minha parte física.

Considera importante a intervenção da psicologia nessas dificuldades?

Acho muito importante, nós eramos um casal, já o eramos antes dele nascer. E quando um bebé nasce, há uma tendência natural para o afastamento. Eu tirei o curso de preparação para o parto e sabia disso, mas imaginando que não sabia... Se o casal não está bem, com o bebé também não se está bem. E no curso percebi que há pessoas que se gostam e acabam por se separar porque esta fase é mesmo complicada.

7- O que teria ajudado a ultrapassá-las?

Houve uma coisa que me soube bem. Nós criámos um grupo das pessoas que andámos juntas no curso, um grupo no *facebook*. E falávamos, agora falamos menos, mas falávamos do que estávamos a passar e quando vemos alguém a passar pelo mesmo, eu senti que esse grupo me ajudou bastante. Apoiámo-nos bastante. E a enfermeira também me ajudou muito a sair de casa mesmo com os horários do bebé, a recuperar no pós-parto, nos primeiros meses foi muito importante. Depois eu acho que devia haver algum tipo de ajuda profissional, se fosse possível conseguir conciliar pediatria/psicologia. Por vezes nós achamos que a situação é dramática, e há bebés que estão muito piores, e se pudéssemos relativizar algumas coisas, esclarecer estas pequenas coisas, porque às vezes andamos preocupados com coisas que não importam tanto e por vezes não nos preocupamos com outras.

8- Se existisse um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, que sugestões de temas, conteúdos tem para nos dar? (O que seria útil abordar ainda durante a gravidez?)

Antes da gravidez pode-se alertar para algumas coisas, mas o importante é alguém estar lá depois do parto. Durante o curso fui alertada para muitas coisas, nomeadamente a amamentação, e que é importante sermos obrigadas a sair de casa. Tem que ser uma rotina 5/6 semanas após o parto, ter alguém com quem falar mesmo que isso depois possa ser mais espaçado. Cada caso é um caso, obviamente, mas um alerta para essa parte sexual era importante porque eu sinceramente até cheguei a pensar em cirurgia para saber se tava tudo normal ou não.

Em relação à amamentação, demos a teoria toda, e depois não foi nada igual. Somos muito, vá, convencidas para amamentar porque é muito bom para os bebés, mas depois se não conseguimos, é um desespero. Foi muito difícil – ela não queria, eu não percebia se já tinha leite ou não e ter uma equipa multidisciplinar era essencial, por exemplo enfermeira, pediatria, psicologia porque as dúvidas são em vários campos... Eu acho. Eu fiz a preparação para o parto e o curso de recuperação pós parto também e eu acho que me ajudou mesmo bastante – ainda durou 5/6 semanas, estou a tentar imaginar o programa que fizeram com algumas achegas. Poderia ser um modelo que funcionasse para prevenir a Depressão Pós-Parto.

9- Qual a melhor forma de o fazer? (como chegar melhor às pessoas?)

Se eles tiverem incluídos nesses cursos de preparação para o parto, se puderem ser elucidados logo pelo ginecologista ou obstetra ou por alguém que trabalhasse com eles nesse aspeto, porque nem toda a gente faz o curso... Mas pelo obstetra todos passam. Dar informação, sim mas também pô-las a pensar no assunto. No meu caso foi tudo muito físico – cansaço, não dormir, a parte sexual é que foi muito complicado. Dar algumas estratégias que podem aliviar esta passagem. Ajudando as pessoas de acordo com o tipo de recursos que cada pessoa tem e ao qual pode recorrer. Estudando um bocadinho cada casal, ajudá-los a identificar os meios que os auxiliem a passar aquelas fases.

10- Considera importante, ou não, incluir os parceiros neste tipo de programas?

Olhe, eu acho que sim, embora compreenda que nem todos poderão ter perfil para isso. i.e., estou a pensar no meu caso, quando ele foi às consultas de ginecologia e obstetrícia, ouviu sempre tudo e foi uma grande ajuda para mim. Estávamos os dois em sintonia, e se o médico tivesse falado nessas questões, era ainda melhor porque havia coisas em que eu não tinha resposta e ele também não.

11- De que forma?

Nas aulas teóricas e práticas, era importante estarem presentes. Selecionar a informação de modo a poder elucidá-los sobre esses temas. Os temas, penso que a questão de alertar para as mudanças na vida do casal, as rotinas, a vida sexual, a amamentação, a alimentação, dar pequenas indicações de algumas coisas práticas que se possam fazer em que estamos desesperados e já não sabemos se é de dia ou de noite. Não me estou assim a lembrar de mais.

Entrevistas a Mulheres Grávidas numa clínica privada de obstetrícia e ginecologia em Lisboa

E.M 1, 28 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: Sim

Questão: Pensando na gravidez e no período do pós-parto e nas alterações emocionais que destes podem advir, como por exemplo, a Depressão Pós-Parto, que recursos é que conhece que existem atualmente, e aos quais poderá recorrer relativamente à Depressão Pós-Parto?

R: Talvez médicos de família, pedir uma segunda opinião, não sei, acho que a partir daí ele encaminhava para outra área de especialidade psiquiatria, ou psicologia, não sei.

Questão: E se existir um programa direcionado a mulheres grávidas, que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, que sugestões tem para nos dar?

R: Essa é uma boa pergunta! ... Eu não conheço assim situações de Depressão Pós-Parto, a única situação que conheço, é, pronto de uma pessoa que teve o segundo filho já muito tarde em relação ao primeiro, e se calhar foi aquele choque da própria idade, da pessoa, já não ter tanta paciência, não conheço assim mais situações.

Questão: E que conteúdos é que considera que seriam úteis para si e que um programa deste género poderia englobar, para prevenir a Depressão Pós-Parto, para aumentar o bem-estar?

R: O contacto talvez com pessoas que já tenham passado por uma situação dessas, de preferência pessoas que tenham ultrapassado pela positiva, e para o impacto ser mais positivo o quanto antes.

Questão: Que tipo de contacto seria esse?

R: Talvez por exemplo uma mãe que tivesse passado por essa situação, explicar, contar o que é que sentia, o que achava que estava na origem daqueles sentimentos, daquele medo, que ajudasse a pessoa a perceber que tudo se ultrapassa, e se calhar a própria ideia deste projeto, se calhar podia passar por atividades que incluíssem os bebés... eu acho que de facto a Depressão Pós-Parto é um medo da mãe, penso eu, não sei.

Questão: incluir os bebés como?

R: É assim, se calhar, se calhar no dia-a-dia, por exemplo aqui em Lisboa, muitas pessoas, o maior medo é conciliar o trabalho com a vida familiar, se calhar é importante mostrar que há atividades que se possam fazer com a criança que não sejam só mudar fralda e dar de comer e passar o tempo no pediatra. Há pessoas mais fechadas, mais tímidas, que se calhar precisam desses grupos de apoio, ou projetos, para mostrar o que há para fazer, acho que deve ser uma das ferramentas para ultrapassar esse momento de depressão.

Questão: E durante a gravidez, tem alguma sugestão de atividades, temas a abordar?

Que seriam úteis...

R: Eu pessoalmente fiz alguns workshops, mesmo gratuitos, para me ir ambientando com esta questão, é a primeira gravidez, mas pronto, fora isso não tenho assim outras sugestões.

Questão: E considera importante, ou não incluir os parceiros neste tipo de programas?

Resposta: Sim, isso eu acho importante, isso concordo a 100%.

Questão: Em que sentido? Por exemplo que conteúdos era importante abordar com eles? Como incluí-los?

R: É assim eu acredito que haja muitas mulheres que acham que estão à vontade com o parceiro e até não estão. E não contam realmente os medos e os receios que têm, por exemplo de uma primeira gravidez. Eu acho que (não queria dizer mal dos homens) mas... há homens que são mais... relaxados e não pensam como nós mulheres. E se calhar precisam que alguém de fora diga: Olha, ela pode estar a sentir isto, se calhar se fizeres isto assim assim, ajudas e vais ver que ela até perde o medo. Sim isso acho que eles devem sempre que possível estar ao lado da mulher e conhecer o máximo daquilo que está a acontecer com ela, porque são muitas mudanças, é o corpo, é a parte psicológica, eu falo por mim, tenho muito medo não sei o que aí vem.

Questão: Tem assim outra sugestão?

R: Não, não. Sinceramente não. Tenho que ter um segundo filho para...

E.M 2, 32 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: Sim

Questão: Pensando na gravidez e no período do pós-parto e nas alterações emocionais que destes surgem, como por exemplo, a Depressão Pós-Parto, que recursos é que

conhece que existem atualmente, e aos quais poderá recorrer relativamente à Depressão Pós-Parto?

R: Não. Nenhum

Questão: Se existir um programa dirigido a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar a Depressão Pós-Parto, que sugestões tem para nos dar?

R: Não conheço muito bem o tema, não sei.

Questão: E por exemplo para promover o bem-estar durante a gravidez, sugestões?

R: Bem-Estar como assim?

Questão: Para diminuir a ansiedade, por exemplo

R: Não sei, tenho tido uma gravidez muito boa, por isso não tenho assim grandes temas.

Questão: E o que considera que está em falta, no geral, para as mulheres grávidas em geral, relativamente à Depressão Pós-Parto ou problemas psicológicos durante a gravidez ou no período após o parto?

R: Não sei o que é que está em falta, não senti falta de nada!

Questão: E relativamente aos parceiros, considera importante, ou não inclui-los, neste tipo de programas? Resposta: Sim

Questão: Tem algumas sugestões?

R: Não sei, acho que é importante a pessoa que está ao nosso lado mais tempo perceber as coisas que se podem estar a passar com as mulheres, porque muitas vezes elas não se apercebem que têm depressão Pós-Parto. Outra pessoa que está com ela mais tempo deve ser incluída no programa. Não sei, não sei muito bem como.

Questão: E não tem assim sugestões de materiais que poderiam ser uteis para chegar melhor às pessoas? (por exemplo, folhetos, vídeos, participações presenciais?) para ser útil para as mulheres ou para os parceiros

R: Para dar a conhecer esse programa?

Não, para ser útil para as mulheres, ou para os parceiros.

Resposta: Mas isso antes da criança nascer?

Sim.

R: Não sei eu acho que esses sintomas só se começam a perceber depois da criança nascer.

Acho que não se pode estar a antecipar se isso vai ou não acontecer.

Questão: e para evitar que eles surjam?

R: Não sei. Não conheço muito bem, não sei como é que isso surge. Poderá surgir depois do nascimento da criança e não é uma coisa que se consiga controlar assim antecipadamente, se existe alguma forma de evitar que isso aconteça antes de chegarmos a essa fase.

E.M 3, 34 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão 1: É a primeira gravidez?

R: Sim

Questão 2: Pensando na gravidez e no período do pós-parto e nas alterações emocionais que destes podem advir, como por exemplo, a Depressão Pós-Parto, que recursos é que conhece que existem, e aos quais poderá recorrer relativamente à Depressão Pós-Parto?

R: relativamente à Depressão Pós-Parto se isso acontecesse era profissionais de saúde indicados na área, desde terapeutas, psicólogas, depende depois também do grau da depressão e da evolução desse aspeto.

E por exemplo para preveni-la?

R: Falar muito, nesse aspeto, falar com pessoas que já tenham passado por isso, por exemplo e não isolarmo-nos quando temos um problema, manter contacto com o parceiro, com os amigos, de forma a desmistificar o que é que são esses sintomas.

Questão 3: Se existir um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar a Depressão Pós-Parto, que sugestões tem para nos dar?

R: Que haja um plano em que nós possamos identificar quais são esses sintomas, em que possam fazer publicidade, desde programas de prevenção, panfletos, por exemplo.

Questão 4: E que conteúdos é que considera que seriam úteis para si, enquanto grávida, obter de um programa deste género, e o que é que não gostaria?

R: Deixe cá pensar. Neste caso ajudaria ter, imagina, um conselho periódico com uma psicóloga que esteja dentro de um programa de prevenção da Depressão Pós-Parto, neste programa, em que possa acompanhar toda a gravidez e que possa fazer com que não haja Depressão Pós-Parto. Preveni-la, ao longo dos trimestres, nem que seja uma reunião, ou fazer um teste, psicológico, nessa grávida para ver se ela tem esses sintomas ou não.

Questão: E que materiais, ou estratégias, ou que temas por exemplo, gostaria de ver abordados?

R: relativamente ao bebé, quais são os cuidados no pós-parto, se a mãe está preparada ou não, seja fisicamente, psicologicamente, o que é que incomoda. Tentar perceber junto dessa família, quais são os fatores mais agressivos ao receber o bebé e se ta preparada ou não pra isso e fazer um plano para ajudar nessa perspetiva dependendo também da grávida e se já sofreu ou não Depressão Pós-Parto, nessas situações.

Questão: Considera importante, ou não incluir os parceiros neste tipo de programas?

R: Sim, sem dúvida.

Questão: Em que sentido?

R: Por exemplo quando a mulher está com várias tarefas após o nascimento, eles também sabem no que podem ajudar ao mesmo tempo, e tentar aliviar o stress e a formação dessa Depressão Pós-Parto, ou seja são um elemento fundamental como parceiro na família, por isso, sem dúvida são um elo importante no processo.

Questão: E por exemplo, durante a gravidez no que é que o parceiro poderia ser útil?

R: Durante a gravidez, por exemplo tentar fazer atividades lúdicas com a parceira, para que ela relaxe e esteja não tão ansiosa com a vinda do bebé, tentar transmitir lhe que vai tudo correr bem, pronto, isso são situações que tranquilizam a companheira e psicologicamente mantém-se também bem.

Questão: E que tipo de atividades é que considera que seriam úteis?

R: desde passar um fim de semana fora, ir a um cinema, nem que seja aliviar a sobrecarga da mulher, que ta grávida, nas tarefas, substituí-la, por exemplo.

Questão: E como é que considera que se poderia chegar aos parceiros, como poderíamos transmitir essa necessidade?

R: Através de reuniões em que estejam presentes o pai e a mãe, em que possam falar, e abordar e tentar perceber se está interessado ou não, fazer um pré teste e depois daí trabalhar individualmente com cada um.

E.M 4 27 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: É

Questão: Tem conhecimento, ou já ouviu falar da Depressão Pós-Parto?

R: Já.

Questão: E o que sabe sobre ela?

R: Eu tive conhecimento através da formação que tive agora, através da preparação para o parto, sei que os primeiros dias e os primeiros meses são complicados para a mulher porque passa muitas horas em casa com o bebé e tem que estar a 100% e o marido chega a casa ao final do dia depois do trabalho, e está tudo bem e para nós não está nada tudo bem. Estamos muito cansadas, não dormimos e isso tudo pode gerar depois mais tarde uma depressão e sei que vai ser complicado, mas espero não ter. espero não ter.

Questão: E tem conhecimento de como poderá preveni-la?

R: Tenho ideia que se o casal conversar e se se ajudar um ao outro e repartir tarefas do bebé, acho que conseguimos prevenir sim.

Questão: E pensando na gravidez e no período do pós-parto, e nas alterações emocionais que destes podem advir, como é o caso da Depressão Pós-Parto, que recursos é que conhece que existem atualmente na comunidade e aos quais poderá recorrer relativamente a esta?

R: Recursos por exemplo de apoio psicológico e isso? Sim, por exemplo no curso de formação que eu estive a tirar, temos uma linha de apoio e há qualquer dúvida, podemos ligar, e ajudam-nos, é basicamente isso. Não aprofundei muito.

Questão: E se existir um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, o que é que a levaria a querer participar.

R: gostava de participar, para ter conhecimento, do que é que posso, no sentido de prevenir que isso me aconteça. Se houvesse iria participar. Agora depois não sei a nível de tempo como é que é. Mas também se fosse antes, normalmente esses cursos são antes, acho que sim. Da mesma maneira que fiz o de preparação, fazia esse para prevenir uma depressão, sim.

Questão: E que sugestões é que tem para nos dar? Por exemplo a nível de conteúdos, que temas é que gostaria de ver abordados?

R: olhe sinceramente não sei. Sei que a nível de casal, é bom esse curso incidir sobre a mulher, mas também o casal ter conhecimento, porque o casal vai passar por isso e nós precisamos principalmente mais da ajuda do namorado, do marido, mais do que de outra pessoa e acho que se houver divisão das tarefas e conseguir abranger esses temas, acho que é mais fácil sim.

Questão: E considera então importante a inclusão do parceiro neste tipo de programas.

R: Sim, Sim. Sim. Apesar de que é complicado, porque no meu caso, por exemplo, na minha preparação para o parto, o meu namorado nunca teve disponível porque esteve a trabalhar, e é complicado, mas os casais que possam, acho que sim, devem ir os dois.

Questão: E por exemplo que conteúdos considera que seriam uteis abordar com o parceiro?

R: Talvez aqueles temas que... principalmente a divisão de tarefas, por exemplo, o casal que conseguir conciliar, um faz uma coisa, outro faz outra, um trata da casa, o outro trata do bebé, haver um plano, uns tópicos para o casal conseguir dividir as tarefas, acho que é mais fácil acho que sobretudo isso é a divisão de tarefas e o apoio emocional claro.

Questão: E que sugestões é que tem para chegar melhor às pessoas, por exemplo, como transmitir essas mensagens?

R: a nível de formação? Básica? Como?

Por exemplo nós na formação que eu tive agora, tanto era as enfermeiras falavam, como víamos slides e filmes e acho que era bom incidir sobre isso, não só ser uma pessoa a falar, mas casos concretos por exemplo vídeos que demonstravam uma situação mais complicada com o bebé e como é que reagiam, e talvez slides sobre essa matéria. Essas três coisas.

Questão: E tem assim outras sugestões?

R: Não. Sinceramente não. Também nunca pensei muito sobre isso, mas não.

E.M 5, 29 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: Sim é a primeira gravidez sim.

Questão: E tem conhecimento, ou já ouviu falar na Depressão Pós-Parto?

R: Sim, sim.

Questão: E o que é que sabe sobre a Depressão Pós-Parto?

R: É assim, eu sei que é comum a maior parte das grávidas após terem o bebé, até têm um período que é o *blue* qualquer coisa, agora não me lembro muito bem o nome, e que é uma mini depressão e algumas depois acabam por desenvolver Depressão Pós-Parto que é algo mais grave. É uma questão de estar atenta a esses primeiros momentos, para ver se é Depressão Pós-Parto ou se ainda é aquela fase inicial.

Questão: E tem conhecimento de como poderá preveni-la?

R: Por acaso isso não tenho, isso sinceramente não sei.

Questão: Pensando na gravidez e no período do pós-parto, e nas alterações emocionais que destes podem advir, que recursos conhece que existem na comunidade e aos quais poderá recorrer relativamente a esta?

R: Eu não sei se os centros de saúde ajudam a nível de psicólogos, não sei se fazem... eu penso que sim, penso que há alguma ajuda a esse nível, mais do que isso não sei se há alguma consulta mesmo particular de psicologia, psiquiatria mesmo para isso.

Questão: E considerando que exista um programa direcionado a mulheres grávidas que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, o que é que a levaria a querer participar?

R: Sim se eu verificasse que me encontrava nesse estado, iria querer participar, para prevenir e para tratar caso fosse necessário.

Questão: E que sugestões é que tem a nível de conteúdos ou de temas que gostaria de ver abordados?

R: O mais importante eu acho que era a forma de prevenir a depressão, e o que é que podemos fazer para melhorar essa fase, porque como é uma fase bastante difícil, saber que ajudas é que podemos ter, é mais ou menos isso.

Questão: e o que é que seria útil para si, enquanto grávida, obter de um programa deste género, e o que é que não gostaria?

R: Como grávida ainda? Eu acho que é exatamente a mesma coisa. O que é que eu podia fazer para prevenir, se há alguma etapa que deva fazer para prevenir. A nível do que é que não gostava, acho que todas as sugestões são bem-vindas, portanto não há assim nada que penso que não pudesse pertencer ao programa.

Questão: E tem exemplos de como chegar melhor às pessoas?

R: Eu penso que rádio, televisão, internet também, é assim o mais fácil, Facebook.

Questão: E tem sugestões de atividades que se possam realizar através desses meios?

R: Ou através mesmo dos centros de saúde, quando há as aulas de preparação para o parto, talvez incluir algumas atividades nessa altura também, acho que era importante.

Questão: E considera ou não, importante incluir os parceiros neste tipo de programas?

R: Claro que é importante.

Questão: Em que sentido?

R: Porque eu acho que a Depressão Pós-Parto também tem a ver com o facto de algumas mulheres não sentirem apoio por parte do parceiro, se o parceiro estiver incluído nesse programa, eu acho que era ótimo.

Questão: E que temas considera que seriam úteis abordar com ele?

R: Como é que o homem, neste caso, pode ajudar a prevenir a depressão, o que é que ele pode fazer para ajudar a mulher, acho que é isso.

Questão: E através de que materiais, ou de que forma poderíamos transmitir essa mensagem?

R: Mesmo através de reuniões, com o parceiro e com a grávida, apresentações, *powerpoint* para ser assim mais visível, acho que é isso.

Questão: E não tem assim outras sugestões?

R: de momento não estou a ver assim mais nada.

E.M 6, 30 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: Não. Tive uma gravidez não evolutiva que resultou em aborto.

Questão: Tem conhecimento ou já ouviu falar da Depressão Pós-Parto?

R: Já ouvi falar.

Questão: E o que é que sabe sobre ela?

R: É assim, não sei muito, sei que a mulher pode experienciar vários sintomas, estar mais em baixo, não ter paciência para o bebé, não ter paciência para ninguém, não se interessar por nada, mais por aí.

Questão: E tem conhecimento de como se poderá prevenir?

R: Eu acho que primeiramente, poderá prevenir-se tendo apoio de algum médico, psicólogo,

Questão: E pensando na gravidez e no período do pós-parto, e nas alterações emocionais que destes podem advir, como é o caso da Depressão Pós-Parto, que recursos é que

conhece que existem atualmente na comunidade, e aos quais poderá recorrer relativamente à Depressão Pós-Parto?

R: durante a gravidez? Não tenho conhecimento que haja algum programa a que a grávida ou a mulher com o bebé possa recorrer, muito sinceramente.

Questão: Se existir um programa de prevenção da Depressão Pós-Parto, direcionado a mulheres grávidas, que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, o que é que a levaria a querer participar?

R: precisamente isso, a tentar evitar que a Depressão Pós-Parto surja.

Questão: E que sugestões é que tem a nível do que é que o programa poderá englobar?

R: Eu acho que primeiro que tudo, deveria ajudar as grávidas a ver os primeiros sinais. Às vezes as próprias pessoas não têm essa noção. Às vezes é mais pessoas de fora, eu falo isto pela depressão em si. Às vezes a própria pessoa, às vezes não dá conta que está numa depressão. Às vezes são as pessoas de fora que: “tens que ir consultar um médico, tens que ir aqui, não estás bem” a própria pessoa não consegue interpretar. Pode pensar que está um bocadinho mais em baixo mas nunca levar isso a que seja uma depressão.

Por isso, primeiro que tudo, eu acho que as primeiras coisas seria mesmo ajuda médica, um medico de família, eu acho que primeiro, um médico de família, terem essa sensibilidade, de ver se a mulher poderá entrar nesse estado.

Questão: E o que é que considera que seria útil para si enquanto grávida, obter de um programa deste género, e o que é que não gostaria?

R: É assim eu gostaria, que houvesse um programa, que a minha médica de família ou a minha ginecologista, me informassem de que existe um programa A B ou C e perguntar me se eu estaria interessada em seguir, ou frequentar.

Questão: E como é que seria útil chegar às pessoas? De que forma transmitir?

R: É assim tem que ser pelos meios em que a pessoa numa gravidez tenha mais contacto, que é o médico de família, e o ginecologista. Eu acho que esses são os dois profissionais que me vão acompanhar mais durante a gravidez. Teria que ser via eles. Darem me conta que existe esse programa. Através da informação. Exemplo: vai existir o programa A B ou C às x horas no sitio A B ou C e se eu estaria interessada.

Questão: E considera importante ou não, incluir os parceiros neste tipo de programa?

R: Acho.

Questão: Em que sentido?

R: Porque o parceiro é a pessoa que vai lá estar, mais próximo, connosco e com a bebé. E se essa pessoa estiver sensibilizada para os sinais, e se calhar, como eu disse anteriormente, se a própria mulher não der conta, ele dá. No meu caso, ele é a pessoa mais próxima de mim, e durante a gravidez e quando eu tiver a criança ele consegue conhecer-me um bocadinho, e tentar perceber que algo não está bem e se ele souber quais são os sinais, acho que é melhor ainda.

E.M 7, 28 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: Sim.

Questão: Tem conhecimento ou já ouviu falar da Depressão Pós-Parto?

R: Já ouvi falar.

Questão: O que sabe sobre ela?

R: Sei que há muitas mulheres que ficam com este tipo de depressão depois de terem os bebés, não sei muito bem ao que se deve, mas calculo que seja por motivos que se calhar não correram tão bem durante a gravidez, e se calhar o historial da pessoa, não sei, não tenho assim tanta informação.

Questão: E tem conhecimento de como se poderá prevenir?

R: Não.

Questão: Pensando na gravidez, no período do pós-parto e nas alterações emocionais que destes podem advir, como é o caso da Depressão Pós-Parto, que recursos conhece que existem na comunidade e aos quais poderá recorrer?

R: Se calhar uma psicóloga, não sei. Acho que deve ser o caso mais apropriado quando... os familiares, o marido, começar a ver... ou mesmo a própria, não sei, não sei o estado das pessoas, como ficam... não tive nenhum caso próximo. Mas penso que ou partir da pessoa ou de alguém próximo colocá-la numa psicóloga, nos terapeutas profissionais.

Questão: E se existir um programa direcionado a mulheres grávidas, que tenha como objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, o que é que a levaria a querer

participar?

R: Que também não me acontecesse a mim. É tanta informação que nós temos, são alterações muito grandes que também ocorrem, então acho que seria uma mais valia para nós, mulheres, e futuras mães, que tenhamos logo acesso a informações, para prevenir a possível depressão.

Questão: E que sugestões é que tem dos conteúdos, materiais?

R: Não sei, por exemplo se calhar isso deveria ser dentro do nosso obstetra ou consultas, ou o centro de saúde não sei, que conseguisse analisar logo essas situações, identifica-las, ver se a paciente poderá ou não ser passível a ter ou não uma depressão. Mas em termos de conteúdos, se calhar mais informação. Também acho que muitas mulheres também ficam assim por causa da questão do corpo, se calhar mais cuidado com essas alterações. Mesmo a mulher em si prevenir-se disso e ter mais informação acerca das alterações do nosso corpo, acho que é mais por aí.

Questão: E qual é que seria a melhor forma de chegar às pessoas?

R: Como eu estava a dizer, acho que deve partir das pessoas que nos acompanham ao longo da gravidez. E que sejam profissionais de saúde. Seria por exemplo no centro de saúde, ou no caso privado o obstetra, ou que houvesse se calhar no início da gravidez consultas a sensibilizar isso, essa depressão.

Questão: E considera importante, ou não incluir os parceiros neste tipo de programas?

R: Sim, sem dúvida que sim.

Questão: E de que forma?

R: Ele estar presente, também se calhar haver uma consulta privada com ele, uma avaliação para ver o que é que ele considera destas mudanças todas da esposa, e da mulher em si. Acho que isso faria todo o sentido.

Questão: E como abordar esses conteúdos com ele?

R: Não sei, como abordar... acho que teria, acho que parte sempre ou da pessoa em si ou do marido e ele mostrar-se interessado em resolver o problema da esposa, ou então dos profissionais de saúde que se detetassem uma possível depressão ou tendência para, que alertassem o companheiro, e a partir daí fazer todo o programa de ajuda e de tratamento. Teria que partir deles.

Questão: E o que considera que seria útil para si, enquanto grávida, obter de um programa deste género? E o que é que não gostaria?

R: o que é que eu considero que seria útil para mim... não sei, eu acho que isso é um assunto muito sensível, e nós dizermos mesmo sem estarmos grávidas “olha tu estás com uma depressão” tem que ser assim um assunto muito melindroso, termos que tocar nesse assunto. Não faço ideia.

Questão: E para o prevenir?

R: Para prevenir acho que nós termos a informação mais acessível, e se calhar não tanto a grávida procurar, mas a informação ir até ela, por exemplo palestras, mesmo no centro de saúde onde estão a ser seguidas, ou num hospital privado, palestras que numa consulta a grávida tenha conhecimento que vai existir, onde, quando, acho que sensibilizar nesse aspeto, de nesse sentido haver mais informação, porque depois cabe à pessoa, ou mesmo às pessoas ao redor verificarem se depois ela precisa ou não ou tem tendência para.

Questões: E que conteúdos gostaria de ver abordados nessas palestras?

R: Antes. A alteração do nosso corpo que nós não temos noção e altera tudo. E se calhar como prevenir algumas situações da grávida engordar muito, ou por exemplo, no meu caso, eu deixei de trabalhar completamente. Não por ter algum problema de saúde, mas porque a minha profissão assim o exigiu. E se calhar mais particularizado para mim seria o que fazer, nesta altura porque são 9 meses, sem termos assim outros hobbies. Temos algumas alternativas, na comunidade onde estamos inseridas, se houvesse mais programas de incentivo a mexer-nos, a estarmos mais ativas. Depois acho que também a relação entre a mãe e o bebé, logo nos primeiros tempos que deve ser muito diferente, ainda não passei por isso. Depois também o parto, o que poderá correr mal, mas também não exagerando porque depois também não vamos estar a ter a imagem super negativa do parto que isso depois também pode fazer mal. Mas eu acho que o parto, o corpo, os primeiros dias com o bebé porque depois também há aquela situação das mães dizerem que não se apaixonaram logo pelos filhos, que foi uma questão muito, não foi demorada, mas teve ali o seu tempo o primeiro dia, o segundo, e depois a partir daí é que se calhar o amor cresceu. Penso que sejam assim os temas mais importantes, não é. O antes, o durante, o parto, aquelas coisas todas que pode haver, complicações, e depois os primeiros dias com o bebé e o nosso corpo. Acho que é por aí.

E.M 8, 30 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: Não, é a segunda.

Questão: Já experienciou Depressão Pós-Parto?

R: Não.

Questão: Tem conhecimento/ou já ouviu falar da Depressão Pós-Parto?

R: Já ouvi falar, mas não conheço assim muito.

Questão: Tem conhecimento de como se poderá preveni-la?

R: Não.

Questão: Pensando na gravidez, no período do pós-parto e nas alterações emocionais que destes podem advir, como por exemplo a Depressão Pós-Parto, que recursos conhece que existem atualmente na comunidade e aos quais poderá recorrer relativamente à Depressão Pós-Parto?

R: No hospital, nem sei se no hospital há logo um diagnóstico da causa, mas penso que se pode recorrer a qualquer psicólogo, penso que sim, pelo menos acho que era o que eu faria, não sei.

Questão: Se existisse um programa dirigido a mulheres grávidas, que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, o que a levaria a querer participar?

R: Era exatamente o facto de prevenir que pudesse acontecer, não é?

Questão: Que sugestões é que tem para o que um programa deste tipo poderia conter?

R: Dicas para lidar com determinadas situações que pudessem acontecer, como saber gerir a ansiedade, as características que estão associadas à depressão.

Questão: O que considera que seria útil para si, enquanto grávida, obter de um programa deste género?

R: Não sei, eventualmente ajudar mesmo a prevenir, a depressão ou a gerir melhor caso, se isso acontecer

Questão: e de que forma?

R: Não sei, algum tipo de curso, formação que pudesse....

Tem sugestões de temas, por exemplo que esse curso poderia abordar?

R: Não.

Questão: E como considera que seria a melhor forma de chegar às pessoas? De transmitir as mensagens?

R: Se calhar exemplos, através de casos concretos que acontecem, exemplos, de casos reais.

Questão: Considera ou não, importante incluir o parceiro neste tipo de programas? Que conteúdos considera úteis abordar com eles?

R: Sim, acho que faz sentido sim. Através de palestras, formações que as grávidas assistiriam, incluir os parceiros também.

Questão: E tem assim outras sugestões? Do que trabalhar com eles?

R: Acho que o que faria sentido é sempre pegar em casos reais, não é? como exemplo, e no fundo explicar... eu acho que é muito importante eles estarem atentos, mais do que a pessoa que está a passar por isso, são as pessoas que estão próximas que podem detetar alguma coisa era importante terem mais conhecimento sobre isso e também terem exemplos de casos, para também ajudarem a detetar caso aconteça.

Questão: E tem outras sugestões que queira dar?

R: Não.

E.M 9, 30 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: Sim.

Questão: Tem conhecimento, ou já ouviu falar da Depressão Pós-Parto?

R: Sim.

Questão: E o que é que sabe sobre ela?

R: Aquilo que sei é que são alterações provavelmente que decorrem depois do parto, nas mulheres, durante algum período considerável não sei. Não muito mais do que isso.

Questão: Tem conhecimento de como se poderá preveni-la?

R: prevenir? Não.

Questão: Pensando na gravidez, e no período do pós-parto e nas alterações emocionais que destes podem advir, como é o caso da Depressão Pós-Parto, que recursos conhece que existem atualmente na comunidade e aos quais poderá recorrer ou para prevenir ou

Trabalho de Projeto: Desenvolvimento de Programa de Prevenção da Depressão Pós-Parto

para tratar a Depressão Pós-Parto?

R: Provavelmente os obstetras, psicólogos, obstetras, psiquiatras, não sei bem.

Questão: E se surgisse um programa direcionado a mulheres grávidas, que viesse evitar que a Depressão Pós-Parto surgisse, o que é que a levaria a querer participar?

R: evitar que tivesse uma depressão.

Questão: que sugestões é que tem para nos dar?

R: não tenho muitas sugestões porque não é um assunto que conheça muito, aquilo que conheço é só de casos próximos que eu sei que tiveram, mas nunca falámos muito sobre isso.

Questão: E o que é que considera que seria útil para si, enquanto grávida, obter de um programa de prevenção primária da Depressão Pós-Parto?

R: Não sei, se calhar falar-se mais sobre isso ao longo da gravidez, não sei se prepararia uma pessoa ou não para o que vai acontecer, porque não é só o filho, para nós é o primeiro filho, ainda mais desconhecimento há, se calhar falar mais sobre o assunto, haver mais informação.

Questão: E de que forma?

R: Nas próprias consultas, publicidade, não ser se calhar tanto um assunto tabu e ser mais aceite, porque é um problema que existe.

Questão: e de que forma considera que seria melhor chegar às pessoas?

R: normalmente pelas consultas.

Questão: e considera importante, ou não incluir os parceiros neste tipo de programas?

R: Sim

Questão: E de que forma?

R: se calhar estando presente nas primeiras consultas. Seria o mais viável.

Questão: E que conteúdos, ou temas, ou atividades considera que seriam importantes realizar com os parceiros?

R: Para evitar a depressão? Não sei...

Questão: Ou para aumentar o bem-estar durante a gravidez...

R: Não sei eu acho que, sinceramente como não sei bem o que é que isso é. Não consigo estar

aqui a dizer o que é que podia ser feito para além da informação e de se falar sobre o assunto, sinceramente não sei.

E.M 10, 37 anos, Área de Residência: Lisboa

Questão: É a primeira gravidez?

R: Sim. Na verdade a primeira gravidez completa. Fiz um aborto quando era muito jovem.

Questão: Tem conhecimento ou já ouviu falar na Depressão Pós-parto?

R: Sim sim. A minha mãe teve.

Questão: E o que é que sabe sobre ela?

R: Algumas mulheres em alguns casos podem não estar felizes ou contentes com a gravidez, ou talvez não, isso não seja tão influenciador, mas é uma espécie de vazio, angustia que se instala pós o parto. Algumas mulheres recusam os bebés, alguns casos, no caso da minha mãe foi um parto muito sofrido e isso fez com que ela tivesse mesmo uma recusa ao bebé e todo o processo que inicia após o parto.

Questão: Tem conhecimento de como poderá preveni-la?

R: Eu não sei se essas coisas são preveníveis, preveníveis, não sei qual é a expressão correta. Porque são acontecimentos, são coisas que nos acontecem, e muitas das vezes fogem do nosso controlo, mas a partir do momento em que a minha gravidez é extremamente desejada, extremamente feliz, e que existem muitos momentos associados previamente com alegria pós-parto, a depressão fica um pouco mais distanciada, não sei se é evitável, mas fica mais distanciada do que em outros casos, por exemplo gravidezes indesejadas, pais que se encontram em conflito, coisas do género, pobreza, doenças, nada disso me atinge felizmente.

Questão: Pensando na gravidez e no período do pós-parto e nas alterações que destes podem advir, como é o caso da Depressão Pós-Parto, que recursos conhece que existem atualmente na comunidade e aos quais poderá recorrer?

R: Não conheço quase nada sobre isso. Pelo contrário, acho que há uma vergonha muito grande nisso. É quase como se fosse... a sociedade é muito machista. É quase colocar a mulher dentro de uma caixa, e ela tem que ser uma mãe perfeita, ao engravidar tem que ser uma mãe feliz... do meu relato, que sou uma mãe mais velha, com 37 anos, mas tem sempre esse fator de peso em cima da mãe, não sei se existe na sociedade, deve existir obviamente, mas não conheço, desconheço.

Questão: Se existir um programa direcionado a mulheres grávidas, que tenha por objetivo evitar que a Depressão Pós-Parto surja, o que a levaria a querer participar?

R: Primeiramente a curiosidade de saber se o que eu penso sobre o tema se concretiza, acabei de lhe dizer os fatores que eu acredito que levem uma mulher não só obviamente, existem questões emocionais, associadas ao momento, à dor, ao sofrimento, mas é assim os sofrimentos que já estão instaurados dentro da gravidez pode ser somatizados, ou somados, pós-parto, a dor- dores não estou a falar de dores físicas, estou a falar emocionais, questões de traumas, sofrimento, que a mulher pode carregar na gravidez. Sim eu teria interesse em participar, porque sou artista, criadora, talvez teria até interesse em participar sobre o tema do ponto de vista das artes. Porque acho que é um tema muito interessante, muito controverso, tabú quase.

Questão: E o que é que considera que seria útil para si enquanto grávida obter de um programa deste género? E o que é que não gostaria?

R: Seria útil para mim? Enquanto gestante, enquanto grávida, obter informações, saber o que é que levou estas mulheres, o que é que existe em comum que levou estas mulheres, existe com certeza alguma coisa comum que liga estas mulheres a esta depressão em alguns casos. Pensando no que poderia ser evitado, no que poderia ajudá-las, não estando dentro desse processo, mas mulher com Depressão Pós-Parto poder dar lhe esse acolhimento humano, dar lhe ajuda, dar lhe conforto, E se estiver com Depressão Pós-Parto me alimentar de todas as experiências, autoestima, de positivismo, o que é que a reunião pode trazer, encontros.

Questão: E que conteúdos é que considera que um programa deste tipo poderia englobar? Por exemplo que temas e que formas de os abordar?

R: Tudo na natureza que tem uma força muito grande, ela pode ser polarizada para um lado ou para o outro. O nascimento de uma criança, de uma vida, é das coisas mais fáceis que acontecem na natureza e elas podem explodir numa alegria plena e milhões mulheres dão o relato de a noite mais feliz da minha vida, não consigo comparar nada mais próximo do que aquele momento que a minha vida se transformou, que eu me transformei, muitas muitas mulheres têm esse relato positivo, muito poucas dizem publicamente que o momento delas não foi tão positivo assim, não só pelo momento em si, o ato, mas pelo que decorre. Uma amiga minha que teve duas meninas gémeas, teve uma gravidez bem, tranquila e tal mas quando nasceram, e ela se viu em casa, com dois ovinhos, duas crianças ali, ela pensava em fugir, em ir embora. E hoje eu vejo-a com duas crianças grandes, em casa. E fico a pensar,

como é possível? Mas é possível, consigo me imaginar no lugar dela, duas crianças é imensa responsabilidade com a vida, com o mundo, com tudo, é assustador, na sociedade em que nós vivemos, é tudo muito facilitado, então talvez os conteúdos fossem conteúdos positivos, conteúdos de esperança, que colocassem o foco na beleza desse momento porque também é cultural isso, a beleza do parto. Também acho que é muito humano, é, não tem muito como fugir de acreditar que é uma coisa racionalmente boa, sem esquecendo o emocional, mas também há pessoas que não querem, não estão preparadas, em que quando chegam àquele momento falam “não é pra mim, não quero” conteúdos positivos, que mostrem... não sei... o que eu espero no mínimo é ter bons exemplos, boa partilha de coisas, de mulheres que tenham passado por isso, dizer que está tudo bem, é normal, a minha mãe teve Depressão Pós-Parto do meu irmão e fala abertamente sobre isso, mas é muito duro uma mãe ir para casa com uma criança que ela não quer ver, e toda a gente fica “então? Primeiro filho e tal...” não quero, não é para mim. Ela fala isso hoje com muita dor mas muita tranquilidade também.

Questão: E que formas de operacionalizar? Como transmitir esses conhecimentos positivos, essa esperança?

R: Tudo todo o trabalho que é a psicologia, psiquiatria, e não só tem que ser sempre pela base humana, física. É muito bonito estarmos numa sala a ver vídeos, depoimentos, ok, mas é totalmente diferente de ter presencialmente uma pessoa a chorar, a lacrimejar na minha frente, a contar-me eu passei por isso, está tudo bem, estou feliz e está tudo certo. A experiência física e emocional presencial em comparação a uma alemã, chinesa, uma pessoa que está noutra esfera, noutra sociedade, num contexto cultural totalmente diferente, claro que é importante, é fixe e tal, mas tem um peso, um relato ao vivo totalmente diferente estar ali, ao vivo, íntimo e próximo da vida da pessoa. Sem querer sedimentar muito os grupos mas quanto mais próximo de mim, mais fácil eu vou inspirar.

Questão: Considera importante ou não, incluir os parceiros neste tipo de programas? E em que sentido?

R: Totalmente, mas completamente. Sei lá eu não consigo imaginar, eu penso em Depressão Pós-Parto tudo o que virá pela frente eu poderia, se eu não tivesse um parceiro ao meu lado, nunca quis ter um filho se eu não tivesse um parceiro. E eu vejo muitas mulheres, que engravidam, sem ter um parceiro, ou uma mãe ou alguém. Ou casais que tiveram separação, situações em que não há essa ligação. Qualquer coisa que seja vinculada a esse momento, e o parceiro não tiver perto, dentro de uma relação saudável, para mim é inadmissível, o meu

marido vem a todas as consultas comigo, não só aqui mas no centro de saúde, no médico de família, no meu caso ele vem porque quer, está feliz e tal. Mas se não fosse o caso, eu diria “a gente marca num dia em que tu podes”, que ele quer. Acho que nesse caso o parceiro tem que ser envolvido, infelizmente há muitos casos em que o parceiro não se quer envolver, porque acham que não têm que se envolver, e aí temos uma complicação mais profunda. Mas acho que deveria ser convidado no mínimo a participar. Até porque como todas as doenças “vamos colocar isso como uma doença” talvez seja péssimo estar colocando dessa forma, adoecido, outros homens podem partilhar a experiência, sempre pela partilha, a partilha é verdadeiramente o melhor encontro da vida. Exemplo: O que é que tu fazes quando ela quebra a casa toda? Quando não quer amamentar, uns ajudam-se, um filho depende deles, quando há uma doença, os pais os avós os familiares também adoecem junto.

Questão: E que materiais é que considera que seriam uteis utilizar?

R: Materiais, sei lá lúdicos, tentar fazer um resgate de qualquer coisa não verbal, tem muita coisa que não é verbal, é muito mais forte que as palavras. Estou a pensar em coisas que sejam dentro de uma alternativa de cura e não necessariamente voz e ouvido. Acho que é isso. Todas as possibilidades para juntar as pessoas para fazerem isso, juntarem o casal, uma aula de dança pode ser a coisa mais distante dentro de um contexto como esse, mas colocar as pessoas juntas, a dançarem, pode ser realmente, um professor ensinar uma dança, pode ser um momento de gozo e de prazer e de encontro. Acho que coisas que não só palestras, uma querer dizer, outra chorar a sua história, ver um vídeo, isso acho importante mas não sei se é tao profundo, claro que é mas não é só, tem outras coisas que envolvem. E obviamente há diferentes graus também. Umas curtas e outras muito longas, mas certamente são os dias mais sofridos. É muito duro uma criança chegar e não ter o abraço da mãe, um pai que não vê, uma mãe que não quer, é tudo muito sofrido.

Questões: Tem assim outras sugestões?

R: Não sei, não sei muito sobre o tema, teria que pensar mais sobre isso mas não sei se com a criança, é uma criança que acabou de chegar, claro que num próximo passo tentar uma aproximação de uma mãe com esse filho, uma mãe sofre por saber que aquilo é quase inumano. Não acredito que num primeiro momento, num primeiro encontro seria uma aproximação já com a criança, mas pode ser um trabalho certamente posterior.

Questão: E durante a gravidez?

R: Durante a gravidez tem coisas muito interessantes que podem ser feitas... acho que os médicos, no geral são muito frios, estão a lidar com uma grávida como com quem quebrou uma perna mas acho que são casos diferentes. Poderia haver, os médicos, enfermeiros, profissionais à volta da saúde, ter uma outra forma de trabalho. Mas isso não é uma coisa que se ensine. É tao delicado que não é uma coisa que se ensina. Eu acho que todas as pessoas que trabalham na área da saúde deveriam ter um natural talento humano. Poderia ter isso. Uma grávida hoje em dia se tiver uma condição financeira mínima, ela consegue ter acesso à sua internet por exemplo. No outro dia vi uma coisa muito gira, de mulheres que se juntam para dançar, para colocar musica para os bebés ouvirem, que cozinham umas para as outras, alimentam o paladar uma da outra, parece quase uma coisa de bruxaria, mas não é. Eram coisas de yoga, natural, vegetariano e não sei quê. Acho isso bonito. Se tivesse aqui em lisboa alguma coisa parecida com isso, eu iria. Mulheres a fazer ginástica, não é mau, é engraçado, mas é muito *business* fazer os exercícios de respiração, é importante saber que tipo de respiração me ajuda na hora do parto, mas não liga a nada interno. Então acho que se os próprios profissionais da saúde do sistema publico pudessem ter uma formação que “alô aqui é uma pessoa noutra estágio” que está com outra conexão aqui. Ela pode estar péssima, pode não estar a querer. A minha médica de família nunca me perguntou se eu estava feliz, se estava bem se estava mal... ela sentiu na minha cara que sim. É muito robot. Está tudo formatado. Quando se vê alguém olhar no olho de alguém “ta no flerte comigo”. Tem que haver algo que alerte que o que a gente está a fazer não é só bater teclas, e acho que isso também pode ser temos mulheres muito férteis, o tardar das gestações, também há a idade. Não é contemporâneo, ter um filho é quase anti natura. É tudo um caminho estranho.

Anexo E – Dicionário de Categorias – NVIVO

Árvore de Categorias:

A.1 Suporte Social Emocional, Instrumental e Informativo, Recebido e Percebido -

Afeto, auxílio e apoio nas tarefas domésticas e nos cuidados ao bebé, assim como recursos e acesso à informação, respetivamente, que o casal de facto recebe e que acredita ter disponível e a quem poderá recorrer em caso de necessidade.

B.1 Qualidade da Relação Conjugal – capacidade de o casal falar sobre as expectativas, partilhar momentos e continuar a realizar atividades enquanto casal e pessoa individual

B.1.1 Comunicação

C. 1 Autoeficácia relativamente às Competências Parentais – a mulher/casal sentir-se capaz de acalmar a criança quando chora, alimentá-la, cuidar dela ao nível da higiene e conforto, i.e., sentir-se capaz de exercer as tarefas parentais.

D.1 Rede Social de Suporte Recebida e Percebida - Conjunto de pessoas de que a mulher/casal dispõem atualmente no sentido de obter apoio ou que acreditam de que podem vir a dispor no sentido de obterem apoio

E.1 Conhecimento acerca dos fatores relacionados com a Depressão Pós-Parto

(protetores e de risco) conhecimento da população acerca dos fatores que protegem e/ou que predizem, respetivamente, o surgimento da Depressão Pós-Parto

F.1 Conhecimentos acerca da DPP o que a população sabe acerca do que é a Depressão Pós-Parto, que causas e que consequências apresenta.

G.1 Categorias obtidas a partir das entrevistas

G.1.1 Barreiras Percebidas ao nível dos recursos e procura de ajuda O que dificulta a execução das tarefas, obstáculos encontrados na gravidez e pós-parto ao nível dos recursos disponíveis; Dificuldades sentidas na gravidez e pós-parto

G.1.2 Fatores Facilitadores da implementação do programa Fatores que facilitam a abordagem da prevenção da DPP e a divulgação da informação

G.1.3 Fatores Promotores de Bem-Estar O que promove o bem-estar na gravidez e pós-parto

Anexos F; G e H – Outputs do programa


Anexo F – Folheto de sensibilização para a problemática e importância de a prevenir (Output do programa)



Sinta-se bem durante a
Gravidez:
A **Psicologia** pode
ajudar!

CONTACTOS

Endereço da Empresa Principal
Linha de Referência 2
Linha de Referência 2
Linha de Referência 4
Tel: 219-025-401
Fax: 219-025-401
Correio eletrónico: slsuam@scamolo.com


Organização

Promova o seu Bem-Estar!

Pratique **Atividade Física** regularmente (caminhada, hidroginástica, ou outra atividade de baixo impacto que a satisfaça!)

Nota: Confira sempre com o(a) seu(a) obstetra qual o melhor exercício para si!

Pratique uma **alimentação saudável**, assim estará a contribuir para a saúde do seu bebé!

Mantenha o contacto com amigos, com o parceiro, partilhe bons momentos!

Encontre **tempo para cuidar de si!**

Se sentir **fragilidade**, converse com o seu parceiro acerca disso e descubram o que vos faz sentir bem!

Se tiver **dúvidas**, esclareça-as com os **profissionais** perto de si!

A psicologia pode ajudar em qualquer momento da gravidez e pós-parto.

Para promover o seu bem-estar, procure-nos!

Promover o Bem-Estar durante a gravidez é também estar mais consciente das problemáticas e procurar evitá-las/ minimizar o seu impacto.

A saber:

O Blues Pós-Parto e a Depressão Pós-Parto, são "problemáticas" diferentes.

O **Blues Pós-Parto**

Surge em cerca de 8 mulheres em 10;

Ocorre nos primeiros 3 a 5 dias após o parto;

Desaparece espontaneamente (não requerendo ajuda profissional);

Não afeta a rotina diária/cuidados ao bebé.

A **Depressão Pós-Parto**

Surge em cerca de 10/15 mulheres em 100 (podendo estes valores ser variáveis);

É mais grave, mais prolongada, mais intensa;

Ocorre cerca de 4 semanas após o parto;

Requer sempre ajuda profissional;

Perturba as rotinas diárias e os cuidados ao bebé.

MICROSOFT

Endereço da Empresa Principal

Linha de Suporte 2

Linha de Suporte 2

Linha de Suporte 4

Tel: 219-225-401

Fax: 219-225-401

Correio eletrónico: slu@msn.com

Anexo G – Ficha de estabelecimento de objetivos

Planeamento das Atividades a manter durante a gravidez e pós-parto

Por favor, indique(m) que atividades gostaria(m) de manter quer ao longo da gravidez, quer no período do pós-parto:

Enquanto homem/mulher:

Quando estiver (na situação X) vou reservar um momento para mim.... E vou fazer (a atividade Y) durante (X tempo) no local X, (ao longo de X dias/frequência).

Enquanto casal:

Quando estivermos (na situação X) vamos reservar um momento para os dois.... E vamos fazer (a atividade Y) durante (X tempo) no local X, (ao longo de X dias/frequência).

Enquanto futuros pais:

Quando estivermos (na situação X) vamos continuar a fazer (a atividade Y) durante (X tempo) no local X, (ao longo de X dias/frequência).

Anexo H – Cartões de identificação de necessidades

Por exemplo que necessidades consideram que estão a sentir durante a gravidez e/ou que irão sentir no pós-parto? Como consideram que as poderiam ultrapassar?

Dar tempo ao casal para elaborar algumas necessidades, em seguida apresentar as necessidades que os casais/mulheres no pós-parto identificaram.

Mulheres no pós-parto	Casais Grávidos	Recursos para as ultrapassar
Difícil manter a rotina		
Poucos recursos na comunidade, ao nível do exercício físico no pós-parto		
Difícil encontrar tempo para a mulher e casal		
Dificuldade na amamentação - informação		
Difícil conciliar apoio familiar com o que é indicado nos cursos de preparação para o parto		

Anexos I, J, K, L, M e N – Escalas de Avaliação dos indicadores quantitativos

Anexo I - Percepção de Autoeficácia de Parentalidade Materna (PAEPM) traduzida por Barnes e Adamson-Macedo, 2015

1. Acredito que posso dizer quando meu bebê está cansado e precisa dormir;
2. Acredito que eu tenho controle sobre os cuidados com o meu bebê;
3. Eu posso dizer quando meu bebê está doente;
4. Eu posso compreender os sinais do meu bebê;
5. Eu posso fazer meu bebê feliz;
6. Eu acredito que o meu bebê responde bem a mim;
7. Eu acredito que meu bebê e eu temos uma boa relação;
8. Eu posso acalmar meu bebê quando ele/ela está chorando;
9. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela está triste;
10. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela está irritado;
11. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela não para de chorar;
12. Eu sou boa em acalmar meu bebê quando ele/ela fica mais impaciente;
13. Eu sou boa em entender o que meu bebê quer;
14. Eu sou boa em conseguir a atenção do meu bebê;
15. Eu sou boa em saber quais as atividades que meu bebê não gosta;
16. Eu sei bem como manter meu bebê distraído;
17. Eu sei bem como alimentar meu bebê;
18. Eu sei bem como trocar (fralda e roupa) do meu bebê;
19. Eu sei bem como dar banho em meu bebê;
20. Eu sei como mostrar meu afeto pelo meu bebê.

Anexo J - Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Narciso e Costa 1996

Instruções:

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação:

- 1-** Nada satisfeito (a); **2-** Pouco Satisfeito(a); **3-** Razoavelmente Satisfeito (a); **4-** Satisfeito(a);
5- Muito satisfeito (a); **6-** Completamente Satisfeito (a)

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo. **Por exemplo**, se em relação ao item: “Relativamente à quantidade de tempos livres”, você se sente completamente satisfeito (a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

1. O modo como gerimos a nossa situação financeira 1 2 3 4 5 6
2. A distribuição de tarefas domésticas..... 1 2 3 4 5 6
3. O modo como tomamos decisões.....1 2 3 4 5 6
4. A distribuição de responsabilidades..... 1 2 3 4 5 6
5. O modo como passamos os tempos livre..... 1 2 3 4 5 6
6. A quantidade de tempos livres..... 1 2 3 4 5 6
7. O modo como nos relacionamos com os amigos.....1 2 3 4 5 6
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
9. O modo como nos relacionamos com a minha família..... 1 2 3 4 5 6
10. A minha privacidade e autonomia..... 1 2 3 4 5 6
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
12. A nossa relação com a minha profissão 1 2 3 4 5 6
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge.....1 2 3 4 5 6
14. A frequência com que conversamos.....1 2 3 4 5 6
15. O modo como conversamos1 2 3 4 5 6
16. Os assuntos sobre os quais conversamos..... 1 2 3 4 5 6
17. A frequência dos conflitos que temos..... 1 2 3 4 5 6
18. O modo como resolvemos os conflitos.....1 2 3 4 5 6
19. O que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
20. O que o meu cônjuge sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
21. O modo como expresse o que sinto pelo meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge..... .. 1 2 3 4 5 6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim..... 1 2 3 4 5 6
25. A frequência com que temos relações sexuais.....1 2 3 4 5 6
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais.....1 2 3 4 5 6
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais.....1 2 3 4 5 6
28. A qualidade das nossas relações sexuais.....1 2 3 4 5 6
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge..... 1 2 3 4 5 6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá..... 1 2 3 4 5 6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge.....1 2 3 4 5 6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim.....1 2 3 4 5 6

- 33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge.....1 2 3 4 5 6
- 34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim.....1 2 3 4 5 6
- 35. A partilha de interesses e actividades..... 1 2 3 4 5 6
- 36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge.....1 2 3 4 5 6
- 37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses.....1 2 3 4 5 6
- 38. Os nossos projectos para o futuro..... 1 2 3 4 5 6
- 39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação..... 1 2 3 4 5 6
- 40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação.1 2 3 4 5 6
- 41. O aspecto físico do meu cônjuge.....1 2 3 4 5 6
- 42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico.....1 2 3 4 5 6
- 43. As características e hábitos do meu cônjuge.....1 2 3 4 5 6
- 44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos 1 2 3 4 5 6

Anexo K - Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), de Zimet et al., 1988, traduzida por Carvalho, et al., 2011

- 1 Há uma pessoa especial que se encontra próximo quando necessito;
- 2 Há uma pessoa especial com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas;
- 3 A minha família tenta ajudar-me verdadeiramente;
- 4 Tenho a ajuda emocional e o apoio que necessito da minha família;
- 5 Tenho uma pessoa que é verdadeiramente uma fonte de conforto para mim;
- 6 Os meus amigos realmente procuram ajudar-me;
- 7 Posso contar com os meus amigos quando algo corre mal;
- 8 Posso falar dos meus problemas com a minha família;
- 9 Tenho amigos com quem posso partilhar as minhas alegrias e tristezas;
- 10 Há uma pessoa especial na minha vida que se preocupa com os meus sentimentos;
- 11 A minha família está disponível para me ajudar a tomar decisões;
- 12 Posso falar dos meus problemas com os meus amigos.

Anexo L - Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), de Ribeiro, et al., 2012

Família: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

- 1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
- 2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?
- 3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

Amigos: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

- 1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
- 2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?
- 3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

Anexo M - Versão Portuguesa da Escala de Florescimento Humano (FS)

II – FS - Apresentam-se seguidamente 8 frases com as quais pode concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 7 para, à frente de cada frase, indicar o seu grau de concordância com a mesma. Responda fazendo uma cruz (X) em cima do número que considerar adequado.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Fortemente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Não Discordo Nem Concordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Fortemente
1	2	3	4	5	6	7
1 Levo uma vida com objectivos e significado						
2 Os meus relacionamentos sociais apoiam-me e recompensam-me						
3 Estou envolvido e interessado nas minhas actividades diárias						
4 Contribuo activamente para o bem-estar e a felicidade dos outros						
5 Sou capaz e competente nas actividades que são importantes para mim						
6 Sou uma boa pessoa e levo uma vida boa						
7 Sou optimista a propósito do futuro						
8 As pessoas respeitam-me						

Anexo N - Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (EPDS)

Nome: Data: Idade do bebé: Pontuação: Aplicador da escala:

Dado que teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias. Obrigado.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas.

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro.

Tanta como sempre tive

Menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

Sim, a maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Raramente

Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

Não, nunca

Quase nunca

Sim, por vezes

Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

Sim, muitas vezes

Sim, por vezes

Não, raramente

Não, nunca

6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.

Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

Sim, quase sempre

Sim, por vezes

Raramente

Não, nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Raramente

Não, nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

Sim, quase sempre

Sim, muitas vezes

Só às vezes

Não, nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

Sim, muitas vezes

Por vezes

Muito raramente

Nunca

