

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Dissertação

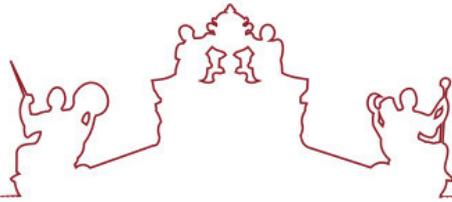
**Saúde Mental no puerpério: Experiências de mulheres -
mães da ULSBA**

Solange Pereira Fernandes da Silva

Orientador(es) | M. Sim-Sim

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Dissertação

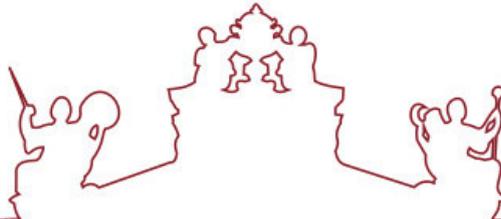
**Saúde Mental no puerpério: Experiências de mulheres -
mães da ULSBA**

Solange Pereira Fernandes da Silva

Orientador(es) | M. Sim-Sim

Évora 2022





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Otilia Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais |

Carina Isabel Martins Rodrigues (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo) (Arguente)

M. Sim-Sim (Universidade de Évora) (Orientadora)

Évora 2022



Agradecimentos

À orientadora, Professora Doutora Margarida Sim-Sim agradeço o incentivo e motivação iniciais, a calma, apoio e orientação incansável ao longo do trabalho.

Aos profissionais dos cuidados primários da ULSBA a disponibilidade e aceitação do estudo. Às grávidas e puérperas que aceitaram participar, sem as quais seria impossível este estudo. À minha colega Enfermeira Úrsula Carvalho o impulso para acabar este ciclo de estudos.

Ao meu colega Enfermeiro Carlos Almeida o exemplo e aconselhamento.

Em especial, aos meus filhos pela paciência, carinho e amor mesmo em momentos difíceis; ao meu marido por acreditar em mim; aos meus pais pela determinação de prosseguir sempre mais; à minha irmã pelo incentivo e apoio.

Resumo

TÍTULO: Saúde Mental no Puerpério. Experiências de Mulheres-Mães da ULSBA

Introdução. A depressão pós-parto está subvalorizada nos cuidados de saúde. Desconhece-se na ULSBA a representação nas utentes.

Objetivo. Descrever o risco de depressão pós-parto em mulheres residentes no distrito de Beja.

Método. Estudo quantitativo, exploratório, transversal. Aplicado questionário online, com variáveis sociodemográficas, obstétrico-puerperais, escala sobre experiência de nascimento e de risco de depressão. Foram acautelados os princípios éticos.

Resultados. Dados recolhidos durante a pandemia Covid-19 revelaram 17-19,5% das puérperas residentes no distrito de Beja tinham risco de desenvolver um quadro depressivo. Cada unidade incremental de satisfação com o parto, associa-se uma redução de depressão de 2.98. O planeamento da gravidez é preditor para baixa tendência de depressão. Os preditores são concordantes com investigações anteriores. Identificação precoce do quadro depressivo e orientação das mulheres que apresentam risco elevado para serviço especializado, beneficiará a saúde da mulher.

Conclusão. O estudo reflete elevada prevalência no risco de depressão. É importante utilizar instrumentos para identificar casos.

Descritores (DeCS): Depressão Pós-Parto; Parto; Período Pós-Parto; Aleitamento Materno; Tocologia; Enfermeiras Obstétricas

Abstract

TITLE: Mental Health in the Puerperium. ULSBA Mother-Women Experiences

Introduction. Postpartum depression is undervalued in health care. The representation of these patients is unknown to ULSBA.

Objective. Describe the risk of postpartum depression in women living in Beja district.

Method. Quantitative, exploratory, cross-sectional study. Online questionnaire was applied, with sociodemographic, obstetric-postpartum variables, childbirth experience questionnaire and risk of depression. Ethical principles were taken into care of.

Results. Data collected during Covid-19 pandemic showed that 17-19.5% of women living in Beja district were likely to develop a depression condition. Each incremental unit of satisfaction with childbirth is associated with reduction of PPD of 2.98. Pregnancy planning is a predictor for low tendency towards depression. The predictors agree with previous investigations. Early identification of depressive conditions and the orientation of women at high risk for specialized services will benefit women's health.

Conclusion. The study reflects a high prevalence in the risk of depression. It's important to use instruments to identify cases.

Descriptors (DeCS): Depression; Postpartum; Parturition, Postpartum Period; Breast Feeding; Midwifery; Nurse Midwives.

Índice

INTRODUÇÃO	11
PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DE PARTO	15
1.1.A DOR NO TRABALHO DE PARTO.....	16
1.2.O CONTATO PELE-A-PELE IMEDIATO	17
1.3.A VULNERABILIDADE DA PARTURIENTE EM ÉPOCA COVID	18
2.A EXPERIÊNCIA DO PÓS-PARTO	20
2.1.ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA - ALEITAMENTO MATERNO	21
2.2.ALEITAMENTO MATERNO EM FASE DE PANDEMIA.....	22
2.3.FADIGA PARENTAL NO PUERPÉRIO.....	23
3.DEPRESSÃO PÓS-PARTO	25
3.1.CONCEITO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	25
3.2.DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO MUNDO.....	26
3.3.DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PORTUGAL	27
3.4.FATORES ASSOCIADOS A DEPRESSÃO PÓS-PARTO	28
4.MODELO DE ENFERMAGEM DE MERCER	30
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	32
1.MÉTODO	33
1.1.OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	33
1.2.TIPO DE ESTUDO	33
1.3.POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
1.4.INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	34
<i>Dados Sociodemográficos</i>	35
<i>Dados da Vigilância da Gravidez e do Trabalho de Parto</i>	35
<i>Escala de Experiência de Parto (CEQ)</i>	35
<i>Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)</i>	36
1.5.PROCEDIMENTOS	37
1.6.ASPETOS ÉTICOS	38
2.ANÁLISE DOS DADOS	39
2.1.CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	39
2.2.CARATERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES NOENQUADRAMENTO DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	40
2.3.CARATERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	42
2.4.CARATERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO À SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO.....	44
2.5.CARATERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO AO RISCO DEDEPRESSÃO PÓS-PARTO	46
2.6.ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO EVARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	48
2.7.DEPRESSÃO PÓS-PARTO E VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS	51
2.8.DEPRESSÃO PÓS-PARTO E CARATERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO	51
2.9.PREDITORES DO RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	53
3.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
3.1.CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	55
3.2.ENQUADRAMENTO DA EXPERIÊNCIA NO PERÍODO GRAVIDICO-PUERPERAL.....	56
3.3.AS CARATERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO	60
3.4.SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO.....	63
3.5.RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO	64
3.6.RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO <i>VERSUS</i> O CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO	66
3.7.RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO <i>VERSUS</i> O CONTEXTO GRAVIDICO-PUERPERAL E CARATERÍSTICAS DO RECÉM-	

NASCIDO	68
3.8.PREDITORES DO RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO NAS MULHERES UTENTES DA ULSBA	68
4.CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	85
<i>Apêndice A: Enquadramento do campo onde decorre a investigação</i>	<i>86</i>
<i>Apêndice B: Pesquisa na BD Medline no browser PubMed sobre Prevalência de DPP</i>	<i>89</i>
<i>Apêndice C: Questionário de recolha de dados</i>	<i>90</i>
<i>Apêndice D: Parecer Comissão de Ética da Universidade de Évora</i>	<i>95</i>
<i>Apêndice E: Pedido de aprovação do estudo na ULSBA</i>	<i>96</i>
<i>Apêndice F: Parecer da Comissão de Ética da ULSBA</i>	<i>103</i>
<i>Apêndice G: Apresentação do projeto nas 13 unidades de saúde familiar na comunidade da ULSBA</i>	<i>104</i>
<i>Apêndice H: Flyer de divulgação do projeto aos utentes da ULSBA</i>	<i>108</i>
<i>Apêndice I: Análise exploratória dos dados</i>	<i>109</i>
<i>Apêndice J: Peso dos RN no estudo atual e dados do INE 2021</i>	<i>126</i>

Índice de Tabelas

TABELA 1	TESTE DE NORMALIDADE DA VARIÁVEL RISCO DE DPP	109
TABELA 2	TESTE DE NORMALIDADE DA VARIÁVEL RISCO DE DPP NORMALIZADA	111
TABELA 3	SUMÁRIO DOS CASOS	112
TABELA 4	CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DPP.....	112
TABELA 5	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ITENS DA ESCALA DPP.....	112
TABELA 6	TESTE DE NORMALIDADE DA VARIÁVEL SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DE NASCIMENTO	113
TABELA 7	SUMÁRIO DOS CASOS	116
TABELA 8	CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA CEQ.....	116
TABELA 9	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ITENS DA ESCALA CEQ.....	116
TABELA 10	TESTE DE NORMALIDADE DA VARIÁVEL SATISFAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO	117
TABELA 11	TESTE DE NORMALIDADE DA VARIÁVEL SATISFAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO NORMALIZADA.....	117
TABELA 12	SUMÁRIO DOS CASOS	120
TABELA 13	CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO	120
TABELA 14	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS ITENS DA ESCALA SATISFAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO	120
TABELA 15	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS ENTRADAS NA REGRESSÃO	121
TABELA 16	ESTATÍSTICAS DAS VARIÁVEIS CATEGORIAIS	121
TABELA 17	CORRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEL DEPENDENTE E PREDITORAS	122
TABELA 18	VARIÁVEIS ENTRADAS E REMOVIDAS DO PROCEDIMENTO STEPWISE	123
TABELA 19	SUMÁRIO DO MODELO OBTIDO AO 3º PASSO	123
TABELA 20	RESULTADO ANOVA DO MODELO DE REGRESSÃO	123
TABELA 21	PREDITORES AO 3º PASSO	123
TABELA 22	VARIÁVEIS EXCLUÍDAS DO MODELO DE REGRESSÃO	124
TABELA 23	DIAGNÓSTICO DE COLINEARIDADE.....	124

Índice de Figuras

FIGURA 1 ESTRUTURA TEÓRICA DO ESTUDO E INTERVENÇÃO AMACOMPRI	30
FIGURA 2 ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDADE EM PORTUGAL E CONCELHOS DO BAIXO ALENTEJO EM 2001 E 2021.....	87
FIGURA 3 GRÁFICO Q-Q EXIBINDO A DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NA VARIÁVEL RISCO DE DPP	109
FIGURA 4 GRÁFICO Q-Q COM OS DESVIOS DA NORMAL NA VARIÁVEL RISCO DE DPP.....	109
FIGURA 5 HISTOGRAMA DA DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL RISCO DE DPP	110
FIGURA 6 CAIXA DE BIGODES DA VARIÁVEL RISCO DE DPP	110
FIGURA 7 DIAGRAMA DE CAULES E FOLHAS DA VARIÁVEL RISCO DE DPP	111
FIGURA 8 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NA VARIÁVEL CEQ EM GRÁFICO Q-Q	113
FIGURA 9 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NA VARIÁVEL CEQ EM GRÁFICO Q-Q COM OS DESVIOS DA NORMAL	113
FIGURA 10 HISTOGRAMA DA DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL CEQ	114
FIGURA 11 CAIXA DE BIGODES DA VARIÁVEL CEQ	114
FIGURA 12 DIAGRAMA DE CAULES E FOLHAS DA VARIÁVEL CEQ	115
FIGURA 13 HISTOGRAMA DA DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL SATISFAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO.....	117
FIGURA 14 GRÁFICO Q-Q EXIBINDO A DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NA VARIÁVEL SATISFAÇÃO COM ALEITAMENTO MATERNO.....	118
FIGURA 15 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NA VARIÁVEL SATISFAÇÃO COM ALEITAMENTO MATERNO EM GRÁFICO Q-Q COM OS DESVIOS DA NORMAL	118
FIGURA 16 CAIXA DE BIGODES DA VARIÁVEL SATISFAÇÃO COM ALEITAMENTO MATERNO	119
FIGURA 17 HISTOGRAMA DOS RESÍDUOS DA VD APROXIMAM-SE DA DISTRIBUIÇÃO NORMAL	125

INTRODUÇÃO

Durante a gravidez, parto e pós-parto a mulher sofre mudanças hormonais, físicas, emocionais e psicológicas. As alterações ocorrem no mundo interior da mulher, nos seus relacionamentos familiares, laborais e sociais. O momento do parto e os seus detalhes ficam gravados na memória da mulher. É um momento com muitas emoções. A experiência de parto e a dor percebida nesse momento vão condicionar a vinculação mãe-bebe, o aleitamento materno (AM), o contato pele-a-pele, o estado de saúde mental no pós-parto, a saúde reprodutiva futura e até o desenvolvimento do bebe (Shiva et al., 2021).

Por outro lado, o AM provoca total dependência nutricional e emocional da mãe. O forte vínculo afetivo entre a mãe e o bebe é muito importante para o sucesso do aleitamento materno (Kalarikkal & Pflighaar, 2022). A Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselha e promove o aleitamento materno exclusivo (AME) como forma de nutrição para todos os bebês desde o nascimento até pelo menos 6 meses de idade. A mesma organização recomenda o AM em complemento com outros alimentos até aos 2 anos ou mais. O AM confere inúmeros benefícios para a saúde da mãe e do bebe e é fundamental para o desenvolvimento da criança em todos os aspetos.

Com a pandemia de Covid 19, as pessoas tiveram de se adaptar a uma nova forma de viver, com mais medo e incertezas. Os serviços de saúde alteraram algumas praticas de cuidados (por exemplo maior higienização, distanciamento, uso de máscaras, restrição de visitas, etc.). Todas estas mudanças aumentaram a ansiedade da mulher grávida ou puérpera (Ding et al., 2021).

No pós-parto imediato, a mãe apresenta oscilação de emoções que vão desde alegria e contentamento até tristeza e crises de choro intenso. Esses sentimentos de tristeza são chamados de *baby blues*. A fadiga e exaustão materna neste período são frequentes e muito limitativos para o papel parental (Senol et al., 2019).

Cerca de uma em cada sete mulheres pode desenvolver depressão pós-parto (DPP) e perto de metade das DPP não são diagnosticados por causa do conflito de sentimentos da puérpera (Mughal et al., 2022). O funcionamento do cérebro materno está condicionado na DPP. Há também o medo do preconceito em que a revelação pode levar à falta de apoio (Mughal et al., 2022).

Este é um assunto real, mas pouco explorado. Em Portugal, existe um manual para profissionais de saúde para a promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância desde 2005, com algumas linhas orientadoras para a prática. A OMS em 2013, no plano de acção 2013-2020 para a saúde mental fez um apelo para os programas de saúde nacionais, regionais e locais

tratarem a saúde mental da grávida e puérpera (WHO, 2021). Contudo, no relatório do Conselho Nacional de Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS) de 2019, a descrição da proporção de números de depressões em Portugal não distingue DPP das restantes depressões detetadas nos cuidados de saúde primários, o que supõe que não é detetada nem identificada esta patologia nessa fase específica do pós-parto (Saúde, 2019). Dada toda a importância deste assunto torna-se pertinente abordar a questão da saúde mental no puerpério e relacioná-la com a experiência de parto e com o AM.

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia (EESMO) tem um importante papel no cuidado da grávida, parturiente, puérpera e sua família ao longo das consultas, internamentos e domicílio. Desta forma, O EESMO pode detetar, encaminhar e cuidar das mulheres com desvios na sua saúde mental nesta fase de vida com tantas implicações psicológicas.

A questão central da atual investigação é: **“Qual o risco de depressão pós-parto nas mulheres residentes no distrito de Beja?”**

É objetivo geral da atual investigação: Descrever o risco de DPP em mulheres residentes no distrito de Beja.

O questionário que as utentes responderam a partir das 4-6 semanas pós-parto tinha a EPDS para avaliar o risco de depressão, questões de caracterização geral de dados sociodemográficos, questões sobre o internamento e trabalho de parto (TP), AM e o CEQ que foi desenvolvido para estudar as perceções das mulheres sobre o primeiro trabalho de parto e parto.

É imperativo avaliar o número de mulheres com risco de DPP para prevenir este flagelo. Só podemos tratar aquilo que se conhece. Também é fundamental relacionar a depressão com possíveis fatores no parto e na amamentação para minorar esta situação ao implementar medidas corretivas de certas atitudes que promovem a depressão na mulher.

O presente estudo foi realizado na região do Baixo Alentejo em Portugal, com as grávidas do distrito com partos na maternidade de Beja, no primeiro semestre de 2022. Pelas suas características, encontra-se no Apêndice A a caracterização sumária do enquadramento do campo onde decorre a investigação. Representa também uma tese de dissertação de natureza científica para obtenção de grau de mestre no curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna da Universidade de Évora.

Este trabalho de dissertação está organizado em quatro partes. No início está a introdução onde se apresenta o tema, com uma breve justificação sobre a pertinência do mesmo. Na parte I apresenta-se o enquadramento teórico, onde se abordam conceitos importantes para o estudo e

se aprofunda o tema da experiência de parto, amamentação e DPP contextualizada numa época de covid 19, no Baixo Alentejo. Na parte II descreve-se o estudo empírico, com a apresentação da metodologia, análise de dados e a discussão dos resultados. Por fim, apresentam-se as conclusões, onde se resumem os principais resultados e depois as referências bibliográficas. Como complemento ao texto apresento alguns apêndices. Este documento encontra-se redigido de acordo com a norma APA (APA,2020), adequada a trabalhos académicos.

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO DE PARTO

As mulheres passam por mudanças físicas, psicológicas e socioculturais durante a gravidez, parto e pós-parto que podem afetar sua saúde e bem-estar, bem como a saúde e o desenvolvimento do bebê. Além das mudanças corporais visíveis, existe uma transição de expectativas de vida, de papéis, de experiências, que possuem repercussões na saúde mental da mulher. A OMS considera que a saúde mental materna é prioridade global (WHO, 2021, 2022). Contudo nos programas de saúde dos países desenvolvidos constata-se que este tópico é pouco relevante na assistência clínica à mulher que se encontra no período gravídico- puerperal (UNFPA/WHO, 2008; WHO, 2021). De facto, parece existir pouca literatura acerca do impacto do parto nas alterações psicológicas maternas (Rodríguez-Almagro, 2019).

O parto é descrito como uma experiência multifacetada. Durante o trabalho de parto, a sensação de segurança, de controle, um nível de dor tolerado, o apoio de acompanhante, a disponibilidade de profissionais empáticos e percebidos como tecnicamente competentes, além de informações sobre a evolução e o envolvimento da mulher na tomada de decisões contribuem para a experiência do parto positivo. Contrariamente, intervenções não planejadas ou não explicadas (por exemplo o aumento de ocitocina, a decisão para parto instrumental ou cesariana, a necessidade de cuidados intensivos neonatais) estão associadas à insatisfação materna (Bell & Andersson, 2016; Dencker et al., 2010; Rodríguez-Almagro, 2019; Shiva et al., 2021). Assim, o conhecimento dos fatores que afetam a satisfação materna é importante para melhorar a assistência ao parto.

A OMS define uma experiência de parto positiva como uma experiência que atende ou excede as expectativas pessoais e socioculturais prévias (WHO, 2018b). Este tipo de experiência contempla o nascimento de um bebê saudável em ambiente seguro, com continuidade de apoio prático e emocional de acompanhante(s) e pessoal clínico empático e competente (Rodríguez-Almagro, 2019; Shiva et al., 2021). Pelo contrário, a experiência de parto negativa está associada a um impacto negativo na amamentação, no vínculo com o bebê, um aumento da DPP, futuras interrupções da gravidez, preferência por cesariana em partos futuros e maiores taxas de suicídio (Shiva et al., 2021). A mulher fica perturbada por longo período e por vezes pela vida fora (DGS, 2005, 2015; WHO, 2018b), tornando imperioso medir o efeito das intervenções na experiência do parto.

Por vezes no pós-parto, abrem-se traumas ou feridas emocionais difíceis de resolver, que resultam de solidão e desilusão por expectativas prévias, atingindo por vezes estados depressivos (Martínez-Galiano et al., 2019; Rodríguez-Almagro, 2019). Nesta época de

pandemia por covid 19 este sentimento de solidão foi aumentado pelas medidas muitas vezes impostas pelos serviços de saúde e os resultados de revisão sistemática de literatura mostraram que a prevalência de DPP foi elevada durante o COVID-19 (Fernandes et al., 2022; Safi-Keykaleh et al., 2022; Tsuno et al., 2022). O bem-estar psicológico materno não é rotineiramente avaliado nos cuidados pré-natais e por outro lado, embora seja recomendada, a avaliação na figura paterna é rara (DGS, 2005; Kumar et al., 2018). A avaliação do bem-estar paterno não é realizada na sala de partos (Hughes et al., 2020), mas é fundamental atender ao bem-estar desta figura e implementar intervenções que promovam a transição para a paternidade. De facto, só com políticas de cuidados e procedimentos adequados dos profissionais se consegue minimizar experiências negativas do parto (Dekel et al., 2020; Hughes et al., 2020; Shiva et al., 2021) e se diminuem riscos. No contexto da mãe depressiva, há limitações para o desenvolvimento da criança (Bell & Andersson, 2016).

Mais de uma em cada quatro mulheres com trabalho de parto difícil descrevem sintomas de transtorno de stress pós-traumático (Czarnocka & Slade, 2000), que inclui pensamentos, imagens negativas, distanciamento do bebé, humor depressivo (Dikmen-Yildiz et al., 2018; Hughes et al., 2020). Cerca de 30% das mulheres percebem o seu parto como ameaçador ou traumatizante durante o pós-parto recente e aproximadamente 10% das mulheres experimentam sintomas de stress pós-traumático (Grundström et al., 2022).

A segurança e a qualidade do serviço oferecido às parturientes e seus familiares é um fator que dificulta as opções quanto ao local de parto (Hildingsson et al., 2021). Viagem longa até ao hospital de apoio pode causar piores resultados de saúde para mulheres e bebés, em particular se acrescem estradas perigosas, más condições climáticas e/ou partos na estrada sem assistência profissional qualificada (Hildingsson et al., 2021). Esta é por vezes a situação das grávidas no Baixo Alentejo.

1.1.A DOR NO TRABALHO DE PARTO

A dor é de facto um fenómeno duplo: físico (objetivo) e psicológico (subjetivo) (Labor & Maguire, 2008). A componente subjetiva é influenciada pelo contexto sociocultural (Makvandi et al., 2018). A dor no TP, como as outras dores, inicia-se na transdução, transmissão e modulação (Kovavisarach, 2004). A dor do TP é originada a partir da contração uterina e causa a dilatação cervical, é chamada por dor visceral que ocorre durante o primeiro e segundo período do TP (Labor & Maguire, 2008). Este alongamento do colo excita aferentes nociceptivos do segmento inferior T10-L1. Depois a dor atinge estiramento dos órgãos

pélvicos vizinhos – períneo e vagina – dor somática. Manifesta-se durante a descida do feto e ao longo do período ativo do TP. A dor nesta fase é referida aos dermatômos supridos pelos mesmos segmentos da medula espinhal que recebem estímulos dos órgãos pélvicos S2-S4, L1 e L2 (Labor & Maguire, 2008).

No sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, “a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública” e a Sociedade Americana de Dor estabeleceram orientações para a mensuração e registo da dor. A dor foi considerada como o “5º sinal vital” na mesma ordem como a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura. Ao medir consegue-se avaliar o alívio da dor de TP após as intervenções tais como: analgesia farmacológica e não farmacológica. O alívio da dor do TP promove conforto materno e controle do stress provocado pelo mesmo.

Para alívio da dor, a EESMO pode implementar intervenções nesse sentido: programa de preparação para o parto e parentalidade, para que a grávida fique familiarizada com os métodos disponíveis para esta fase por exemplo. Por outro lado, a EESMO pode promover a presença do acompanhante que reduz muito o nível de dor de TP (Labor & Maguire, 2008).

O programa de parto normal fisiológico foi implementado em hospitais amigos da mãe do Irã a partir de 2008. Nesse local, foram implementados alguns métodos não farmacológicos de alívio da dor no TP. Concluiu-se que a implementação completa do programa de parto normal fisiológico pode reduzir a gravidade da dor do parto (Makvandi et al., 2018).

Por outro lado, a dor no TP e pós-parto influencia os sintomas agudos e de longo prazo da DPP (Lim et al., 2020). É por isso fundamental a gestão do alívio da dor em TP para diminuir o risco de DPP.

1.2.O CONTATO PELE-A-PELE IMEDIATO

Entende-se contato pele-a-pele o ato de deitar o RN (recém-nascido) despido, em decúbito ventral, sobre o peito ou abdômen materno/paterno. A primeira hora após o nascimento é um período sensível para a díade mãe/bebê. Esse tempo deve ser protegido através de procedimentos que o respeitem, desfazendo as rotinas do funcionamento dos serviços que prejudicam esse momento (Widström et al., 2019). A OMS recomenda esta prática ainda na sala de partos, durante o internamento hospitalar e até aos 2 a 3 meses de vida do RN. Estimula a parte sensorial do RN (olfato, toque e o calor), o início precoce da amamentação entre outros benefícios (WHO, 2018b, 2022).

O contato pele-a-pele também pode ser chamado de Kangaroo Mother Care. Devido ao seu funcionamento simples e alta eficiência, é amplamente utilizado no cuidado de RN. Ensaios clínicos comprovam que o contato pele-a-pele pode melhorar a situação do RN ao melhorar a vinculação mãe-filho, favorecer a recuperação da temperatura corporal do RN, acelerar o metabolismo e regular níveis de glicose sanguínea do RN e manter a respiração do RN (Lubbe et al., 2020; Zheng et al., 2022). Por outro lado, o contato pele-a-pele pode também melhorar a condição materna através do alívio do stress do parto, evitar a DPP, promover a lactação, aumentar a frequência de AM, facilitar a involução uterina e diminuir dor no pós-parto (Rodríguez-Almagro, 2019).

As *guidelines* em Portugal, descritas na orientação da DGS 026/2020 atualizada a 27/10/2021, sobre o contato pele-a-pele de RN de mãe suspeita de infeção por covid 19 sublinhavam que o **contacto a pele-a-pele** deve ser ajustado à condição da mãe. Desde que a mãe esteja consciente dos benefícios desta técnica, superiores ao risco potencial de transmissão da doença; desde que ela manifeste vontade de o fazer; e desde que a mesma seja capaz de cumprir as regras de higiene e etiqueta respiratória (higiene das mãos, tronco e utilização de máscara) é de proporcionar este momento à díade mãe/bebe (DGS, 10/2021). Porém, na fase pandémica, o contacto pele-a-pele nem sempre foi realizado nas rotinas hospitalares

Nestas mesmas orientações técnicas da DGS recomendava-se a manutenção do alojamento conjunto, mas tal não foi retomado senão no início de 2022. De facto, a pratica frequente era a de separar o recém-nascido (internado na neonatologia), da sua mãe se suspeita ou com covid 19 positivo (internamento de medicina covid).

1.3.A VULNERABILIDADE DA PARTURIENTE EM ÉPOCA COVID

As condições locais e a fase de pandemia, trouxeram modificações substanciais no atendimento das parturientes. O primeiro caso de COVID-19 confirmado e anunciado foi em Wuhan foi a 8 de dezembro de 2019. A doença tomou uma escalada mundial e a OMS reconheceu a situação como de pandemia mundial a 11 de março de 2020.

De 2019 a 2021 muitas maternidades, hospitais e unidades de cuidados de saúde na comunidade reorganizaram os serviços para diminuir a deslocação das grávidas às instituições de saúde, por forma a protegê-las da infeção. O uso de máscara tornou-se obrigatório em Portugal, desde Janeiro de 2020 com a orientação nº 003/2020 da DGS, nas instituições de

saúde até ao momento atual (Orientação nº003/2020 de 30/01/2020 Prevenção e Controlo de Infecção por novo Coronavírus). As consultas de vigilância de gravidez mantiveram-se em alguns locais, mas as classes de preparação para a parentalidade e parto (CPPP) foram canceladas ou passaram transmissão remota, como na região do Baixo Alentejo.

A orientação da DGS 18/2020 atualizada a 27 outubro de 2021 é no sentido de proporcionar a presença de acompanhante no atendimento pré-natal (consultas e ecografia), nos serviços de urgência, sala de parto e internamento pós-parto (DGS: *Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020 Covid-19: Gravidez e Parto*). No entanto, mantiveram-se muitas restrições, como por exemplo na restrição da presença do pai nas consultas de vigilância pré-natal, no internamento, parto e no internamento pós-parto. Algumas destas garantias só reassumidas no segundo semestre de 2022.

A população em geral, mas especialmente as grávidas e os utentes com antecedentes psiquiátricos demonstraram maior vulnerabilidade durante a pandemia (Nam et al., 2021). Este dado tem muita relevância, dado que a ansiedade pré-natal tem importantes implicações materno-fetais. É previsível em condições não problemáticas, ocorrer uma ansiedade típica da gravidez (Huizink et al., 2004) e consideram alguns autores que se associa a partos prematuros, restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), complicações obstétricas, tendo também efeitos direta ou indiretamente no crescimento e desenvolvimento da criança (Ding et al., 2021).

Na fase da pandemia, as grávidas mais vulneráveis à ansiedade foram aquelas com menor tempo de trabalho, baixo rendimento, com maior nível de preocupação e com menor acesso a informação sobre a COVID-19 relativamente a contágio e complicações para si e para o bebé. Além destes, foram fatores associados à ansiedade, as medidas hospitalares mais restritivas e o isolamento no parto, pós-parto e amamentação (Esteban-Gonzalo et al., 2021). Estudo em mulheres indianas mostra que maior número de semanas de gestação, habilitações literárias mais baixas, domicílio na periferia de cidades, menor perceção de apoio social eram preditores significativos de ansiedade pré-natal por COVID-19 (Tikka et al., 2021). São, porém, poucos os estudos que investigam o nível de ansiedade e seus fatores influenciadores em grávidas (Ding et al., 2021), mas reconhece-se que são necessárias medidas de intervenção psicológica para as grávidas, para as ajudar a ultrapassar este período especial de pandemia com segurança e tranquilidade (Fan et al., 2021).

2.A EXPERIÊNCIA DO PÓS-PARTO

O período pós-parto ou “quarto estágio do TP”, tem, para melhor compreensão e sistematização do conhecimento, três fases distintas, mas que ocorrem em continuidade. O pós-parto inicial ou agudo, reporta-se às primeiras 6 a 12 horas depois do nascimento. É um momento agudo, pois as modificações orgânicas são grandes e rápidas, acrescentando risco se o organismo não responde de maneira normal. A segunda fase, com duração de 2 a 6 semanas, quando têm lugar mudanças hemodinâmicas, recuperação geniturinária, metabolismo e estado emocional. A terceira fase, também chamada pós-parto tardio. Nesta última fase, que se estende até 6 meses é pouco frequente ocorrerem patologias relacionadas com a reprodução (Romano et al., 2010). Outros autores definem os tempos puerperais com outra sistematização, considerando o período desde a expulsão da placenta até às seis ou oito semanas seguintes, desta forma: a) período pós-natal imediato, consiste nas primeiras 3 horas, quando o risco de hemorragia é elevado; b) período pós-natal precoce que corresponde à primeira semana após o nascimento (7 dias pós-parto), quando o risco de infecção puerperal e hipertensão são elevados e c) período pós-natal tardio que se estende até à 6 ou 8ª semanas depois do nascimento (Schrey-Petersen et al., 2021).

Enfrentar o pós-parto e tornar-se mãe, é uma experiência desafiadora, particularmente no caso do primeiro filho, ainda que os bebês e as mães sejam saudáveis e em nenhuma fase tenha havido desvios de saúde. Não só em termos fisiológicos, mas também nas esferas psico-socio-familiares as modificações puerperais são variadas. Estabelece-se por vezes um desequilíbrio entre a expectativa criada para a auto-imagem materna e o sentimento de não conseguir corresponder a essa imagem de acordo com os parâmetros psico-socio-familiares de tornar-se mãe.

Em estudo qualitativo da década de 90, a análise de conteúdo dos discursos maternos, revela o que o autor denominou “conspiração do silêncio” sobre a maternidade real. Tal surgiu do sentimento de pouca preparação das mulheres para dar resposta às exigências do cuidar infantil. Acrescia a enorme fadiga que experimentavam, a carência de tempo e de espaço para si mesmas, quando a realidade do cuidar a criança existia durante as 24 horas do dia (McVeigh, 1997). Em fase de pandemia, as experiências maternas sofreram ainda maior alteração, pois o sentido de responsabilidade foi intensificado. A intranquilidade instalou-se, pois, existia alguma incerteza e desconfiança nas orientações dos organismos de saúde quanto ao Covid-19 (Gray & Barnett, 2022).

A maior figura de apoio das puérperas parece ser o companheiro/marido. Apesar dos profissionais de saúde (i.e., parteiras e enfermeiras) serem referidas também como apoio no pós-parto, parece ser insuficiente as atividades que na gravidez têm como finalidade a promoção da confiança, segurança para o trabalho de parto e puerpério (Gray & Barnett, 2022; McVeigh, 1997). Ainda que abordados os temas durante a gravidez nas CPPP, as exigências nos cuidados ao RN e amamentação, por vezes, levam a mãe à depressão.

2.1.ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA - ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno (LM) é o alimento mais apropriado às necessidades do RN para assegurar um crescimento e desenvolvimento saudável do bebê. Por um lado, é o ideal em termos nutricionais, hídricos e energéticos para o RN. Por outro lado, confere uma proteção imunológica e genética do lactente (Walker & Bee, 2013). Em estudos clínicos o LM provou ser um fator que protege o RN da diarreia, otite média, asma, alergia, obesidade, diabetes e certos tipos de cancro. Há países em que o LM é tão importante que reduz as taxas de mortalidade infantil até aos 2 anos. (Agostoni et al., 2009; Bhatt, 2021; Flannery & Puopolo, 2021; Kyle et al., 2020; Organization, 2022; Vassilopoulou et al., 2021). A composição do LM é complexa. Para além dos nutrientes em quantidade e qualidade ajustada para um bom crescimento infantil, também possui elementos como os fatores imunológicos e microrganismos que enriquecem o viroma. Desta forma, o LM fortalece o sistema imunitário do bebê de forma inequívoca (Aiman et al., 2021; Powell, 2022).

A OMS e a ESPHGAN (*Sociedade Europeia de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica*), incentivam o LME durante os primeiros 6 meses de vida do bebê. Estas instituições ainda recomendam que mesmo com a introdução dos alimentos o AM continue até aos 2 anos ou mais (Agostoni et al., 2009; Organization, 2022).

A produção de leite é regulada pelo hipotálamo materno e pelas hormonas produzidas pela glândula pituitária. A ocitocina e a prolactina são as principais hormonas que desempenham o papel da produção de leite e do reflexo saída de leite da mama. A manutenção da lactação segue um padrão autónomo em que a sucção do bebê e o esvaziamento da mama são os principais fatores que regulam o fluxo de leite pela ação do fator inibidor da lactação. Existem fases distintas na lactogénese. A lactogénese I inicia-se mesmo durante a gravidez, prepara o tecido mamário para produzir leite. A lactogénese II começa após o parto, com a queda rápida da progesterona (Tauber, 2021).

O primeiro leite é o colostro, que fica disponível após o parto. O colostro é rico em proteínas, sódio e imunoglobulinas. Após 30 a 40 horas pós-parto, a composição do leite muda por um aumento de lactose (Kalarihkkal & Pfehhaar, 2022; Levy, 2012).

Os fatores que influenciam positivamente o AM são: alojamento conjunto, contato pele-a-pele nas primeiras 2 horas após o parto, pega adequada, estado de alerta do bebê, reflexo de sucção ativo. Embora a lactação seja um processo natural, a mãe necessita de apoio e educação para o posicionamento e pega adequados. (Kalarihkkal & Pfehhaar, 2022). Depois da alta hospitalar, o AM deve ser apoiado nos cuidados de saúde comunitária. Podem surgir complicações que devem de ser detetadas o mais cedo possível (má pega, mastites, abscessos, candidíase mamária, fissuras, dúvidas maternas, perceção errada de pouco leite etc.).

De acordo com a revisão bibliográfica, as principais causas do abandono do LM são: a falta de motivação da mãe para o AM, o choro do bebê, a perceção da mãe que tem pouco leite ou que o seu leite é “fraco” ou ainda que o RN não fica “satisfeito”, que o bebê tem “fome” (Kalarihkkal & Pfehhaar, 2022). Estas ideias podem ser melhoradas com o apoio dos profissionais de saúde na gravidez durante as consultas de saúde materna e nas CPPP, no pós-parto nas consultas de saúde infantil. Um consultor de lactação deve proporcionar confiança e uma atitude positiva à mãe. Empoderar a puérpera é fundamental. Quando as mães recebem apoio de alguém competente para ultrapassarem as dificuldades conseguem manter o AM durante mais tempo. A presença de distúrbios pós-parto, como depressão e psicose pós-parto, pode dificultar o AM. (Kalarihkkal & Pfehhaar, 2022; Rodríguez-Almagro et al., 2019).

2.2.ALEITAMENTO MATERNO EM FASE DE PANDEMIA

A legislação portuguesa apoia o AM desde há vários anos (Lei 4/84 de 5 abril; Decreto-Lei 220/99 de 16 de junho; Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro; Lei n.º 15/2014, de 21 de março; Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro; Resolução da Assembleia da República n.º 15/2020 de 10 de março; Portaria n.º 244/2021 de 9 de novembro). Contudo, durante os anos de pandemia por Covid-19, durante o internamento hospitalar, ocorreu a separação da díade, quando suspeita de infeção. Surgiram preocupações sobre se o vírus SARS-CoV-2 poderia ser transmitido da mãe positiva, para o RN através do leite (Bhatt, 2021). Esta questão foi investigada por vários grupos. Desses estudos não se concluiu que o leite humano transmita SARS-CoV-2 (Bhatt, 2021; Powell, 2022). Aliás, depois de não se ter detetado RNA viral tanto em colostro como no leite maduro, em numerosos estudos com

mulheres com infecção aguda por SARS-CoV-2, sugere que esta não é a via de transmissão desta infecção. A principal via de transmissão de covid 19 é a inalação de gotículas respiratórias contaminadas. Contudo a infecção pode ainda ser transmitida pela via fecal, oral e transplacentária, e em menor risco através de superfícies contaminadas (Powell, 2022). A OMS recomenda que os RN não sejam isolados de mães infetadas por SARS-CoV-2 e que o AM seja estabelecido e não interrompido, mas com uso correto de máscara e etiqueta respiratória (Powell, 2022; Pérez-Bermejo et al., 2021).

No leite de mulheres recuperadas de COVID-19, identificaram-se anticorpos IgA e IgG para SARS-CoV-2, há por isso a suspeita de benefícios imunológicos específicos para estes bebés que fazem LM (Szczygiół et al., 2022; Vassilopoulou et al., 2021). A IgA específica, entre outros anticorpos, permanece no LM de mães infetadas/imunizadas por pelo menos sete meses (Bardanzellu et al., 2021).

Existe a intenção de a ULSBA se candidatar à acreditação de Unidade Local de Saúde Amiga dos Bebés (ULSAB). A acreditação da instituição como *baby-friendly* traria inúmeros benefícios à população e aos profissionais em geral (UNICEF, 2022).

2.3.FADIGA PARENTAL NO PUERPÉRIO

O conceito de fadiga pós-parto (FPP) é estudado desde há algum tempo, mas os autores ainda não são consensuais. Contudo inclui a menor capacidade de atividade física e mental, sentimento prolongado de pouca energia e problemas de concentração (Aaronson et al., 1999; Henderson et al., 2019). A FPP, frequentemente retratada pela mãe, significa cansaço, exaustão e pode afetar a saúde materno-infantil. O cansaço é progressivo, desde o período pós-parto precoce, vai aumentando pela amamentação e pelos cuidados com o bebé. Cerca de 60% a 64% das puérperas experimentam FPP, o que afeta sua saúde (Senol et al., 2019).

A FPP pode provocar nas figuras parentais a perceção de baixa competência nos cuidados (Qian et al., 2021). A FPP possui outros efeitos no organismo da mulher, observando-se alterações na produção de ocitocina salivar (Shishido et al., 2019), estando associada a menor produção láctea e assim abandono precoce do AM (Qian et al., 2021; Senol et al., 2019).

Profissionais de saúde, principalmente enfermeiras e EESMOs, podem ajudar as mães a vivenciar um puerpério mais saudável, sendo importante que sejam conhecedoras dos fatores que aumentam a FPP (Qian et al., 2021; Senol et al., 2019).

Qian et al (2021) reforça que a FPP é afetada por muitos fatores, como idade materna, escolaridade, depressão prévia, aumento das necessidades metabólicas, hormonas, anemia, disfunção da tiroide, cardiomiopatia, nutrição, náuseas, vômitos, ingestão de álcool, tabagismo e tipo de personalidade. Além disso, a duração do AM, tipo de parto, cicatrização da ferida/episotomia e fatores físicos como dor e amamentação podem levar à FPP.

A FPP não é DPP, mas pode levar à DPP. De facto, apontam alguns estudos que a FPP precoce, ocorrendo cerca dos 7 dias após o parto, está associado à depressão cerca dos 28 dias, ou seja, manifestações depressivas cerca das 4 semanas (Bozoky & Corwin, 2002). São fatores amenizadores da FPP, o exercício físico, programas de educação perinatal, alívio da dor no parto, contato pele a pele mãe-bebê, hidroterapia, aromaterapia e terapia do riso (Qian et al., 2021).

3.DEPRESSÃO PÓS-PARTO

3.1.CONCEITO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a DPP é identificada, quando uma pessoa tem um episódio depressivo maior ainda durante a gravidez ou até quatro semanas após o parto (Mughal et al., 2022). A DPP é diagnosticada quando durante pelo menos duas semanas, cinco ou mais sintomas depressivos estão presentes dos seguintes sintomas: humor deprimido, falta de interesse, insônia ou hipersônia, retardo ou agitação psicomotora, inutilidade ou culpa, falta de energia ou fadiga, ideação ou tentativa suicida e pensamentos recorrentes de morte, falta de concentração indecisão e mudança de peso ou apetite (mudança de peso de 5% durante 1 mês) (Adeyemo et al., 2020; Mughal et al., 2022). Por outro lado, na décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o início pós-parto é definido dentro de 6 semanas após o parto. Na CID-10, a depressão é classificada como leve, moderada ou grave (Mughal et al., 2022).

Há outros autores que afirmam que a DPP pode começar a qualquer momento no primeiro ano após o parto e continuar por vários anos (Wang et al., 2021a).

A DPP afeta a mãe, o pai e o bebê. A mãe pode desenvolver o transtorno depressivo crônico se não for tratada a tempo. Mesmo se tratada, a DPP pode ser um risco para futuros episódios de depressão major. Para o pai isso também pode ser um fator precipitante de depressão. Já os filhos de mães que têm depressão não tratada podem desenvolver problemas comportamentais e emocionais, tais como: atraso no desenvolvimento da linguagem e desenvolvimento cognitivo, habilidades motoras atrasadas, problemas de sono, dificuldades alimentares, choro excessivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Mughal et al., 2022; (Lim et al., 2020). Estes bebês apresentam também hormonas de stress elevadas. Lim et al (2020) continua a descrever que as mudanças epigenéticas e modelos neurobiológicos de regulação do comportamento emocional estão implicados durante os primeiros 1.000 dias de vida; as capacidades de regulação da atenção que acionam as redes do tronco cerebral e do sistema límbico são afetadas neste sentido (Lim et al., 2020).

Este quadro na vida de uma família com um RN é dramático e há autores que descrevem o desespero, a irritabilidade, diminuição da libido e sentimentos de isolamento das mães. Quanto mais rápida for a ajuda especializada, melhor será a recuperação do bem-estar

familiar. Por vezes, as mulheres não querem assumir esta situação por preconceito social, ou a DPP é confundida com a FPP relacionada com os cuidados ao RN.

3.2. DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO MUNDO

Entendendo a prevalência como a proporção ou número total de casos, numa dada população, num determinado período temporal, realizou-se uma busca rápida na base de dados PubMed®. Aplicou-se um conjunto de descritores, construindo a equação booleana:

((("Depression, Postpartum"[Mesh]) OR "Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) AND (((("Postpartum Period"[Mesh]) OR "Postnatal Care"[Mesh]) OR "Perinatal Care"[Mesh])) AND ("Prevalence"[Mesh]).

Foi assim possível, no estudo atual compreender o quanto é comum a DPP em determinadas zonas geográficas, de acordo com o Apêndice B.

Os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de inaptidão das pessoas nos países ocidentais (Organization, 2013). Portugal revela uma prevalência de doenças psiquiátricas das mais elevadas da Europa (Carvalho et al., 2017).

No pós-parto, por vezes as mulheres sentem tristeza e choro. Esses sentimentos são chamados de "*baby blues*" e tendem a diminuir nas primeiras duas semanas depois do parto (Mughal et al., 2022). Cinquenta a oitenta por cento das mulheres experimentam "baby blues" transitório, 0,1 a 0,2% das mulheres experimentam psicose pós-parto geralmente nas primeiras quatro semanas a seguir ao parto (Lim et al., 2020).

A probabilidade de surgirem episódios depressivos pode ser duas vezes maior do que em outros momentos da vida de uma mulher, e muitas vezes não são tratados (Wang et al., 2021).

A DPP pode afetar cerca de uma em cada sete mulheres (Bell & Andersson, 2016; Mughal et al., 2022). Já Wang et al (2021) afirma que a depressão pós-parto foi encontrada em 17,22% da população mundial (Wang et al., 2021). Outros autores como Adeyemo et al (2020) diz que atinge entre 10-15% das mães em todo o mundo (Adeyemo et al., 2020). O mesmo autor relata ainda que a prevalência de DPP é três vezes maior em países em vias de desenvolvimento em comparação com países desenvolvidos (Adeyemo et al., 2020). Taxas de prevalência variadas foram observadas em regiões geográficas com a taxa mais alta encontrada na África Austral (39,96%) (Wang et al., 2021). A análise dos dados mostra que o desenvolvimento e riqueza do país ou região influenciam este

fenómeno e que o mesmo está subestimado e subdiagnosticado (Adeyemo et al., 2020; Wang et al., 2021).

A incidência de depressão é particularmente comum entre mulheres em idade fértil (Andersson et al., 2006; Cho et al., 2022).

3.3. DEPRESSÃO PÓS-PARTO EM PORTUGAL

Em Portugal, é a região do Alentejo e do Centro que registam maior proporção de doentes com perturbações de ansiedade e depressão como se pode constatar na tabela 1.

Tabela 1 Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, entre os utentes inscritos em cuidados de saúde primários (%), por região em saúde 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Perturbações depressivas						
Norte	5.42	6.61	8.03	8.86	9.23	9.83
Centro	6.88	7.88	9.06	9.73	10.29	11.14
Lisboa e Vale do Tejo	3.71	5.23	5.74	6.63	7.50	8.00
Alentejo	6.05	7.23	8.74	9.62	10.30	11.13
Algarve	2.40	3.34	4.43	5.04	5.69	6.79
Portugal Continental	5.34	6.85	8.01	8.98	8.69	9.32
Perturbações da ansiedade						
Norte	3.34	4.16	5.08	5.65	6.00	6.46
Centro	4.27	4.94	5.79	6.32	6.74	7.35
Lisboa e Vale do Tejo	1.88	2.79	3.21	3.81	4.45	4.96
Alentejo	4.14	4.97	6.04	6.70	7.20	7.86
Algarve	1.44	2.09	2.96	3.45	3.95	4.71
Portugal Continental	3.51	3.77	4.49	5.07	5.54	6.06

Fonte: adaptado de (Carvalho et al., 2017)

A mortalidade em pessoas com doença mental está associada com uma fase aguda de doença (depressão major e perturbação bipolar). Esta situação é devido ao suicídio e é relativamente baixa. Quanto à distribuição regional, continua a verificar-se maior mortalidade por suicídio na região do Alentejo (Carvalho et al., 2017).

Considerando a DPP, observa-se que numa revisão de estudos (Wang et al., 2021b) é identificada uma prevalência de 18.28 (12.57-25.81) no conjunto de quatro estudos portugueses. Nos estudos citados foram abordadas mulheres utentes nos seguintes enquadramentos de cuidados: a) Maternidade Júlio Dinis, no Porto, aos 2-3 meses pós-parto, aplicando-se a EPDS (>12), observando-se prevalência de 17.6% (Figueiredo et al., 2007); b) Unidade de Saúde do Porto, com amostra de 124 mulheres no 1-3º dia pós-parto

e ao 3º mês pós-parto, aplicada a EPDS (não informa o cut-off), score médios estavam abaixo dos pontos de corte da EPDS (Figueiredo et al., 2014); c) Serviços públicos do Norte recrutadas 334 mulheres entre 3-6 meses pós-parto, aplicado EPDS (≥ 10) prevalência de 7.33% nas mulheres com AME e de 10.48% nas mulheres não- AME (Figueiredo et al., 2021); d) recrutadas na Maternidade Daniel de Matos em Coimbra, centro de Portugal, exibiam na EPDS (13.1%) uma prevalência de 16,4% às 6 semanas pós-parto, de 23,2% no 6-9º mês pós-parto (Alves et al., 2019).

Identificou-se ainda mais um estudo: a) em 352 mulheres urbanas de três maternidades do Porto, aos 2-5 meses pós-parto, com uma prevalência de 13.1% na EPDS (≥ 13) (Augusto et al., 1996); b) realizado com a participação de 207 mulheres, utentes da Maternidade Bissaya Barreto em Coimbra, revelando uma prevalência de 40.1% e 36.2%. Constatou-se ainda que em vários estudos, a EPDS é aplicada em grávidas (PadezVieira et al., 2022), mas a investigação atual não se ocupa desta fase do ciclo gravídico- puerperal. O fato de Portugal ser dos países da Europa com maior prevalência de depressão, o Alentejo ser das regiões do país com maior proporção de depressão e as mulheres em idade fértil terem maior incidência de depressão vem reforçar a pertinência deste estudo na população de puérperas do Baixo Alentejo.

3.4.FATORES ASSOCIADOS A DEPRESSÃO PÓS-PARTO

A patogénese da DPP pode surgir de fatores genéticos, hormonais, psicológicos e o stress da vida social, (Tan et al., 2021). Existem fatores de risco psicológico, risco obstétrico, sociais e de estilo de vida. As mulheres têm risco psicológico de ter DPP quando têm história de depressão e ansiedade, síndrome pré-menstrual, atitude negativa em relação ao bebé, relutância do sexo do bebé, entre outros (Tan et al., 2021). Nos fatores de risco obstétrico consideram-se as gravidezes de risco, grávidas com necessidade de internamento hospitalar e cesariana de emergência. O líquido amniótico com mecónio, prolapso de cordão umbilical, recém-nascido prematuro ou baixo e baixa hemoglobina estão associados à DPP (Tan et al., 2021).

Como fatores sociais, considera-se a carência de apoio social, a gravidez adolescente, ou a violência doméstica na forma de abuso sexual. Nos estilos de vida, como fatores

associados, encontra-se o consumo de álcool ou tabagismo na gravidez, hábitos alimentares e sono desregrado também concorrem para a DPP (Tan et al., 2021).

Por outro lado, o papel das hormonas reprodutivos no comportamento depressivo sugere fisiopatologia neuroendócrina para DPP. Esta situação é devida a alterações de múltiplos sistemas biológicos e endócrinos, como o sistema imunológico, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e os hormônios lactogênicos (Mughal et al., 2022). Está descrito, por exemplo, que a vitamina B6 também está envolvida na DPP porque primeiro converte-se em triptofano e depois em serotonina. A serotonina por sua vez afeta diretamente o estado de humor (Mughal et al., 2022). Ainda durante a gravidez, no terceiro trimestre, e no pós-parto imediato, os sintomas depressivos estão associados a diminuição dos valores de ocitocina (Mughal et al., 2022). A mesma autora reforça que as mudanças repentinas nas hormonas reprodutivos como estradiol e progesterona após o parto podem ser o potencial agente de stress em mulheres suscetíveis de DPP. Na etiologia da DPP estão também as hormonas ocitocina e a prolactina. Com frequência descobre-se que o início da DPP é simultâneo com a diminuição da produção de leite (baixos níveis de prolactina), e por consequência diminuição da extração de leite (baixos níveis de ocitocina) o que resulta do desmame precoce indesejado.

Para diminuir os sintomas depressivos é aconselhado a prática de exercício físico. O exercício aumenta a autoestima, as endorfinas endógenas e opióides. A saúde mental, a capacidade de resolver problemas, a autoconfiança e a concentração são dessa forma melhoradas (Cepêda et al., 2006; Mughal et al., 2022).

4.MODELO DE ENFERMAGEM DE MERCER

O modelo de Ramona Mercer é uma concepção teórica com resultados na clínica. A percepção de autoeficácia no papel parental é um processo complexo, especialmente para as primíparas de bebês de termo (Vargas-Porras et al., 2021). A falta de habilidades provoca stress, ansiedade e coloca a recém mamã numa situação frágil, com risco de DPP (Vargas-Porras et al., 2021).

A teoria de Tornar-se Mãe de Mercer implica um compromisso vitalício de adaptações contínuas, à medida que a mãe enfrenta desafios na sua maternidade. Para uma mulher adquirir competências para cuidar do seu bebê e confiança na sua identidade como mãe, deve interagir e estabelecer uma ligação cada vez maior entre ela e o bebê (Mercer, 1981). Para Mercer, a construção do papel maternal está sob a influencia da sociedade (influências sociais, políticas e culturais), da comunidade (família alargada, a profissão/emprego, o apoio social, a crença religiosa) e mais importante - a família próxima e amigos íntimos (o pai, a mãe e o bebe), como está referido na figura 1(Mercer, 2004).

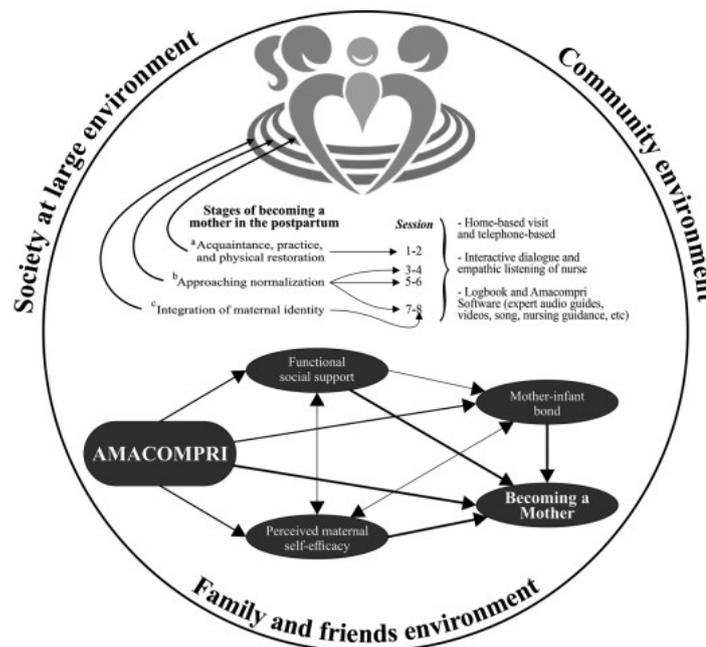


Figura 1 Estrutura teórica do estudo e intervenção AMACOMPRI

Fonte: (Vargas-Porras et al., 2021)

Mercer identifica 4 fases na construção do papel maternal (Mercer, 2004). A primeira fase na gravidez, com todas as expectativas da mulher sobre si mesma, ela estabelece o compromisso, o apego e a preparação.

A segunda fase inicia-se com o nascimento do bebê e vai até às 2-6 semanas pós-parto. O nascimento é de fato um momento crucial para a mulher sentir que entrou no papel parental (Slavazza et al., 1985). A mulher reflete sobre o sucedido durante o TP (Mercer, 1981). As experiências do parto positivo são por isso essenciais para uma maternidade positiva. Há puérperas que projetam o seu papel maternal futuro de acordo com a sua prestação no parto (Mercer, 1985). A mulher experimenta, nesta fase, as aprendizagens adquiridas, reflete sobre as suas expectativas na gravidez com a realidade, e dá-se o retorno à condição física anterior.

A terceira fase começa normalmente entre as 2 semanas e os 4 meses de vida do bebê, quando a mulher adequa o seu papel maternal com o seu estilo de vida.

A quarta e última fase, cerca dos 4 meses de vida após o parto, é a conquista da identidade parental. A mulher nessa fase sente satisfação pessoal e prazer consigo própria.

Os cuidados que a mulher recebe ao longo da gravidez, parto, pós-parto até ao primeiro ano de vida do RN condicionam a saúde da mãe e do bebê (Mercer, 1985). Por tudo isto, os EESMO são os profissionais que têm um papel mais marcante nas mulheres ao longo nesta situação (Mercer, 1981).

Num projeto realizado na Colômbia houve sucesso, com oito intervenções, onde ofereceram apoio à puérpera, de forma continuada, nos três estádios de “tornar-se mãe”, assim como aos amigos e família que interagem com a mulher (Vargas-Porras et al., 2021). As intervenções, realizadas em grupo de controle e grupo experimental, em primíparas, mostraram eficácia, evidenciando as mulheres maior capacitação nos cuidados, diminuindo o quadro de sintomatologia depressiva.

De facto, a aplicação de modelos teóricos na clínica, apesar de idealmente recomendados, e detalhadamente apresentados e escolarizados na fase de formação, não têm muita popularidade, face ao domínio da orientação biomédica que se mantém na enfermagem. Contudo, perante resultados como o experimento de Vargas-Porras et al (2021) mostra o grande potencial das ESMO, para dar resposta a problemas socialmente difíceis de aceitar pelas próprias mulheres. Problemas escondidos, que nem na clínica são revelados, ocultos na interação cliente-provedor, onde imperam os achados/dados físicos, furtivos na frase comum da chegada à consulta (i.e., “está tudo bem?”) e da partida (i.e., “está tudo bem!”). Conscientes desta carência, surge o estudo atual.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1.MÉTODO

A fase metodológica é o conjunto de atividades realizadas para responder às questões de investigação. Nesta parte do trabalho, apresentam-se os objetivos, as questões de investigação. Descreve-se o tipo de estudo, a população e a amostra, os instrumentos de recolha de dados. Reconhece-se o compromisso com os aspetos éticos e descrevem-se os procedimentos de recolha de dados (Polit et al., 2004).

1.1.OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação constitui a orientação essencial do estudo. Consideram alguns autores que a questão de investigação, é em sentido figurado, o farol de toda a pesquisa, já que ilumina o percurso a realizar (Sampieri, 2006). Neste estudo, a questão central da atual investigação é:

- **“Qual o risco de depressão pós-parto nas mulheres residentes no distrito de Beja?”**

É objetivo geral da atual investigação: Descrever o risco de DPP em mulheres residentes no distrito de Beja.

A partir da questão central, formularam-se as seguintes sub-questões:

- 1) Que relação existe entre o nível de risco de DPP e as variáveis sociodemográficas como idade, habilitações literárias, estado civil ou nacionalidade?**
- 2) Que relação existe entre nível de risco de DPP e as características do RN?**
- 3) Quais os melhores preditores de DPP nas mulheres residentes no distrito de Beja?**

1.2.TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo de corte transversal, exploratório quanto ao fenómeno em apreciação. Requer a análise exploratória dos dados através de estatísticas descritivas (frequências, proporções, média, moda, mediana, desvio padrão) e estatísticas inferenciais, no sentido de caracterizar a amostra através de operações como correlações, Anova one-way, t de student, regressão linear múltipla (RLM). É um estudo retrospectivo, pois orienta as participantes para a descrição de experiências ou perceções referidas a momentos anteriores (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2020).

1.3.POPULAÇÃO E AMOSTRA

A **população alvo** são as mulheres residentes na área de abrangência da ULSBA. É uma população abstrata, mas para a qual se generalizariam os resultados, no caso de a amostra ser aleatória.

As 352 mulheres que pariram no primeiro semestre de 2022 na unidade de saúde do Baixo Alentejo, constituíram a população acessível (Polit et al., 2004). Dentro da população acessível, determinou-se a população elegível da seguinte forma: aplicaram-se os critérios de inclusão (i.e., residentes no distrito de Beja, número de telefone/telemóvel atualizado, feto único, idade igual ou superior a 16 anos) e de exclusão (i.e., não saber ler ou escrever, não ter endereço eletrónico, partos gemelares).

Tendo por base orientações de autor que consideram 5-10 participantes por cada item do instrumento de recolha de dados (Field, 2018), o tamanho da amostra, de conveniência, foi calculado para uma estimativa entre 110 e 220 participantes. Acresceram-se 10% às 220 previstas, por razões de perdas, dados incompletos e abandono. Foram contactadas 247 utentes, das quais se retiraram quatro respostas que correspondiam a casos de gémeos, obtendo-se a disponibilidade 209. Destas, responderam a todas as questões 197, correspondendo a uma taxa de resposta de 79.8%. Nesta amostra de 197 participantes, utilizando-se a aplicação Calculator.net, identifica-se com um intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de cerca de 5% (i.e., 4.6%).

1.4.INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

No estudo atual foi utilizado um questionário. O questionário, é o instrumento formado pelo conjunto de variáveis e tem como finalidade a recolha de informação sobre os participantes (Fortin, 2009). Este tipo de instrumento, possui a vantagem de ser de fácil aplicação, desde que o participante saiba ler/escrever. Pode aplicar-se de forma presencial, ser enviado por correio postal ou correio eletrónico. As desvantagens do questionário incluem a diretividade das perguntas, a resposta condicionada a desejabilidade social e a taxa de não-resposta (Fortin, 2009; Polit et al., 2004).

O questionário foi construído no *goggle forms* (Apêndice C) e o link enviado por mail/telemóvel às puérperas, as potenciais participantes ou população elegível, depois de um contato telefónico. Na presente investigação a escolha desta via foi conveniente, dado que a população a quem dirigir estava definida e identificada, (Singh & Sagar, 2021), não correndo risco de perder-se no ciberespaço. Este tipo de questionário on-line tem

vantagens, nomeadamente, reduzida interferência do investigador, garantia de privacidade e anonimato no momento da resposta e gestão pessoal do momento e tempo de preenchimento. No entanto, esta via possui inconvenientes, tais como taxa de resposta dependente da satisfação com o serviço auferido, falta de dados em perguntas não obrigatórias, adiamento das respostas (Andrade, 2020). A pandemia trouxe maior utilização desta via pela acessibilidade (Singh & Sagar, 2021). Dada a geografia do Baixo Alentejo, um território vasto, acreditou-se que a opção on-line traria maiores possibilidades de resposta.

O instrumento de recolha de dados estava organizado em quatro secções: 1) dados sociodemográficos, 2) dados da vigilância da gravidez e do TP, 3) escala de experiência do parto (CEQ) e 4) escala de DPP de Edimburgo (EPDS).

Dados Sociodemográficos

A primeira secção era constituída por variáveis tais como: a idade da mulher, as habilitações literárias, o país de origem, o estado civil e a data e hora de admissão hospitalar e parto, o peso do RN.

Dados da Vigilância da Gravidez e do Trabalho de Parto

Nos dados relativos ao parto/gravidez abordou-se: a frequência do CPPP, o planeamento da gravidez, as complicações na gravidez, o sexo do bebé, o tipo de parto, o acompanhamento durante a dilatação e parto, o contato pele-a-pele e o AM intra-hospitalar (primeira hora, durante todo o internamento e complicações no AM) e no momento de resposta ao questionário.

Escala de Experiência de Parto (CEQ)

O CEQ que foi desenvolvido para analisar as perceções das mulheres sobre o trabalho de parto. O CEQ original, criado na Suécia em 2010, apresenta 22 itens em quatro domínios: *capacidade própria*, *segurança percebida*, *apoio profissional* e *participação*. As respostas são pontuadas usando uma escala tipo Likert de 4 pontos que varia de 4 (concordo totalmente), 3 (concordo parcialmente), 2 (discordo parcialmente) a 1 (discordo totalmente). Três itens referentes à dor do parto, sensação de segurança e controle são avaliados com escalas visuais analógicas (EVA). As pontuações das escalas EVA são transformadas em valores categóricos, 0–40 = 1, 41–60 = 2, 61–80 = 3 e 81–

100 = 4. Uma pontuação mais alta equivale a uma melhor experiência. Os itens com formulação negativa são revertidos, incluindo o item de dor depois de categorizado (item 3, 5, 8, 12,13, 18, 19 e 20). Pontuações mais alta equivale a uma melhor experiência.

A confiabilidade teste-reteste e a validade de critério do CEQ são tranquilizadoras e o modelo foi testado com uma análise fatorial confirmatória (Dencker et al., 2010; K. Walker et al., 2020). Foi solicitada permissão à autora original para a utilização no estudo atual, tendo-se obtido resposta positiva através de e-mail. A versão do CEQ (Dencker et al., 2010) encontra-se no prelo para publicação da validação em português. No estudo atual o coeficiente do alfa de Cronbach foi de .911.

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

A EPDS é um instrumento originalmente desenvolvido nos anos 80 para triagem de casos de DPP (Cox et al., 1987). Está traduzido e validada em variadíssimos idiomas (Cox et al., 2014). Em português foi validado nos anos 90 (Augusto et al., 1996). É um instrumento descrito pela Direção Geral de Saúde (DGS), como apropriado para indicar probabilidade de depressão, não exatamente para determinar a gravidade do quadro clínico (DGS, 2005). No enquadramento do manual “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância” a DGS entende a aplicação da EPDS como boas práticas dos profissionais de saúde, promovendo a saúde mental. Por outro lado, reconhecendo a prevalência da DPP entre 10-15%, voltou a recomendar a sua aplicação, no âmbito da consulta do puerpério, entre a 4^a e a 6^a semana pós-parto (DGS, 2015).

A EPDS é um instrumento específico para identificar quadro de depressão no período pós-natal. É constituída por 10 itens, todos categorizados em quatro posições, cotadas de 0 a 3, de acordo com o crescendo da gravidade dos sintomas. A formulação dos itens é, para exemplo, no item 8: “tenho-me sentido triste ou muito infeliz” (0=sim, quase sempre, 1=sim, muitas vezes, 2=raramente, 3=não, nunca).

O *score* obtém-se a partir da soma, após a reversão de itens 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. *Score* \geq 12 indica a probabilidade de depressão (DGS, 2005, 2015) e/ou o assinalar positivo do 10^o item (DGS, 2015) indica a necessidade de referenciação para a consulta de Psicologia. *Score* mais elevado indica maior probabilidade de DPP. No estudo atual, o valor do coeficiente do alfa de Cronbach foi de .862.

Lim et al (2020) diz que é importante ressaltar que a EPDS é uma ferramenta de triagem que não se destina a substituir o diagnóstico de depressão de um profissional de saúde mental; no entanto, a EPDS tem uma sensibilidade estimada de 80% para o diagnóstico de depressão. Por ser muito sensível, mas não tão específico quanto outros instrumentos, identifica quase todas as mulheres que estão deprimidas, mas também identifica algumas mulheres que não estão deprimidas; assim, na prática clínica, a EPDS é usada para encaminhar pacientes a um médico para avaliação com base no escore de escala (Lim et al., 2020).

A EPDS é um instrumento clínico, que não necessita pedido de permissão para utilização, ao autor original e/ou da versão portuguesa.

1.5.PROCEDIMENTOS

A lista de utentes com partos realizados entre 15 de Dezembro de 2021 e 30 de Junho de 2022 foi obtida a partir da intranet da ULSBA. Todas as utentes fora do distrito de Beja foram retiradas da lista. Entre as quatro e as seis semanas pós-parto, foi enviado uma mensagem eletrónica a apresentar o tema e a anunciar que seriam contactadas via telefone. Para cada utente foram feitas até três tentativas de contato para explicar o tema e obter o endereço eletrónico.

O questionário foi enviado às puérperas entre a 4^a e a 6^a semana pós-parto. O link do questionário eletrónico foi enviado através do mail institucional da investigadora para o endereço eletrónico da utente. Quando as utentes não respondiam ao questionário após terem disponibilizado o seu endereço eletrónico, eram enviadas até três mensagens telefónicas a lembrar com o *link* do questionário.

À medida que os questionários foram preenchidos, era avaliado o *score* da escala de Edimburgo, conforme a EPDS (DGS, 2005, 2015). Quando o *score* nessa escala era ≥ 12 e/ou a questão 10 era uma resposta positiva, realizava-se um contato telefónico para dar apoio à utente e para obter a sua autorização para encaminhar para os devidos profissionais da ULSBA.

A recolha de dados decorreu entre janeiro e 31 de agosto de 2022. Após todos os questionários respondidos foi enviada uma mensagem eletrónica a agradecer a participação das utentes no estudo.

Os dados foram tratados no IBM SPSS *Statistics*® (Versão 27).

1.6.ASPETOS ÉTICOS

O processo de recolha de dados, análise de resultados e elaboração escrita da dissertação, decorreu de acordo com o princípio da confidencialidade e proteção dos dados, com o compromisso de respeitar o direito à livre escolha de participação. As participantes preencheram uma declaração de consentimento informado antes de responderem o instrumento de recolha de dados, aplicando-se os princípios orientadores da declaração de Helsínquia (Doody & Noonan, 2016; Stockhausen, 2000). No âmbito da Enfermagem, o código deontológico, no artigo 85º sublinha que o profissional tem o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que a sua situação clínica for utilizada em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade (O.E., 2015). O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Universidade de Évora, tendo sido emitido parecer positivo em 3 de janeiro de 2022. Tem o registo 22005 nesta Comissão de Ética (Apêndice D).

Para aplicação do questionário, foi previamente feito um pedido de aprovação do estudo ao Concelho Clínico da Direção dos Centros de Saúde do Baixo Alentejo e ao Concelho de Administração da ULSBA (Apêndice E), onde foram explicados os objetivos e propósitos do estudo. O projeto foi ainda analisado pela comissão de ética da ULSBA (Apêndice F). Os enfermeiros gestores/em funções de chefia e os diretores clínicos de cada unidade de saúde familiar foram contactados de forma a apresentar o estudo e a solicitar um elemento para encaminhar as utentes em risco de depressão pós-parto identificados ao longo do estudo (Apêndice G). Foi enviado um *flyer* com a explicação sucinta do estudo para a divulgação do mesmo entre os profissionais e utentes (Apêndice H).

A recolha de dados teve início após a aprovação de todos os pedidos de autorização para a aplicação dos questionários.

2. ANÁLISE DOS DADOS

Uma vez concluída a recolha dos dados, é necessário descrevê-los, tornando o conteúdo claro para o leitor, de maneira a transmitir como o fenómeno em estudo se desenrolou na amostra. Recorre-se a várias técnicas estatísticas para descrição da amostra, das variáveis e da associação entre variáveis (Fortin, 2009). No estudo atual, a análise dos dados respeita a aplicação de pressupostos que são condicentes tanto com as condições da amostra, como com as operações a ela aplicadas.

2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Através de variáveis com características públicas, é possível traçar o retrato sociodemográfico das atuais participantes. As 200 participantes, todas residentes no distrito de Beja, tinham entre 16 e 47 anos, com média de 31.32 (DP=5.97) e moda e mediana de 31 anos. A grande maioria era de nacionalidade portuguesa (n=181; 90.5%), seguindo-se 10 (5.0%) do Brasil e 9 (4.5%) de outros países. Relativamente ao estado civil 156 (78.0%) declararam-se casadas, além de 42 (21.0%) referindo-se solteiras e duas (1%) divorciadas. As habilitações das participantes, apresentam-se na figura 2, destacando-se a maior parte (n=80; 40.0%) com o 12º ano, seguindo-se as licenciadas (n=55; 27.5%) e o 9º ano de escolaridade (n=37; 18.5%). Com formação do 2º nível do ensino superior, encontram-se 24 participantes (11.5%) doutoras e 23 [11.5%] mestres).

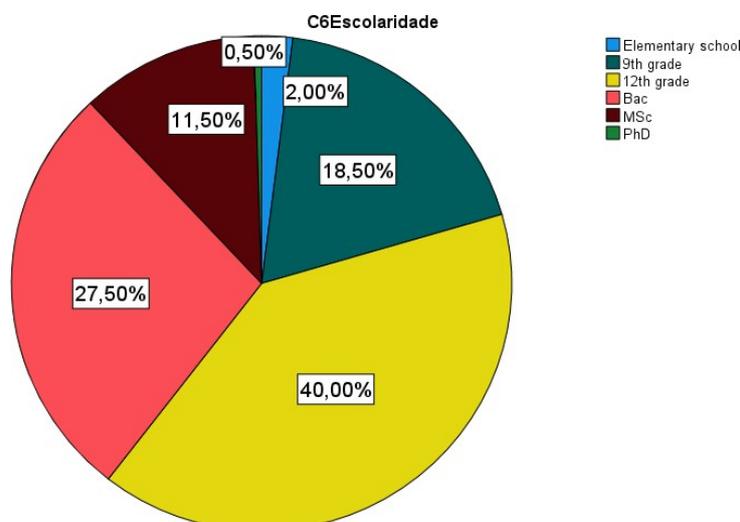


Figura 2 Habilitações académicas das participantes

2.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES NO ENQUADRAMENTO DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Das participantes 128 (64%) planejaram a gravidez e 100 (50%) frequentaram as CPPP. Relativamente ao tempo que mediou entre a admissão na maternidade e o parto, foi em média de 11.13 horas (DP=9.36), com limite inferior de 0.17 hora (10 minutos aproximadamente) e 56.47 horas (2 dias e 8 horas aproximadamente)

A presença de acompanhante no 1º estágio do TP ocorreu em 67 (33.2%) mulheres, observando-se que a maior parte (n=133; 66.5%) refere que isso não aconteceu. As participantes têm memória de dor durante o 1º estágio do TP que variou entre 0 e 100, com média 57.52 (DP=35.5).

A maioria das parturientes foi assistida pelo médico-obstetra (n=144; 72%) e 56 (28%) foram assistidas por EESMO. Durante o período expulsivo, ou seja, o 2º estágio do TP 107 (53.5%) mulheres reconhecem ter estado acompanhadas, enquanto 93 (46.5%), nega que tal tenha acontecido no seu caso. Relativamente ao tipo de parto, a categoria com maiores frequências está nas mulheres com parto vaginal/normal (n=93; 46.5%). Constata-se que as cesarianas ocorreram em 69 casos (34.5%), que somados ao parto vaginal instrumental (n=38; 19.0%), gera um total de 53.5% (n=107) partos distócicos. A representação percentual observa-se na figura 3.

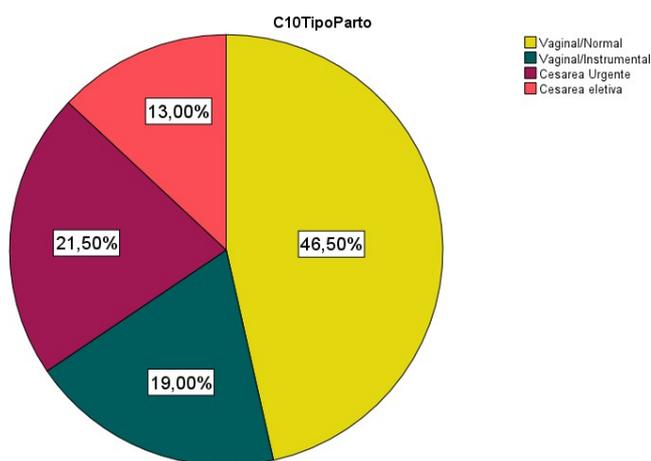


Figura 3 Proporção de partos de acordo com o tipo de parto

A maior parte das mulheres recorreu à maternidade nos dias de 3ª feira (n=49; 24.5%) e 4ª feira (n=37; 18.5%), conforme figura 4. Por outro lado, a maior parte dos partos ocorreu

num dia de semana de 4ª feira (n=42; 21.0%), seguindo-se a 3ª feira (n=34; 17.0%) (figura 5).

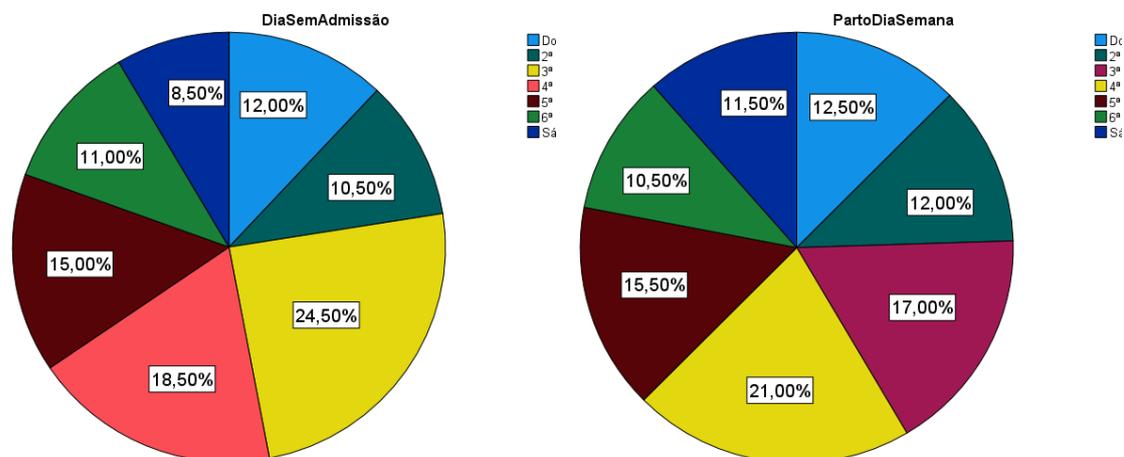


Figura 4 Representação dos dias de semana quanto à admissão na maternidade

Figura 5 Representação dos dias de semana quanto ao parto

Retirando-se da amostra as 26 cesarianas eletivas, constata-se que o maior número de partos ocorreu à 4ª feira (n=41; 23.6%), conforme pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2 Representação da ocorrência de partos de acordo com os dias da semana em que aconteceram

	Frequência	Proporção
Domingo	24	13.8
2ª Feira	20	11.5
3ª Feira	25	14.4
4ª Feira	41	23.6
5ª Feira	25	14.4
6ª Feira	19	10.9
Sábado	20	11.5
Total	174	100.0

Relativamente à hora do parto e mantendo fora da análise as cesarianas eletivas, após categorização, caso a caso, sobre a hora do nascimento, de acordo com o ritmo dos horários de trabalho de 8h, observa-se que a maioria dos nascimentos foi durante o período da tarde (n=80; 46.0%), enquanto nos turnos da manhã e noite o número de nascimentos é menor (tabela 3).

Tabela 3 Distribuição dos partos de acordo com os horários de trabalho de 8h

	Frequência	Proporção
Manhã [8-16h]	61	35.1
Tarde [16-24h]	80	46.0
Noite [0-8h]	33	19.0
Total	174	100.0

2.3. CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

A data de nascimento das crianças ocorreu entre 15 de dezembro de 2021 e 30 de junho de 2022. Os RN pesavam entre 2.125 e 5.120kg, com média de 3,26 Kg (DP=.419). Organizando-se os dados em categorias, observa-se a que tem mais casos está na classe [3.000-3.499Kg], conforme tabela 4.

Tabela 4 Peso dos RN

Peso em Kg	Frequência	Porcentagem
2.000-2.499	7	3.5
2.500-2.999	46	23.1
3.000-3.499	91	45.7
3.500-3.999	49	24.6
4.000-4.499	5	2.01
4.500-4.999	-	-
≥5.000	1	0.5
Total	199	100.0

Dos bebês nascidos das mães que se disponibilizaram para o estudo, a maior parte era do sexo feminino (n=104; 52.0%) comparativamente ao sexo masculino (n=96; 48.0%).

Nas variáveis que se seguem, somente responderam 199 participantes. O contacto pele-a-pele após o nascimento ocorreu em 112 (56.0%) mulheres e foi omitido em 87 casos (43.5%).

O AM na primeira hora de vida, foi realizado por 128 (64.0%) mulheres, enquanto 71 (35.5%) negam ter amamentado nesse espaço de tempo após o nascimento. Considerando ainda as 199 participantes que responderam à questão, a maior parte (n=138; 69.0%) refere que durante o internamento hospitalar o alimento ingerido pelo RN foi somente LM, enquanto com fórmula e aleitamento misto se encontram 30.5% (n=61), conforme tabela 5.

2.4. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO À SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO

Das 200 participantes, apenas 176 responderam a todos os itens da escala CEQ2. A satisfação com a experiência do parto apresentou uma média de 2.88 (DP=.586), com moda 3.27 e mediana 2.95, variando entre os limites 1.09 e 4, de acordo com tabela 7. As estatísticas descritivas do CEQ2, mostram uma distribuição assimétrica à esquerda ou assimétrica negativa, evidenciando uma cauda maior à esquerda, conforme figura 7.

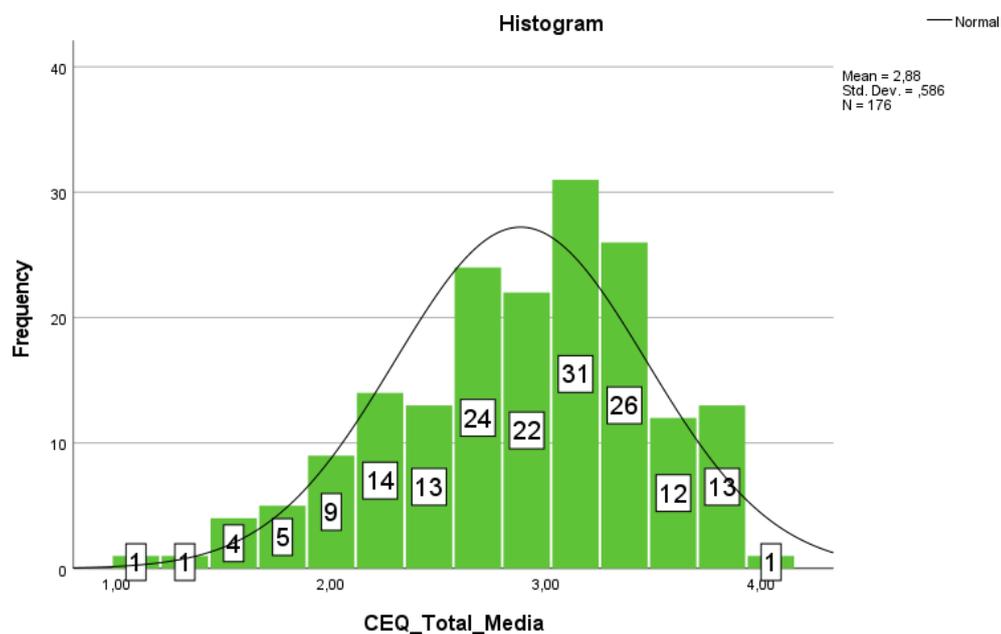


Figura 7 Histograma da distribuição da variável CEQ

A estatística do teste Shapiro-Wilk evidencia uma distribuição não-normal ($D(176)=.975$; $p=.003$). A caixa de bigodes apresenta um *outlier*, o caso 15, que se mantém por não ser severo.

Tabela 7 Resultados das percentagens das respostas ao CEQ

	Discordo Totalmente (n;%)	Discordo Muito (n;%)	Concordo Muito (n;%)	Concordo Totalmente (n;%)
1.O trabalho de parto e parto decorreram como eu esperava	40(20.6)	43(22.2)	78(40.2)	33(17.0)
2.Senti-me forte durante o trabalho de parto e parto.	15(8.5)	33(18.6)	72(40.7)	57(32.2)
3.Senti-me capaz durante o trabalho de parto e parto.	16(9.0)	39(22.0)	74(41.8)	48(27.1)
4.Senti-me feliz durante o trabalho de parto e parto.	18(10.2)	31(17.5)	79(44.6)	49(27.7)
5.Senti que lidei bem com a situação.	14(7.9)	22(12.4)	78(44.1)	63(35.6)
6.Senti-me cansada durante o trabalho de parto e parto*	31(17.5)	28(15.8)	77(43.5)	41(23.2)
7.Em geral durante o trabalho de parto, que nível de dor sentiu? Diga-nos um valor de 0 a 100* ※	54(30.5)	27(15.3)	48(27.1)	48(27.1)
8.Em geral, durante o trabalho de parto, que capacidade de controlo sentiu. Diga-nos um valor, entre 0 e 100. ※	40(22.6)	47(26.6)	39(22.0)	51(28.8)
9.Senti-me assustada durante o trabalho de parto e parto*	27(15.3)	43(24.3)	66(37.3)	41(23.2)
10. A noção com que fiquei sobre as competências da equipa fez com que me sentisse segura.	7(4.0)	21(11.9)	77(43.5)	72(40.7)
11.Tenho muitas recordações positivas do parto.	16(9.0)	30(16.9)	73(41.2)	58(32.8)
12.Tenho muitas recordações negativas do parto*	72(40.7)	46(26.0)	40(22.6)	19(10.7)
13.Algumas das recordações que tenho sobre o parto fazem-me sentir deprimida*	98(55.4)	41(23.2)	23(13.0)	15(8.5)
14.Em geral, durante o trabalho de parto, que nível de segurança sentiu. Diga-nos um valor, entre 0 e 100. ※	18(10.2)	34(19.2)	50(28.2)	75(42.4)
15.Tanto eu como o meu marido/companheiro fomos tratados de forma calorosa e com respeito.	9(5.1)	24(13.6)	63(35.6)	81(45.8)
16.Gostaria que o/a parteiro/a tivesse estado mais presente durante o trabalho de parto e parto*	67(37.9)	55(31.1)	30(16.9)	25(14.1)
17.Gostaria que a/o parteira/o me tivesse encorajado mais*	74(41.8)	47(26.6)	30(16.9)	26(14.7)
18. A/O parteira/o proporcionou um ambiente de tranquilidade.	16(9.0)	23(13.0)	63(35.6)	75(42.4)
19.A/O parteira/o ajudou-me a encontrar a força interior.	24(13.6)	28(15.8)	66(37.3)	59(33.3)
20.Gostaria que a equipa me tivesse ouvido mais, durante o trabalho de parto e parto*	78(44.1)	42(23.7)	37(20.9)	20(11.3)
21.Participei tanto quanto desejava nas decisões sobre os cuidados e tratamentos que recebi.	24(13.6)	44(24.9)	55(31.1)	54(30.5)
22.Recebi a informação que precisava durante o trabalho de parto e parto.	20(11.3)	30(16.9)	60(33.9)	67(37.9)

*Item a reverter

※Item apresentado em escala VAS; depois categorizado

2.5. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES QUANTO AO RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Ao analisar as estatísticas descritivas, através da caixa de bigodes, evidenciou-se a presença de quatro *outliers* (os casos 8, 21, 153, 176). No histograma (figura 8), constata-se assimetria à direita ou positiva, dado que existe maior concentração de valores na zona de valores mais reduzidos da amostra.

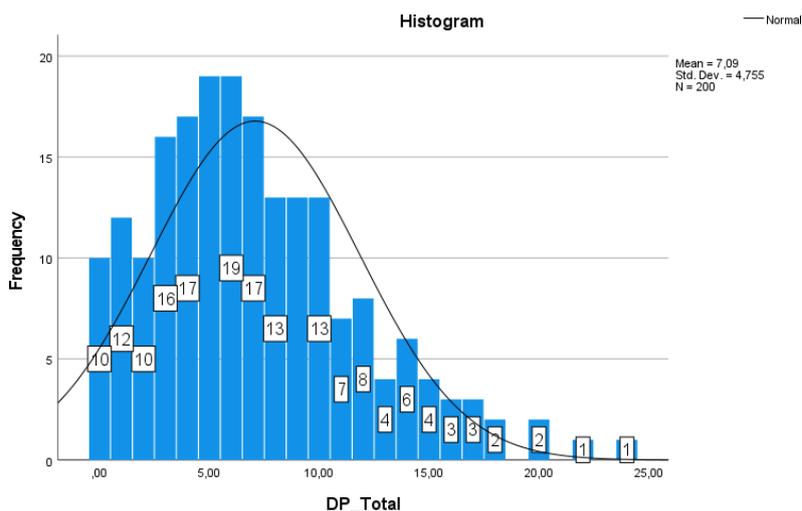


Figura 8 Histograma da variável Risco de DPP

O teste de normalidade Shapiro-Wilk, confirmava a não normalidade da distribuição da variável DPP ($p < .001$). Revela-se uma média ($M=7.08$; $DP=4.75$) maior que a mediana ($Me=6.00$) e esta maior que a moda ($Mo=5.00$). Os limites mínimo e máximo eram respetivamente 0 e 24.

A análise das respostas mostra que na maioria dos itens, as participantes referem sentimentos positivos.

Porém, com mais detalhe observa-se que no item 3, cerca de metade, de alguma forma, tem-se “sentido culpada sem necessidade quando as coisas correm mal” (total de 101 casos, ou seja 50%, na soma das categorias 0 e 1). No item 4, mais de 57,5% das participantes ($n=115$) refere que a ansiedade sem motivo, esteve presente “por vezes” ou “muitas vezes”. No item 5, mais de $\frac{1}{4}$ das participantes (59 ou 29.5%), referem que “muitas vezes” ou “por vezes” se têm sentido com medo, ou muito assustadas, sem grande motivo. Também no item 6 (tenho sentido que são coisas demais para mim) aproximadamente $\frac{1}{3}$ ($n=65$; 32.5%) reconhece algum nível de dificuldade em tomar resoluções. No item 9 (tenho-me sentido tão infeliz que choro) constata-se que o choro está presente, embora diferentes níveis, mas em 38.5% das participantes ($n=77$). Por fim

no item 10, constata-se que 13 participantes tiveram de alguma maneira pensamentos de autopunição (tive ideias de fazer mal a mim mesma), conforme tabela 8.

Tabela 8 Frequências e percentagens das respostas às categorias da EPDS

Itens	Categorias	n	%
1.Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas	0.Tanto como dantes	146	73.0
	1.Menos que dantes	48	24.0
	2.Muito menos que dantes	6	3.0
	3.Nunca	0	0
2.Tenho tido esperança no futuro	0.Tanta como sempre tive	178	89.0
	1.Bastante menos do que costumava ter	15	7.5
	2.Muito menos do que costumava ter	7	3.5
	3.Quase nenhuma	0	0
3.Tenho-me sentido culpada sem necessidade quando as coisas correm mal	0.Sim, a maioria das vezes	16	8.0
	1.Sim, algumas vezes	85	42.5
	2.Raramente	64	32.0
	3.Não, nunca	35	17.5
4.Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo	0.Não, nunca	33	16.5
	1.Quase nunca	52	26.0
	2.Sim, por vezes	94	47.0
	3.Sim, muitas vezes	21	10.5
5.Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo	0.Sim, muitas vezes	9	4.5
	1.Sim, por vezes	50	25.0
	2.Não, raramente	82	41.0
	3.Não, nunca	59	29.57
6.Tenho sentido que são coisas demais para mim	0.Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las	6	3.0
	1.Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes	59	29.5
	2.Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	87	43.5
	3.Não, resolvo-as tão bem como dantes	48	24.0
7.Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal	0.Sim, quase sempre	2	1.0
	1.Sim, por vezes	14	7.0
	2.Raramente	49	24.5
	3.Não, nunca	135	67.5
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz	0.Sim, quase sempre	0	0
	1.Sim, muitas vezes	22	11.0
	2.Raramente	69	34.5
	3.Não, nunca	109	54.5
9.Tenho-me sentido tão infeliz que choro	0.Sim, quase sempre	4	2.0
	1.Sim, muitas vezes	10	5.0
	2.Só às vezes	63	31.5
	3.Não, nunca	123	61.5
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma	0.Sim, muitas vezes	1	.5
	1.Por vezes	5	2.5
	2.Muito raramente	7	3.5
	3.Nunca	187	93.5
Total		200	100

Com pontuação igual ou maior que 12, encontram-se 17% das participantes que possuem probabilidade de vir a desenvolver um quadro depressivo no pós-parto, conforme mostra a figura 9. Contudo, se se aplicar a recomendação da DGS (DGS, 2005, 2015) que além de indicar a referenciação para consulta de psicologia sempre que score ≥ 12 , acrescenta o mesmo encaminhamento se o 10º item (Tive ideias de fazer mal a mim mesma), estiver assinalado positivamente, ou seja todas as mulheres que não respondem “nunca”, a representação da probabilidade de depressão sobe para 19,5% conforme figura 10.

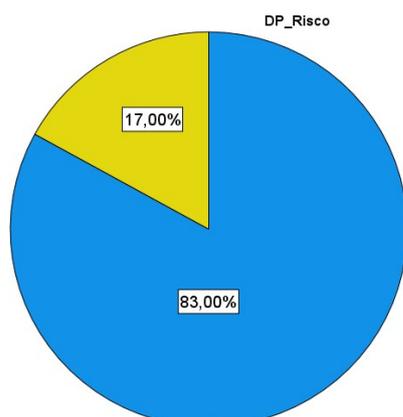


Figura 9 Proporção de risco de DPP com score ≥ 12

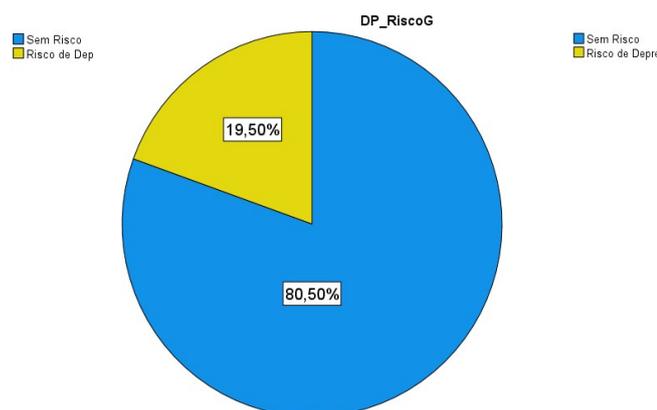


Figura 10 Proporção de risco de DPP com score ≥ 12 e item 10 concordante

2.6. ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Através um teste one way Anova, assegurado um teste de Levene com igualdade de variâncias ($p=.260$), realizou-se a observação dos scores DPP na variável normalizada de acordo com a nacionalidade. Observou não existirem diferenças significativas de acordo com a nacionalidade ($F_{(2,198)}=1.514$; $p=.223$), embora as participantes oriundas dos PALOP exibissem um score de DPP mais elevado, conforme a figura 11.

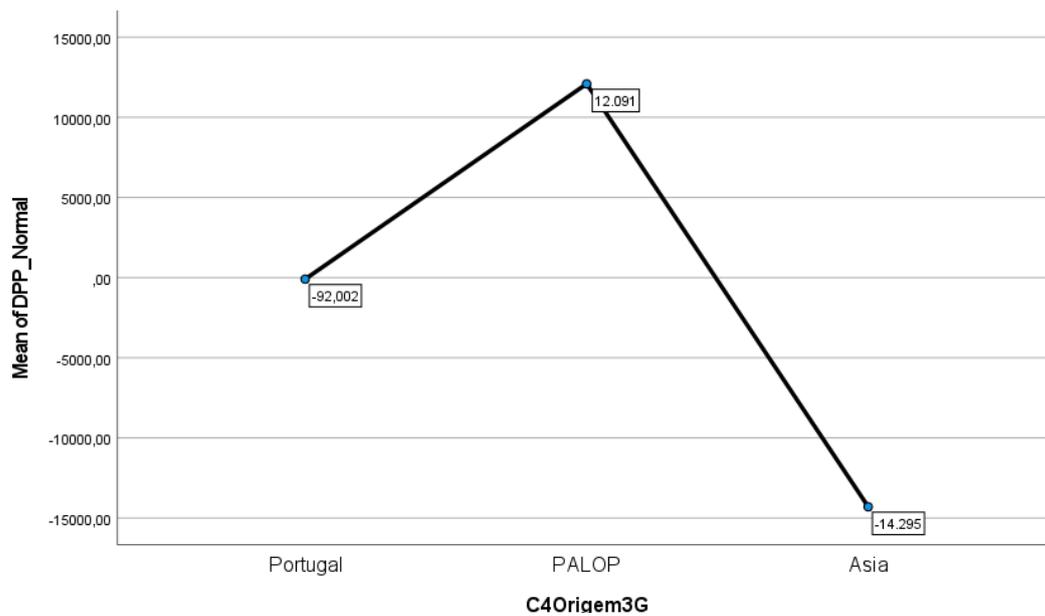


Figura 11 Media de DPP em variável normalizada de acordo com a nacionalidade

Analisou-se através de um teste Anova one-way, as médias de DPP das participantes de acordo com as suas habilitações literárias. A Anova revelou diferenças, embora não significativas ($F_{(4,198)}=.980$; $p=.420$), revelando as participantes com menor formação um *score* mais elevado de DPP (conforme figura 12). O teste de Levene mostrou igualdade de variâncias ($p=.236$).

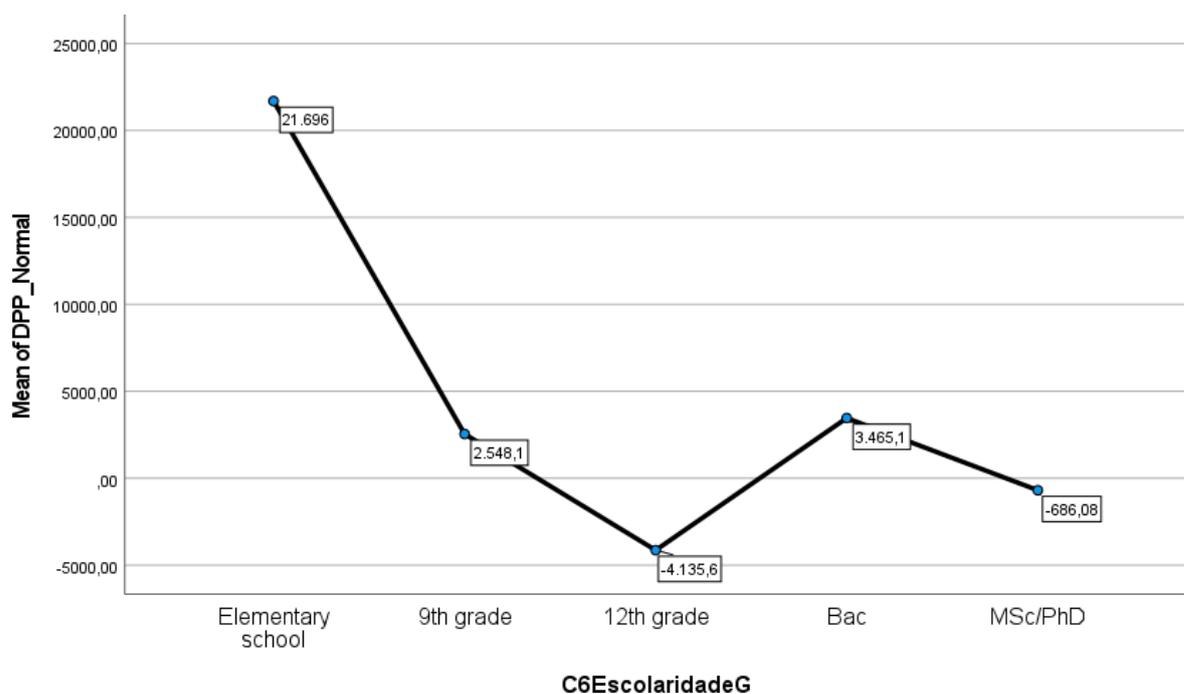


Figura 12 Media de DPP em variável normalizada de acordo com as habilitações literárias

Considerando a igualdade de variâncias ($p=.379$) na variável DPP normalizada, observou-se que apesar e nas mulheres divorciadas o *score* DPP ser mais elevado, as diferenças não são significativas, conforme o teste Anova one-way ($F_{(2,198)}=.160$; $p=.852$) exibindo-se a representação gráfica na figura 13.

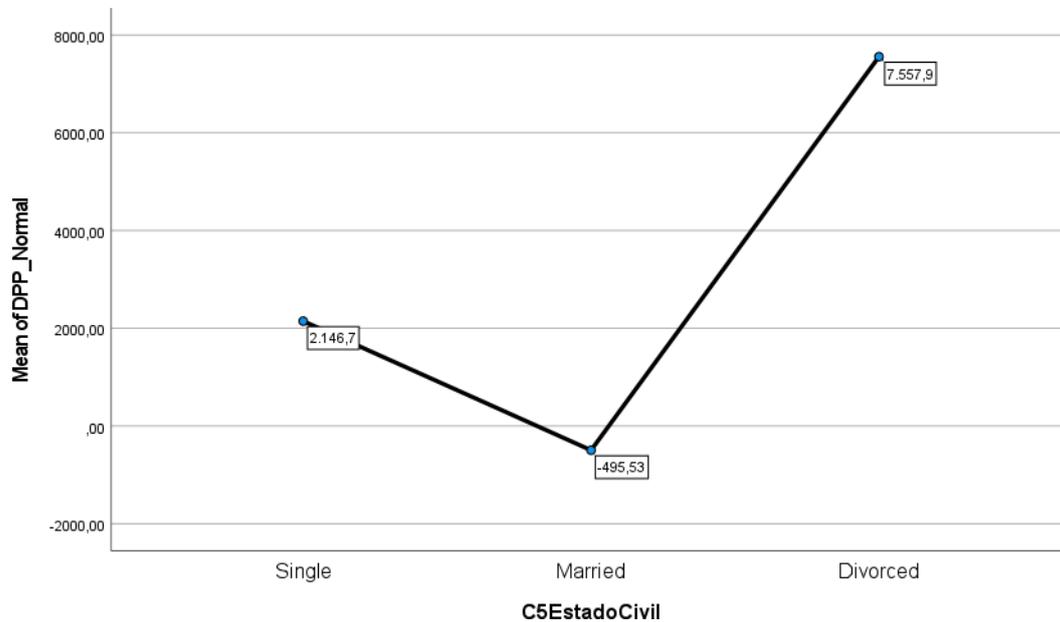


Figura 13 Média de DPP em variável normalizada de acordo estado civil

Tratou-se a variável idade através do procedimento *visual binning*, solicitando dois pontos de corte, ou seja, percentis de 33% em cada grupo. Observou-se que a média mais elevada de DPP se encontra no grupo de idades 30-35 anos não ocorrendo diferença significativa com a media do grupo 36 e mais anos ($p=.095$). Porém, o grupo 30-35 anos, possui uma média e DPP significativamente mais elevada que o grupo de 29 e menos anos de idade ($p=.033$) conforme figura 14.

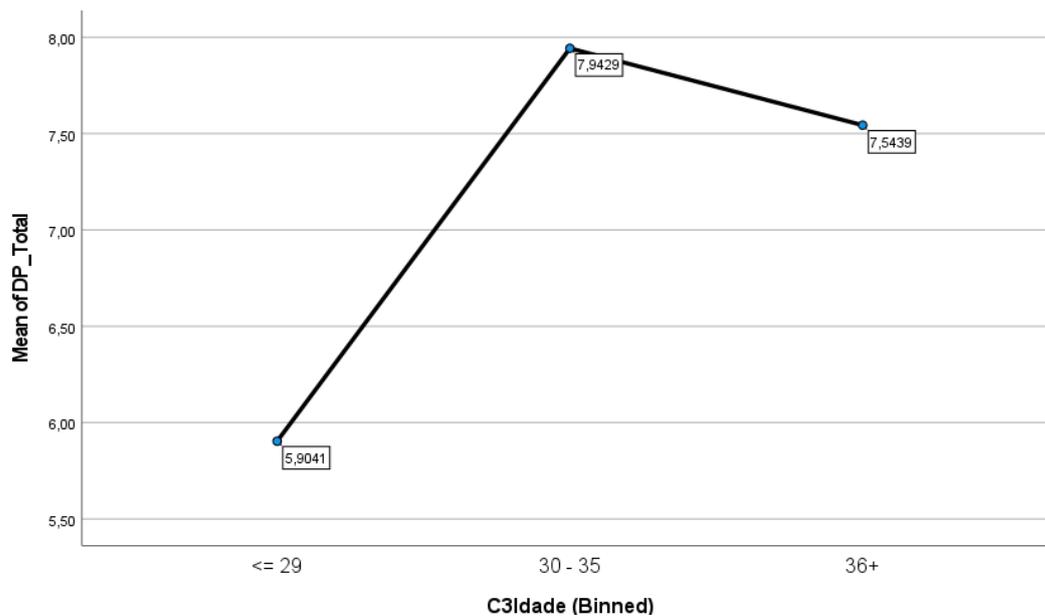


Figura 14 Media de DPP em variável normalizada de acordo com os grupos de idade

2.7. DEPRESSÃO PÓS-PARTO E VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

Através de teste t de Student, com igualdade de variância através do teste Levene ($p=.363$) observou-se que o score de DPP, embora com valores *borderline* $t_{(198)}=-1.994$; $p=.048$) é significativamente mais elevado nas mulheres cuja gravidez não foi planejada $M=7.97$ ($DP=5.00$) *versus* $M=6.58$ ($DP=4.55$) do que nas mulheres que planejaram. Mantendo testes de Levene com igualdade de variâncias, observou-se que a frequência da classe depré-natal não introduz variação no *score* da DPP ($p=.096$).

2.8. DEPRESSÃO PÓS-PARTO E CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO

Realizou-se um teste Anova one way, considerando a DPP e os grupos de RN categorizados pelo peso. O teste de Levene mostra homogeneidade de variâncias ($p=.205$). Observou-se que embora sem diferenças significativas, as participantes cujos recém-nascidos pesavam 4kg ou mais, apresentavam uma media mais elevado na DPP ($F_{(4,198)}=1.014$; $p=.401$) conforme a figura 15.

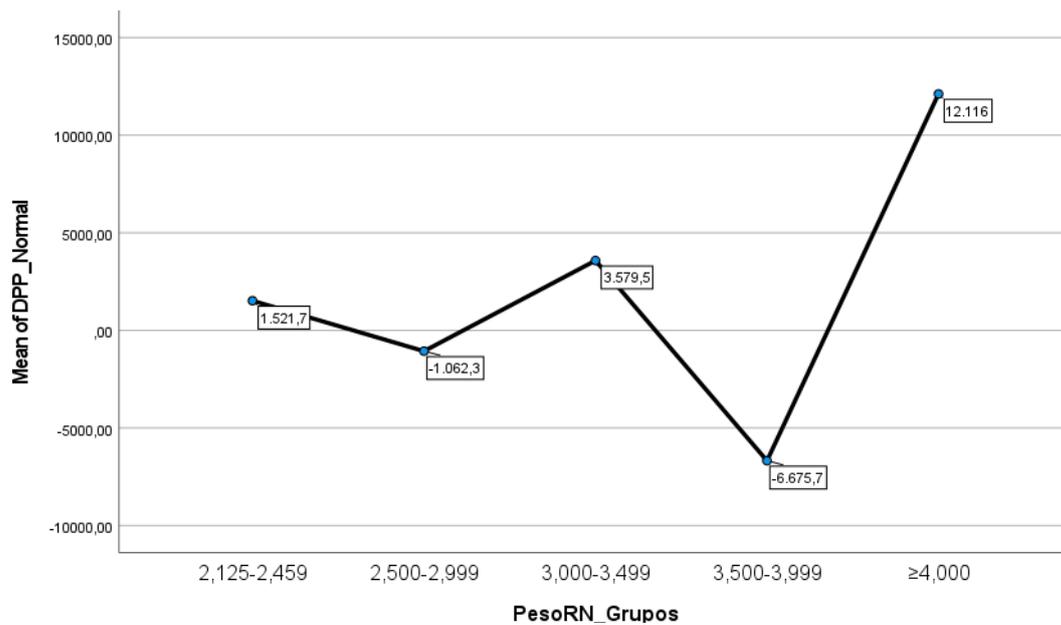


Figura 15 Media de DPP em variável normalizada de acordo com os grupos de peso dos RN

Garantindo-se a homogeneidade das variâncias no teste de Levene ($p=.811$), analisou-se a representação da DPP de acordo com o tipo de parto. Sem se verificarem diferenças significativas no teste de Tukey ($p=.381$), constatou-se porém que as participantes que realizaram cesariana urgente, apresentam médias mais elevadas de DPP ($F_{(3,198)}=.981$; $p=.403$) conforme a figura 16).

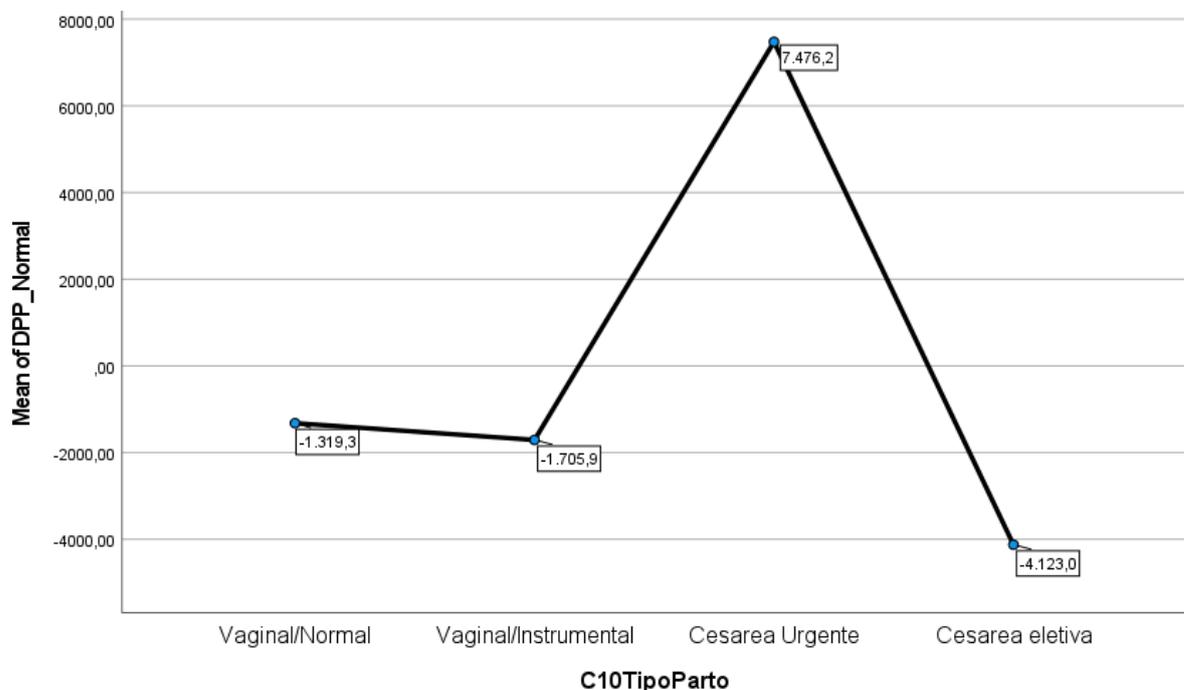


Figura 16 Media de DPP em variável normalizada de acordo com o tipo de parto

Por fim, através de um teste t de Student, constatou-se que o sexo do bebê não tinha qualquer influência sobre o *score* da EPDS ($F_{(197)}=.002$; $p=.564$).

2.9.PREDITORES DO RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Para identificar os preditores da DPP realizou-se uma Regressão Linear Múltipla (RLM), método *stepwise*. Em fase prévia, estudaram-se os pressupostos que indicariam condições de aplicabilidade: a) ausência de *outliers*, b) relação linear entre as variáveis, c) normalidade na distribuição dos resíduos, d) homocedasticidade, e) ausência de multicolinearidade, conforme estudo resumido no Apêndice I.

Dado o tamanho da amostra (Field, 2018), admitiu-se um conjunto de 11 variáveis: a) três variáveis quantitativas (1.idade, 2.satisfação com o nascimento [CEQ], 3.tempo, expresso em horas, entre a admissão e o parto) e b) oito variáveis qualitativas. As variáveis qualitativas foram categorizadas de forma dicotômica conforme se apresenta na tabela 9.

Tabela 9 Categorização das variáveis qualitativas

Variáveis	categorias	
	0	1
WC4Origem	Portuguesas	Estrangeiras
WC6Escolaridade	≤ Obrigatória	≥ Licenciadas
WC6ClassePreNatal	sim	não
WC7GravidezPlaneada	sim	não
WC19DificuldadeAmamenta	sim	não
WC14Acompanhante1ºEstadio	sim	não
WC10PartoVaginalOutros	Vaginal/normal	Outros (vaginal instrumental e cesarianas)
WC9SexoRN	Masculino	Feminino

Considerando como variável dependente o score DPP, obtido através do somatório das respostas das participantes, realizou-se a RLM aplicando-se o método *stepwise*^l ($F_{(3.175)}=13.834$; $p < .001$). O intervalo de confiança sugere que os valores b, estão próximos de beta na população. Das 10 variáveis antecipadas no procedimento estatístico, três, revelam-se como preditoras significativas ($p<.05$)

A melhor experiência de parto (CEQ2) está associada a um *score* mais baixo de DPP, ou seja, a cada unidade incremental de satisfação com o parto, está associado uma redução

de DPP de 2.98, pois o risco de DPP tende a diminuir, quando a CEQ2 varia para melhor (b=-2.989).

Por outro lado, a probabilidade de DPP tende a aumentar com a idade (b=.150). Ou seja, por cada ano que aumenta na idade das participantes, associa-se um aumento de .150 na probabilidade de DPP. As mulheres que não planejaram a gravidez, experimentam 2.4 vezes maior tendência para DPP (b=2.414), conforme tabela 10.

Tabela 10 Modelo de Preditores de DPP

Coefficients ^a										
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta				Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
3 (Constant)	10.168	2.145			4.740	.000	5.934	14.402		
CEQ_Total_Media	-2.89	.554	-.377		-5.398	.000	-4.082	-1.896	.961	1.041
WC7GravidezPlaneada (Sim=0; Não=1)	2.414	.675	.247		3.577	.000	1.082	3.746	.984	1.017
C3Idade	.150	.055	.192		2.738	.007	.042	.258	.951	1.051

a. Dependent Variable: DP_Total

3.DISSCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para compreender o significado dos resultados obtidos, a discussão encontra-se organizada pela mesma ordem da apresentação dos resultados e pelas questões de investigação formuladas.

3.1.CARATERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

As características das participantes no que se refere à média de idades ($M=31.32$; $DP=5.97$), são condicentes com as estatísticas nacionais que apresentam no ano 2021, no Alentejo, uma média de idades de 31.6 anos ao nascimento de um filho e no país uma média de idade de 32.3 anos (Pordata, 2022). Por outro lado, o extremo inferior de 16 anos, é concordante com a representação de maternidade na adolescência que no Alentejo, no ano 2021, foi de 13.75/1000, dados superiores aos nacionais neste grupo etário (5.82/1000 nados-vivos). O extremo superior de 47 anos, incluído no grupo 35-49 anos, que de acordo com a tabela de Goodwin modificada representa gravidez de risco, possui uma representação elevada no estudo atual (59 casos; 29.64%), concordante com a representação no Alentejo no ano 2021 (305.64/1000 Nados-vivos), ligeiramente inferior à media nacional no mesmo grupo de idades (i.e., Nados-vivos 338/1000) conforme dados recolhidos (i.e., INE: Nados-vivos [N.º] por Local de residência da mãe [NUTS – 2013], Sexo, Idade da mãe e Ordem de nascimento [Total dos nascimentos]; Anual). A representação de 19 mulheres estrangeiras (9.5% da amostra), mostram a mobilidade atual entre países. Em particular, a representação das participantes brasileiras, está em concordância com o movimento migratório que se faz sentir nos últimos tempos entre Portugal e Brasil e que sofreu a influência da Pandemia (Fernandes et al., 2021).

Considerando ainda nas variáveis sociodemográficas as habilitações literárias, observa-se que a maior representação se encontra nas participantes com 12º ano e licenciadas. De facto, em Portugal a escolaridade obrigatória é de acordo com Lei n.º 85/2009, de 27 de agosto obrigatória entre os 6 e os 18 anos ou com o sucesso de curso conferente de nível secundário (artigo 2). Por outro lado, a soma das mulheres com 12º ano e licenciadas, mestres e doutorandas (cerca de 80%) sugere concorrer para um movimento de maior formação da população feminina, que em 2021 tem já a representação de 54.9%.

3.2.ENQUADRAMENTO DA EXPERIÊNCIA NO PERÍODO GRAVIDICO-PUERPERAL

Os resultados sobre a frequência das CPPP trouxeram alguma surpresa, pois esperava-se maior adesão. É frequente que na fase pré-natal, as grávidas queiram preparar-se para atividades que vão desempenhar e os estudos confirmam que vários fatores positivos mostram a eficácia das CPPP, melhorando a saúde materna e neonatal, em particular para as primíparas (Ricchi et al., 2020; Unsal Atan et al., 2018). As mulheres querem/gostam de frequentar CPPP, para obter informação confiável, que tranquilizam e aumentam a confiança nos novos papéis (Spiby et al., 2022). Mughal et al (2022) refere que a depressão pós-parto pode ser prevenida quando os pais recebem lições positivas de parentalidade e quando o vínculo mãe-bebé é promovido e aumentado (Mughal et al., 2022).

Contudo, tendo ocorrido a gravidez ainda em fase de pandemia é compreensível que menor adesão possa ter acontecido, concorrendo os resultados para outros estudos consultados. Em estudos na Ásia, as grávidas mostraram bons conhecimentos, atitudes e práticas em relação ao COVID-19. A maioria das mulheres teve atenção às notícias oficiais sobre a COVID-19, mas parte significativa (i.e., quase dois terços) adiou ou reduziu os contactos com os serviços de saúde. Ainda assim, estavam preocupadas em contrair COVID-19 pelo transdutor e apresentavam altos níveis de ansiedade (Ding et al., 2021). Assim, os resultados do estudo atual são interpretados à luz de uma certa adaptação das grávidas à via online das CPPP, algo diferente da realidade conhecida, sempre presencial. Mas os estudos mostram que as aulas on-line são adequadas na perspetiva das mulheres e que progressivamente, durante a evolução da pandemia, houve mais grávidas a aderir a esta via (Chen et al., 2022).

Relativamente ao tempo que mediou entre a admissão e o parto, os resultados são concordantes com os tempos, observados em estudos empíricos, que em geral medeia o primeiro estágio do TP em primíparas e múltiparas. Mostram alguns estudos uma duração média da fase ativa, no 1º estágio de 7,7 horas (+/-2desvios-padrão: 17.5h) para nulíparas e 5,6 horas para múltiparas (+/- 2 desvios-padrão: 13,8 horas) (Albers, 1999). A interpretação dos resultados atuais comporta algumas incertezas, pois podem existir condições não controláveis, nomeadamente o medo da mulher/parturiente em fase Covid ou a necessidade de teste Covid, antecipando a sua chegada ao hospital, além do pouco uso de partograma da região e assim a impossibilidade de se saber se a unidade de saúde

considera a abertura deste instrumento aos 4 cm de cervicometria ou no mais recente modelo aos 6 cm (Dalal & Purandare, 2018; Lavender et al., 2018; Pingray et al., 2021). Porém, esta incerteza de interpretação é simultaneamente condicente com Albers (1999) que recomenda a revisão de critérios para distinguir, com base na duração, o tempo do TP normal do TP fora da normalidade. De facto, o partograma como “padrão ouro” da assistência no TP carece de utilização (Dalal & Purandare, 2018; Pingray et al., 2021). Considere-se ainda as situações excepcionais de parto/cesariana programados que constituem experiências diferentes dos períodos de tempo de TP normal.

Contudo, Tan et al (2021) relata que altos níveis de stress durante o TP têm sido associados a vários efeitos nefastos para a mulher nomeadamente depressão e trabalho de parto prolongado (TPP) (Tan et al., 2021). Se por um lado o stress provoca TPP, por outro lado muito tempo em TP provoca stress, especialmente quando passam por essa experiência sozinhas. Algumas mulheres expressam a solidão no processo de TP e pós-parto, o sentimento de desilusão pelo parceiro não estar presente, de não serem suficientes para o papel que precisam de desempenhar e por fim emerge a depressão (Rodríguez-Almagro et al., 2019). De facto, ambos autores associam estas experiências ao stress e por fim à depressão.

A ausência de acompanhante para a maioria das mulheres no 1º estágio do TP (66.5%), é condicente com as restrições impostas pelos serviços à data da experiência relatada pelas participantes. Nessa fase as realidades dos serviços eram diversas, mas no período de janeiro e 30 de junho de 2022, existia já orientação da DGS (i.e., orientação nº 018/2020, datada de 30/3/2020 e atualizada em 27/10/2021), onde se afirmava no nº 6: “deve ser garantido, se a grávida o desejar, a presença de um acompanhante na vigilância pré-natal (consultas e ecografias), atendimento no Serviço de Urgência, internamento e acompanhamento no parto”. Porventura a própria memória da dor ou solidão no TP pode ser influenciada pelas condições de apoio esperadas e não consumadas, embora as parceiras, por maior protagonismo no apoio à parturiente, possam tornar a experiência da parturiente mais satisfatória (Eu & Chung, 2022; González-Timoneda et al., 2021). Na sequência dos dados, constata-se, por outro lado, que durante o 2º estágio do TP, a presença do companheiro é declarada por mais de metade das participantes (53.5%), invertendo-se o quadro anterior do acompanhamento durante o 1º estágio. Tal controvérsia de resultados pode eventualmente enraizar-se nas condições logísticas dos serviços, na necessidade de o acompanhante atempadamente provar não estar infetado com SARS-Cov2 ou nos receios profissionais de disseminação de contágio. Ou como

afirma Gonzalez-Timoneda et al (2021), as parteiras/enfermeiras, enquanto exprimiram preocupação com os sentimentos de medo, ansiedade e solidão das mulheres, também lidaram com desafios profissionais-pessoais sentindo incerteza, falta de apoio, dificuldades de acesso a proteção e mesmo orientações confiáveis para um contexto pandémico que era novidade nos cuidados de saúde. Na verdade, o nascimento de um filho é responsabilidade partilhada com o/a parceiro/a, sendo previsível na lei portuguesa que tal se rodeie do maior/melhor ambiente de cuidados. Mostram os estudos que mães e pais (i.e., figuras parentais) guardam memórias emocionais negativas do nascimento e mal-estar pré-natal de forma surpreendente, sugerindo-se veementemente que os profissionais de saúde incluam o parceiro nos cuidados (Hughes et al., 2020).

A maior parte das parturientes não foi assistida por EESMO, resultado não esperado, dado que são estas figuras profissionais que nos blocos de parto estão presencialmente durante todo o turno e seguem/acompanham/vigiam o evoluir do TP. De facto, são recomendações da OMS, a continuidade do acompanhamento/vigilância, centrando os cuidados na mulher, para otimizar a experiência de TP (WHO, 2018a). Ou seja, a vigilância do 1º estágio realizada por um profissional (cuidados durante a fase de dilatação) e o 2º estágio (cuidados no período expulsivo) realizado por outro profissional perverte as orientações da OMS, revelando a prestação de cuidados por tarefa, uma metodologia de trabalho centrada nos provedores de cuidados/profissionais e não na beneficiária de cuidados/parturiente. Consideram os estudos que a proporção de uma parteira-mulher (i.e., *one-to-one*) deve ser uma metodologia acessível para todas as mulheres em TP (Sosa et al., 2018). O acompanhamento do TP por uma parteira conhecida, aumenta a satisfação com o parto. Na verdade, ter uma parteira conhecida demonstrou em estudo anterior correlação positiva com o domínio de perceção de *segurança*, com o parto normal, sem epidural, e sem complicações referidas no parto (Hildingsson et al., 2021). Contraditoriamente ao revelado no estudo atual, se a época de Pandemia retirou parcialmente os acompanhantes dos Blocos de Partos e as parteiras/enfermeiras passaram a ter mais protagonismo no apoio da mulher, seria expetável que os resultados revelassem maior número de partos assistidos por estas profissionais.

Relativamente ao tipo de parto, observa-se que os partos por cesariana e instrumentais (fórceps e ventosa) têm uma representação elevada. Tal contradiz a declaração de Fortaleza de 1985, de onde resultou em consenso, a recomendação de baixar o número de resoluções para o parto por cesariana, pois “não há justificativa para qualquer região ter

uma taxa de cesariana superior a 10-15%” (Betran et al., 2016). Em nova reunião em 2014, a OMS recomenda a cesariana para a “mulher dela necessitada”, característica que só é determinada, caso a caso pelos profissionais que cuidam fazendo publicar a classificação de Robson, em 10 grupos, que classifica as mulheres admitidas para parto de acordo com características obstétricas, tendo sido este o sistema que até à data se considerou mais adequado (Betran et al., 2016; Torloni et al., 2011). Reforça-se mesmo em alguns estudos a ideia de que cesarianas de emergência têm maior incidência e gravidade de sintomas depressivos pós-parto (Mughal et al., 2022; Segal et al., 2021). Não sendo da responsabilidade do/a EESMO a realização de cesariana ou parto instrumental com fórceps e ventosa, o comentário recai sobretudo na necessidade de maior vigilância e cuidados à mulher nas várias fases do puerpério. Porventura na recuperação que se estende além deste período, onde tem relevância queixas físicas, as genito-urinárias que pela pouca investigação não são conhecidas (Rosen & Pukall, 2016) e que possuem estreita conexão com carências no bem-estar emocional e com estados depressivos (Brown & Lumley, 2000).

Comentando-se ainda o dia da semana e a hora do parto nas participantes, os resultados atuais são concordantes com outros estudos onde se regista maior número de nascimentos à 4ª feira. Embora estes resultados possam ter sofrido a influência externa da medicalização do parto com as induções programadas (mais frequentes na pandemia), verifica-se a mesma tendência noutros estudos para o dia de 4ª feira (Çobanoğlu & Şendir, 2020). Relativamente à hora, que no estudo atual regista predominância para o turno da tarde (16h00-24h00), pode eventualmente ter também sofrido influência da medicalização do parto pela pressão da época covid 19, com induções de TP programadas por rotina. Revela a pesquisa que os partos podem ocorrer em todas as horas, mas o parto humano parece ser mais comum entre 02h00 e 05h00; por outro lado é típico que o início do trabalho de parto a termo, na sua fase ativa, aconteça durante a noite ou nas primeiras horas da manhã (entre 21h00 e 06h00 h) (McCarthy et al., 2019). A literatura aponta para maior frequência dos partos no período noturno do ciclo dia-noite, nos meses de verão (Çobanoğlu & Şendir, 2020). Na verdade, são aspetos curiosos da espécie humana e necessitam talvez mais investigação em ambientes não sujeitos a medicalização.

Sabe-se que o humor varia com as estações do ano, que nas mulheres a gravidade da depressão na gravidez aumenta nas noites sazonalmente mais longas (Meliska et al., 2013). Na verdade, mostram alguns estudos que mulheres que tiveram parto em outubro-dezembro de 2011, tiveram uma chance aumentada de sintomas depressivos às 6 semanas

pós-parto, quando comparadas com mulheres com parto em abril-junho de 2011 (Henriksson et al., 2017).

3.3.AS CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO

A distribuição do peso dos RN do estudo atual sugere ser semelhante à que as estatísticas INE apresentam para o Alentejo em 2021 (tabela 31 colocada em Apêndice J). Nas categorias, a classe mais representada (3.000-3.499Kg), corresponde ao peso médio encontrado no estudo atual (3.26Kg; DP=.419).

São os RN de baixo peso (< 2500gr) os casos que preocupam e simultaneamente constitui um indicador de morbi-mortalidade neonatal na região. No entanto, tendo em conta que os bebés com idade gestacional inferior a 34 semanas são transferidos para outros centros de apoio perinatal diferenciado, estes dados podem ter sofrido algum viés. Em 2018, segundo o relatório da OCDE, Portugal teve 9,0% de nados vivos com baixo peso, surgindo atrás da Bulgária (9,2%) e da Grécia e do Chipre (9,6%), os piores países da lista. A média da União Europeia foi 6,6%, com Finlândia e Estónia (4,1%) e Suécia (4,2%) com melhor representação. Assinala a OCDE que bebés de baixo peso apresentam maior risco de problemas de saúde ou morte, requerendo mais tempo de hospitalização após o parto e necessitando mais assistência ao longo da vida. Fatores tais como tabagismo, consumo de álcool e má nutrição durante a gravidez, o baixo índice de massa corporal, a idade avançada da mãe, tratamentos de fertilização in vitro e nascimentos múltiplos são alguns dos principais fatores de risco elencados para o baixo peso de recém-nascidos (OECD, 2015, 2020). É assim fundamental que no exercício das suas funções, a EESMO, ao acompanhar as mulheres nas consultas pré-concepcionais e de vigilância da gravidez (DGS, 2015) informe e apoie as decisões das utentes para melhores resultados em saúde.

A percentagem de RN que teve contacto pele-a-pele com a sua mãe foi inferior ao esperado. Dos benefícios que esta prática possui, era expectável ser mais promovida na maternidade. Este dado pode eventualmente ser interpretado pelas recomendações controversas na fase de pandemia, pois tanto se apoiava e entendia como positiva, como se considerava não recomendado ou simplesmente existia o silêncio sobre o assunto (Davanzo et al., 2020). O contato pele-a-pele pode efetivamente aliviar a depressão pós-parto, promover a lactação, aumentar a frequência de aleitamento materno, facilitar a involução uterina e a dor no pós-parto (Rodríguez-Almagro et al., 2019). O

contacto pele-a-pele é um excelente método para o estímulo sensorial tanto da mãe como do RN, na perspetiva da díade única e singular que representam. Porém, mostra uma revisão de estudos que ainda é pouco praticada e apesar de amamentarem na primeira hora, somente 26.6% o faz em contacto pele-a-pele (Ferreira et al., 2016). De facto, os resultados do estudo atual são coincidentes e mostram que mais empenho é necessário. A primeira hora de vida é uma fase sensível, mas a crise pandémica trouxe mesmo situações em que o contacto pele-a-pele foi impedido (Gonçalves-Ferri et al., 2021).

A OMS e a ESPHGAN incentivam o AME durante os primeiros 6 meses de vida e que se prolongue até aos 2 anos ou mais em complemento (Agostoni et al., 2009; Organization, 2022). Não só em Portugal, mas numa visão geral, as taxas são abaixo do desejável e é necessário revigorar esforços (Aryeetey & Dykes, 2018). O AME na primeira hora de vida foi baixo (64.0%) mulheres, ao que acrescem os casos em que tal prática não ocorreu. Dados do Relatório de Aleitamento Materno (RAM) de 2013 mesmo entre hospitais sem acreditação da UNICEF “Amigos dos bebés” este é um valor bastante baixo em comparação com os de 2013 em que 84,1% dos bebés foram expostos a AME na primeira hora de vida (Orfão et al., 2014). Esta prática, realizada em simultâneo com o contacto pele-a-pele é algo que continua a necessitar do apoio dos profissionais de saúde. De facto, os estudos concretamente sublinham que tais práticas estão carentes, ou sejam na expressão original “*need for help*” (Davano et al., 2020). Por vezes são as rotinas hospitalares os impedimentos mais significativos (Gonçalves-Ferri et al., 2021; Santos et al., 2021). Simultaneamente crê-se que a carência de empoderamento da mulher, o seu sentimento de dependência das resoluções dos profissionais, não permite à própria exprimir o seu desejo de amamentar e fazer simultaneamente o contacto pele-a-pele.

O tipo de alimento fornecido ao RN durante o período de tempo de internamento na maternidade, também possui resultados que surpreendem (69.3%). Sugerem estes dados que o tempo, a pandemia, ou outros fatores desconhecidos, trouxeram prejuízo aos avanços realizados, estando em retrocesso. Na verdade, estudos em várias partes do mundo mostram uma diminuição na prevalência de AME (Gonçalves-Ferri et al., 2021; Nanishi et al., 2022). O aleitamento misto e artificial (30%) foi alto, exibindo o contrário ao AME. De acordo com os dados de Levy (2012) e do EPACI (2012) cerca de 90% dos bebés experimentam LM durante o internamento. Já os dados do RAM (2013) nos hospitais não “amigos dos bebés”, à data da alta, 76,76% dos bebés faziam LM exclusivo, 20,63% leite misto (materno e artificial) e 1,41% faziam leite artificial (LA) exclusivo (Levy, 2012; Moreira et al., 2014; Orfão et al., 2014). O AM e a DPP possuem conexão

e enquadramento em fatores associados. Mostram os estudos que uma experiência de parto negativa está associada a um impacto negativo na amamentação, no vínculo com o bebé, um aumentada DPP, futuras interrupções da gravidez, preferência por cesariana em gravidezes seguintes e maiores taxas de suicídio (Shiva et al., 2021). Este assunto merece ser mais aprofundado e investigado na área geográfica, já que os profissionais estão preparados em termos académicos e de formação continua para promover o AME e melhorar os indicadores regionais. A bibliográfica mostra desde há algum tempo que é conhecida a correlação negativa entre a depressão e a amamentação (Hamdan & Tamim, 2012; Henderson et al., 2003).

Nos resultados do estudo atual existe uma parte da amostra que sugere ser algo inquietante neste aspeto do aleitamento. Algumas utentes que não conseguiram amamentar e não responderam ao questionário na parte da amamentação apesar dos contactos telefónicos para o fazerem. Em termos éticos, houve que suspender o contacto, dado que a participação é livre. Não se pode assim interpretar os resultados na relação com a DPP, mas a falta destes dados levanta interrogações sobre o bem-estar da puérpera. Novamente emerge a ideia das recomendações da OMS sobre o AME. São de considerar os esforços dos profissionais para fomentar o AME, dando suporte às mães, para que as próprias possam aumentar a sua perceção de auto-eficácia e manter o AM (McCarter-Spaulding & Horowitz, 2007; Zubaran & Foresti, 2013). Foi evidenciado que as mães com fadiga pós-parto começaram a amamentar tardiamente, amamentam seus bebés com menos frequência e começaram mais cedo a dar alimentos adicionais aos bebés (Senol et al., 2019). Será assim recomendável que os profissionais de saúde que assistem as mulheres estejam equipadas com conhecimentos e habilidades adequadas para detetar os fatores de fadiga pós-parto e fornecer às mulheres que vivenciam essa condição apoio para a amamentação. É que o enquadramento fisiológico da maternidade também dita dificuldades, pois em termos hormonais a diminuição de ocitocina e prolactina sanguínea e consequente diminuição de produção de leite coincide com o quadro de DPP (Mughal et al., 2022).

O leite artificial exclusivo é a forma de alimentar os bebés às 5/6 semanas após o parto em maior quantidade do esperado. De acordo com o RAM (2013), em bebés com esta idade verificou se que 67,5% faziam LM exclusivo, 17,7% faziam leite misto e 10,5% faziam formula (Orfão et al., 2014). O AM exclusivo tem um efeito positivo na redução dos sintomas depressivos desde o parto até os 3 meses (Mughal et al., 2022).

Já as dificuldades com o AM foram algo baixas (35.2%) o que pode sugerir um domínio do cuidado e uma boa preparação para a parentalidade neste domínio. Por outro lado, existindo uma percentagem baixa de mulheres em AME, as dificuldades parecem ser menos importantes, mas é necessário não esquecer que apenas estas se manifestam.

Os resultados que de forma qualitativa se observaram nas dificuldades, as razões das dificuldades, referem-se sobretudo ao estado dos mamilos. São resultados que concorrem para uma certa sequência no tempo, que estudos anteriores já revelaram tanto em RN a termo como pré-termo (Centuori et al., 1999; Douglas, 2022; Kent et al., 2015). A mancha de palavras na nuvem sublinha as gretas/feridas. São dificuldades que porventura podem ser evitáveis num certo nível, ou mesmo prevenidas. Em estudos recentes que abordam a prevalência das gretas/fissuras mostram uma representação elevada nas mulheres aleitantes (i.e., 70% (Puritz et al., 2022)) e parecem estar associadas à utilização de chupeta e biberão, além da pega incorreta (Centuori et al., 1999; Kent et al., 2015). Parece urgente face a estes resultados, investir mais no AME, pois de facto é a norma biológica para a alimentação das crianças (Aryeetey & Dykes, 2018). Experimentar o AM, através da alimentação mista é algo precário para a nutrição do RN, tende a prevalecer a fórmula, podendo tal dever-se à falta de reconhecimento da importância da cronobiologia e sistema biológico do leite humano (Alyousefi, 2021; Christian et al., 2021). A falha dos profissionais de saúde para compreender a biologia do AME pode advir das incertezas do conhecimento, ou mesmo das políticas dos cuidados (Christian et al., 2021), algo que sugere ser absurdo e contraditório ao espírito de missão dos profissionais.

Será porventura necessário, após a crise pandémica, repensar as políticas e para conseguir ganhos, criar uma rede de Centros de Saúde e de Hospitais *Baby-Friendly* no Alentejo. De facto, incompreensivelmente tal região não possui unidades de saúde com este atributo.

3.4.SATISFAÇÃO COM A EXPERIÊNCIA DO NASCIMENTO

A satisfação com a experiência do nascimento no estudo atual apresenta uma média (2.88) mais baixa que os valores encontrados em primíparas e múltiparas da Suécia (Dencker et al., 2020; Dencker et al., 2010), mas próximo da média do estudo no Reino Unido (K. F. Walker et al., 2020). A experiência do nascimento de um filho é para a grande parte das mulheres um momento de auge na vida. Tais momentos ficam na memória e possuem valor emocional. Quando as expectativas sobre o TP são atendidas, a satisfação com o

próprio desempenho também aumenta e ajudar as parturientes a potencializar o seu controlo pessoal aumenta a satisfação (Goodman et al., 2004). De facto, todo o interesse e cuidado, dos profissionais deve centrar-se na mulher, no sentido de a apoiar, de permitir e ajudar a tomar decisões. Neste sentido o Partograma em conjunto com o Plano de parto são metodologias complementares, pois na assistência ao TP, as boas práticas podem traduzir-se em ganhos para a vida da diáde/família (Navas Arrebola et al., 2021). A OMS recomenda aos profissionais que nas suas práticas ofereçam as condições técnicas e relacionais que tornem este momento da vida da mulher/casal, inesquecível (WHO, 2018a). Embora a maioria tenha gostado da experiência, todo o enquadramento pandémico, pode ter prejudicado a experiência.

3.5.RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Para responder à questão central da atual investigação “**Qual o risco de depressão pós-parto nas mulheres residentes no distrito de Beja?**” analisaram-se os dados recolhidos através da EPDS (Augusto et al., 1996; DGS, 2005). Os resultados (17%) são preocupantes, pois além da análise do *score* da soma, a representação percentual cresce até 19.5% quando sereveem as respostas e se acresce a resposta ao item 10. Sublinha-se assim, que foi representativa a proporção de mulheres que apresentou risco de desenvolver um quadro depressivo no pós-parto em época pós pandemia covid 19. Os atuais resultados são concordantes com a revisão de estudos que apontam para 17,22% (95% CI 16.00–18.51) numa população de 565 estudos (Wang et al., 2021b) e superiores aos de 10-15% identificados na Nigéria (Adeyemo et al., 2020). A auto-penalização das participantes parece ser elevada, já que 50% das mulheres se sente culpada sem necessidade, mais de 50% refere ansiedade e mais de 1/4 refere medo sem motivo. Cerca de 1/3 sente-se assoberbada com tantos assuntos para resolver, a reação de choro encontra-se em 38% e mais grave 2,5% têm ideias de autopunição. De facto, a maternidade traz desafios e exigências, quando o organismo feminino, tendo já ultrapassado a instabilidade fisiológica que corresponde ao quadro de *baby-blues*, não venceu o desequilíbrio. Apesar da pesquisa, consideram alguns autores que as causas de DPP são pouco compreendidas. De facto, as hormonas reprodutivas que dominam na fase perinatal (Estradiol e Progesterona), possuem influência nos sistemas. Mas, sublinham os autores que estudos transversais que observam, entre grupos, os níveis de hormonas ováricas (Estrogénio e Progesterona), não encontraram associação com a DPP (Buckwalter et al., 1999; O'Hara et al., 1991; Schiller et al., 2015). Contudo o tratamento

da DPP com 17beta-estradiol teve sucesso noutras investigações (Ahokas et al., 2001; Schiller et al., 2015).

Haverá na perspectiva destes autores determinado fenótipo (i.e., sensível a hormonas), que dadas as suas particularidades justifica ser identificado, para que se possa desenvolver assistência/cuidado/tratamento adequado aos casos que surgem (Schiller et al., 2015). O baixo humor da mulher, pode estar relacionado com a fadiga no pós-parto pelos cuidados que são necessários ao recém-nascido, mas a mulher em fadiga terá maior probabilidade de se instalar em quadro de DPP (Wilson et al., 2018).

As vozes dos clínicos e investigadores são muitas, ao afirmar que o quadro de DPP está sub-diagnosticado, sub-tratada, menosprezada na assistência (Anokye et al., 2018; Mughal et al., 2022). De acordo com Beck em 2006, cerca de metade da DPP em novas mães não é diagnosticada por causa do conflito ou comprometimento da sua privacidade em revelar a familiares próximos. Também o estigma das novas mães, que receiam a revelação, pois tal pode levar a abandono e carência de falta de apoio familiar, ou mesmo caracterizá-las como incapazes/perigosas para o papel maternal (Mughal et al., 2022). Na verdade, apesar de muitas razões que poderiam justificar as não-respostas no atual estudo empírico, registre-se a aquiescência de 50 mulheres para participar no estudo, mas que não submeteram as respostas. Por outro lado, das reais participantes com critérios de encaminhamento para o psicólogo, algumas não o quiseram fazer, verbalizando nos contatos telefónicos que “iam conseguir dar a volta ao problema sozinhas”. Repare-se que o estudo atual decorre numa região de muito baixa densidade populacional, onde “todos” se conhecem e o receio do estigma, pode impedir as puérperas de procurar/aceitar ajuda no campo da saúde mental. De facto, estima-se que apenas 20% das mulheres com sintomatologia depressiva refiram tais sintomas aos profissionais de saúde que as assistem, minimizando-os e por outro lado, os profissionais também frequentemente encontraram outras explicações, desvalorizando o mal-estar emocional (Anokye et al., 2018; Nonacs & Cohen, 1998). Do conjunto de atividades terapêuticas, o acompanhamento de proximidade sugere ser valioso, já que a investigação mostra que algumas visitas domiciliárias à mulher, aplicando técnicas de aconselhamento, possuem eficácia na recuperação da DPP (Anokye et al., 2018; Cooper et al., 1999).

3.6. RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO *VERSUS* O CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO

Para dar resposta à 1ª questão de investigação, formulada como: **Que relação existe entre o nível de risco de DPP e as variáveis sociodemográficas como idade, habilitações literárias, estado civil ou nacionalidade?** Realizaram-se os procedimentos estatísticos já descritos cujos resultados seguidamente se comentam.

Contrariamente ao esperado, a idade não mostrou uma associação linear com o score da DPP. Por outro lado, a média mais elevada de DPP encontra-se no grupo de idades 30-35, ou seja, na faixa etária que coincide com a média de idade ao nascimento de um filho (Pordata, 2022). São porventura as mulheres deste grupo etário que sofrem a grande pressão, para a construção do seu modelo de maternidade. Em estudos com mulheres portuguesas é mesmo revelado um “modelo de maternidade intensiva”, que reflete a normativa social. Neste modelo os sentimentos positivos relativamente à criança são amplamente divulgados, enquanto os negativos relacionados com a maternidade são ocultados e apenas partilhados em privado. Tal de acordo com os autores desse estudo, comporta uma dualidade (César et al., 2018).

Observou-se ainda que a média mais elevada de DPP se encontra no grupo de idades 30-35 anos não ocorrendo diferença significativa com a média do grupo 36 e mais anos ($p=.095$). Porém, o grupo 30-35 anos, possui uma média de DPP significativamente mais elevada que o grupo de 29 e menos anos de idade. Este achado surpreendeu porque, de acordo com a teoria descrita por Mughal et al (2022), se esperava que as jovens demonstrassem maior score de EPDS.

Os resultados demonstram que não existe grande diferença entre a nacionalidade e o risco de DPP nas mulheres que residem no Alentejo, apesar das mulheres oriundas dos países PALOP apresentarem scores de DPP mais elevados. Wang et al (2021) referem que há uma taxa significativamente menor de depressão pós-parto em países desenvolvidos ou países com maior riqueza o que vem reforçar este achado (Wang et al., 2021a). Mughal também afirma que mães afro-hispânicas têm risco de depressão pós-parto maior do que mulheres de raça branca (Mughal et al., 2022). No que diz respeito aos resultados, regista-se alguma insatisfação da subamostra de estrangeiras, pois o número de participantes não-portuguesas foi realmente reduzido. O imigrante no Baixo Alentejo provém sobretudo do Senegal, Guiné-Conacri, Paquistão, Índia, Nepal, Timor-Leste, Serra-Leoa, Nigéria,

Bangladesh, Roménia, Moldávia, Bulgária (...) e são uma força de trabalho importante para a agricultura da zona. Em reportagem jornalística (<https://jornalismodocumental.pt/trabalho-escravo-nos-campos-do-alentejo/>)(Moreno, 2011) delata-se que vivem em condições muitíssimo precárias, mal pagos, prostituindo-se, aguentando escravização no trabalho, enfrentando decisão para suicídio, na miséria, sobrevivendo à fome. A grávida que vive neste tipo de envolvente, estará porventura sob grande stress e em risco de prejuízo para a sua saúde mental. Em algumas povoações do Alentejo profundo, os imigrantes chegam a representar 1/3 da população e nos momentos sazonais de maior colheita atingem cerca de metade dos habitantes (Neves, 2019). Relativamente à pouca representação no estudo atual, a via de resposta não terá sido obstáculo à participação das mulheres imigrantes, pois relatório anterior de há 11 anos, mostra que nessa altura, cerca de 45% tinha acesso a Internet, quase 70% tinha computador e quase 100% usava telemóvel (Moreno, 2011). O idioma terá sido porventura o maior impedimento para a participação no estudo, aspeto que dificulta a comunicação na consulta de gravidez (i.e., quando as imigrantes têm condição de apresentar-se nos CSP), no hospital quando recorrem para realização do parto e 48/72h puerperais e na revisão pós-parto. Porventura as mulheres imigrantes não conhecem a lei portuguesa, ou não lhes é permitido tal. Na verdade, a lei portuguesa na assistência oferecida durante o período gravídico-puerperal além de gratuita (Lei 142/99 de 31 de agosto), prevê (Lei 110/2019 de 9 setembro; artigo 15ºA), seguindo orientações da OMS direitos às mulheres, com *“particular relevância em situações de especial vulnerabilidade (...)f na situação de pessoas migrantes e refugiadas”*. A saúde materno-infantil dos grupos imigrantes é na realidade uma prioridade, mas há carência de programas dirigidos à sua assistência de forma continuada. De facto, às mulheres imigrantes são colocados muitíssimos desafios que podem agredir a sua saúde mental, nomeadamente pela própria incapacidade de procurar cuidados adequados, com respostas culturalmente congruentes (Fung & Dennis, 2010).

No presente estudo, as participantes com menor formação ou nível de educação menor, tiveram um score mais elevado de DPP. As mulheres divorciadas também tiveram scores de DPP mais elevados, mas as diferenças não são significativas. Uma mulher divorciada está associada a falta de apoio conjugal no pós-parto e isso está associado a mais DPP. Vários autores confirmam esta tendência (Cho et al., 2022; Wang et al., 2021b).

3.7.RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO *VERSUS* O CONTEXTO GRAVIDICO-PUERPERAL E CARACTERÍSTICAS DO RECÉM- NASCIDO

Para dar resposta à 2ª questão de investigação, formulada como: **Que relação existe entre nível de risco de DPP e as características do RN?** realizaram-se os procedimentos estatísticos cujos resultados se discutem na atual secção

No estudo atual, o sexo da criança não introduziu qualquer modificação no *score* da DPP. Tais resultados, contrariam estudo asiático, onde se observou maior risco de DPP em mulheres cujo RN era do sexo feminino, sendo o risco de depressão 2,89 maior (Xie et al., 2007). Em algumas sociedades existe pressão social e maior contentamento familiar quando a criança é do sexo masculino, nomeadamente o primeiro filho. Em revisão de literatura de 23 estudos (119.736 mulheres) observou-se também maior risco de DPP nas mulheres com bebés do sexo feminino. Portugal, contudo, enquadra-se na perspetiva ocidental tradicional que indica uma associação fraca ou nula entre o sexo da criança e o risco de DPP (Ye et al., 2022).

Sobre as características observadas no RN, o estudo atual não é sugestivo de influências sobre o risco de DPP, tanto no que respeita à robustez da criança (peso), nem tipo de parto nem sexo.

3.8.PREDITORES DO RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO NAS MULHERES UTENTES DA ULSBA

Para dar resposta à 3ª questão de investigação, formulada como: **Quais os melhores preditores de DPP nas mulheres utentes da ULSBA?** realizaram-se procedimentos estatísticos, cujos resultados se discutem seguidamente

Na análise dos dados cumpriram-se os pressupostos estatísticos aplicados à RLM (Field, 2018), aspeto que imprime segurança na interpretação e discussão dos resultados. Das 11 variáveis, oito não tinham valor preditor, apenas se incluindo no modelo a experiênciado nascimento através da escala CEQ, o planeamento da gravidez e a idade.

A relação inversa entre a CEQ e o risco de DPP parece logica, pois na satisfação estarão ausentes ou menos representados fatores como perda de controle, a insegurança, falta de apoio, medo da dor, entre outros, características observadas nas descritivas. Os resultados confirmam outras pesquisas (Hildingsson et al., 2021; Unsal Atan et al., 2018; Urbanová

et al., 2021) onde o modelo de regressão também demonstra o efeito da maior satisfação com o parto, através da *Birth Satisfaction Scale* (BSS), com menor risco de DPP.

A dor no TP e pós-parto influencia os sintomas agudos e de longo prazo da DPP (escores EPDS de seis semanas e três meses pós-parto) (Lim et al., 2020; Wang et al., 2021b). Há autores que atribuem cada ponto de aumento na dor aguda após o parto associado a um aumento de 8,3% nos sintomas depressivos de oito semanas (Lim et al., 2020). Contudo os atuais métodos farmacológicos disponíveis na maioria das maternidades e Portugal contribuem para que a dor não seja porventura a razão da experiência que na memória fica como mais negativa e assim, não ser um bom preditor no estudo atual. Na realidade os resultados corroboram estudo observacional anterior que revela, às 6 semanas pós-parto menor *score* de depressão no grupo que foi exposto a analgesia epidural (Edipoglu & Aslan, 2021).

O maior risco de DPP, nos casos de gravidez não planeada nas participantes, é concordante com estudo na Turquia, onde os resultados são coincidentes (Turkcapar et al., 2015). A gravidez não planeada, foi associada a fatores de risco para DPP em vários autores na bibliografia consultada (Cho et al., 2022; Mughal et al., 2022; Wang et al., 2021b). Mesmo durante a gravidez a sintomatologia depressiva pode emergir, acarretando comportamentos pouco saudáveis ou destrutivos (Yanikkerem et al., 2013). Em Portugal alguns estudos sublinham mesmo a maior vulnerabilidade das mulheres que não planearam a maternidade (Cardoso & Marín, 2018). Relativamente à idade, considerando o modelo de preditores de DPP, os resultados confirmam uma investigação realizada no Canadá, que revela maior depressão em mulheres à medida que cresce a idade (Muraca & Joseph, 2014).

O modelo de regressão sugere ser plausível e verificável na clínica. Recordando as variáveis predictoras, será possível à EESMO:

a) Quando assiste a mulher na consulta puerperal, ter oportunidade de avaliar a satisfação com a experiência do parto, factos que se prendem com as suas competências específicas (i.e., Diário da República n.º85 de 3 de maio; Regulamento n.º 391/2019). A ESMO cumprirá simultaneamente uma orientação governamental, presente na Lei 110/2019 de 9 de setembro, que no artigo 9º-A, recomenda concretamente a aplicação de questionário de satisfação com os cuidados auferidos e respetiva divulgação anual. Tal recomendação de 2019 e respetivo instrumento, não se encontra ainda em uso na clínica, o que não impede porventura algum pioneirismo de uma região que reconhece o problema, procurando colocar o sistema ao serviço dos utentes;

b) na clínica tem oportunidade de questionar a mulher sobre o planeamento da gravidez, já que é um elemento importante na morbi-mortalidade materno-infantil (DGS, 2015);
c) desde a consulta de vigilância da gravidez, a EESMO tem oportunidade de conhecer os parâmetros que definem riscos, nomeadamente a idade, através da Tabela de Goodwin modificada (DGS, 2015), um instrumento que conhece e utiliza desde a sua formação;
d) por último, a avaliação de risco de DPP pela ESMO, será praticável e mesmo recomendável, pese embora o atraso que a distância das recomendações da DGS de 2005 e de 2015(DGS, 2005, 2015).

Por fim, a EESMO é o elemento da equipa de saúde que ao realizar visitas domiciliárias estará em boa posição para identificar fatores que contribuem para estado depressivo. Todo o conjunto de cuidados podem transmitir à mulher a preocupação com boas-praticas, afirmando-se a qualidade de cuidados e fidelizando-a aos serviços de saúde.

Cada mulher constrói o seu modelo de maternidade. Em estudos com mulheres portuguesas é revelado um “modelo de maternidade intensiva”, que reflete a normativa social exigente. Neste modelo os sentimentos positivos relativamente à criança são amplamente divulgados, enquanto os negativos relacionados com a maternidade são ocultados e apenas partilhados em privado. Tal de acordo com os autores desse estudo, comporta uma dualidade (César et al., 2018). Porventura a dificuldade em corresponder aos ideais próprios e ideais sociais podem criar conflitos. A busca de ajuda/apoio das mulheres com sintomas depressivos, concretiza-se mais facilmente, se a própria identificar nos profissionais, conhecimento e genuíno interesse pelo seu estado de saúde. Ou de uma forma mais emocional, se identificar nos profissionais um porto de abrigo para resolução do quadro depressivo.

4. CONCLUSÃO

O risco de DPP parece ser um fenómeno atual nas puérperas locais. Com o presente estudo verificou-se que 17 a 19,5% das mulheres residentes no distrito de Beja tinham probabilidade de desenvolver um quadro depressivo no pós-parto. Tal, em particular em época pós-pandemia, pode tornar-se uma matéria significativa para acompanhamento clínico nos cuidados de saúde primários. O quadro, revelando que cerca de metade das mulheres se sentem culpadas sem necessidade e sem as próprias identificarem porventura causas substanciais para tal sentimento, transmite um mal-estar que necessita ser aliviado. A ansiedade sentida por metade das participantes e os medos sem motivo, necessitam de apoio, de esclarecimento, de acompanhamento. Também a insegurança e incerteza para a tomada de decisão nas resoluções do quotidiano, precisam ter respostas, reforços positivos na família e nos profissionais de saúde. Embora o choro sem motivo e a autopunição tenha menor representação, são, contudo, manifestações graves que transportam angústia. Estes sentimentos devem de ser trabalhados de forma a promover a saúde mental desta população. As mulheres continuam a “esconder” os seus sentimentos negativos em relação ao que sentem na maternidade o que dificulta o apoio clínico, foi por isso uma das limitações deste estudo.

As mulheres, especialmente as primíparas, devem de ser mais motivadas para as aulas de PPP. Os CPPP têm de se adaptar as necessidades destas utentes, quer sejam on-line, presenciais ou híbridos, devem de transmitir as estratégias de *coping* para as mulheres lidarem e procurarem ajuda no pós-parto com as alterações e dificuldades que encontram. O risco de DPP foi significativamente mais elevado nas mulheres do Alentejo cuja gravidez não foi planeada. As mulheres que não planearam a gravidez, experimentam 2.4 vezes maior tendência para DPP.

No presente estudo, as participantes com idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos de idade e com menor nível de educação ou formação, tiveram um score mais elevado de DPP. As mulheres divorciadas também tiveram *scores* de DPP mais elevados. As mulheres com estas características socio demográficas devem de ser mais apoiadas, mas sem estigmatização.

Por outro a melhor experiência de parto (CEQ2) está associada a um *score* mais baixo de DPP. De facto, há que evitar experiências de parto negativas, pois podem tornar-se impulsionadoras de quadros depressivos em gravidezes subsequentes ou crónicos. É necessário investimento pessoal-profissional e também boas políticas institucionais, para

as práticas, as normas, para a dose de valor que se coloca nas rotinas. De facto, é necessário assumir que cada gravidez-parto-puerpério são experiências singulares, irrepetíveis, com um valor sentimental, que de tão grande, não é possível atribuir-lhe adjetivos suficientemente expressivos.

A relação entre o AM e a DPP é complexa. Uma das limitações deste estudo foi, por motivos éticos, não ter sido possível identificar a relação entre DPP e AM quando algumas mães que abandonavam o AM deixavam de responder a este tema e sentiu se o desconforto com este assunto. Este sentimento de culpa e omissão precisa ter resposta para o bem-estar psicológico da mãe. A ULSBA melhoraria muito a assistência da mulher/família se implementasse uma rede de Centros de Saúde e de Hospitais *Baby-Friendly* no Alentejo.

Um trabalho desta natureza encontrou algumas limitações, desde o tempo disponível para abordar toda a temática de saúde mental, experiência de parto e amamentação; a ausência de contatos atualizados das utentes; e por fim a dificuldade de comunicação com utentes estrangeiras devido à barreira linguística.

Este estudo possui contributos para a clínica, pois ao aprofundar o assunto, revelou que é urgente que na região se proceda de forma rotineira, à triagem das puérperas para o risco de DPP. Considerou-se o assunto de desenvolver um projeto, baseado na teoria do papel materna de Mercer, de acordo com o projeto Vargas-Porra na Columbia, acima citado. É uma atividade realizável pela EESMO, uma função que se enquadra nas competências de especialista. Para a investigação, o contributo foi a revelação de um tema oculto na região, sobre o qual se poderá no futuro, em amostra aleatória, observar com mais rigor o fenómeno. Ou mesmo, aplicar programas de assistência analisando a sua eficácia. Para o ensino, o estudo do risco de DPP, ao ser tema de trabalho académico, contribui para cimentar conhecimento. Porventura desperta para a possibilidade de considerar nos conteúdos programáticos do 2º ciclo de estudos maior investimento na temática.

Ao encerrar o estudo atual e verificando-se a representação de mulheres em risco de DPP, é necessário consciencializar os profissionais de saúde para a ação. É necessário reconhecer o quão importante é avançar os meios e os recursos para a identificação dos casos em risco na região, evitando a desvalorização e o sub-diagnóstico, dando relevo à saúde mental da mulher-mãe. Evidenciando-se a problemática, acredita-se ter gerado contributos para mais e melhor saúde mental na região. Ou trazendo para este singular, a mensagem do Conselho Nacional de Saúde, “sem mais tempo a perder”, a saúde mental das mulheres-mães no Alentejo é um desafio urgente.

REFERÊNCIAS

- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., . . . Adeyemo, E. O., Oluwole, E. O., Kanma-Okafor, O. J., Izuka, O. M., & Odeyemi, K. A. (2020). Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci*, 20(4), 1943-1954.
- Agostoni, C., Braegger, C., Decsi, T., Kolacek, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., . . . van Goudoever, J. (2009). Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 49(1), 112-125. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31819f1e05>
- Ahokas, A., Kaukoranta, J., Wahlbeck, K., & Aito, M. (2001). Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta- estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry*, 62(5), 332-336. <https://doi.org/10.4088/jcp.v62n0504>
- Aiman, U., Sholehah, M., & Husein, M. G. (2021). Risk transmission through breastfeeding and antibody in COVID-19 mother. *Gac Sanit*, 35 Suppl 2, S524-S529.
- Albers, L. L. (1999). The duration of labor in healthy women. *J Perinatol*, 19(2), 114-119. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7200100>
- Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2019). Predictive validity of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R): A longitudinal study with Portuguese women. *Midwifery*, 69, 113-120. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.006>
- Alyousefi, N. A. (2021). Determinants of Successful Exclusive Breastfeeding for Saudi Mothers: Social Acceptance Is a Unique Predictor. *Int J Environ Res Public Health*, 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105172>
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(8), 937-944. <https://doi.org/10.1080/00016340600697652>
- Andrade, C. (2020). The Limitations of Online Surveys. *Indian J Psychol Med*, 42(6), 575-576. <https://doi.org/10.1177/0253717620957496>
- Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E. I., & Akwasi, A. G. (2018). Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Ann Gen Psychiatry*, 17, 18. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0188-0>
- Aryeetey, R., & Dykes, F. (2018). Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Matern Child Nutr*, 14(3), e12637. <https://doi.org/10.1111/mcn.12637>
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(1), 135-141. <https://doi.org/10.1017/S0033291700033778>
- Bardanzellu, F., Puddu, M., & Fanos, V. (2021). Breast Milk and COVID-19: From Conventional Data to

- "Omics" Technologies to Investigate Changes Occurring in SARS-CoV-2 Positive Mothers. *Int J Environ Res Public Health*, 18(11).
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). A experiência do parto e a depressão pós-parto da mulher: uma revisão sistemática. In *Midwifery* (Vol. 39, pp. 112-123). © 2016 Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., & Gülmezoglu, A. M. (2016). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *Bjog*, 123(5), 667-670. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>
- Bhatt, H. (2021). Should COVID-19 Mother Breastfeed her Newborn Child? A Literature Review on the Safety of Breastfeeding for Pregnant Women with COVID-19. *Curr Nutr Rep*, 10(1), 71-75. <https://doi.org/10.1007/s13668-020-00343-z>
- Bozoky, I., & Corwin, E. J. (2002). Fatigue as a predictor of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 31(4), 436-443. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00066.x>
- Brown, S., & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *Bjog*, 107(10), 1194-1201. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11607.x>
- Buckwalter, J. G., Stanczyk, F. Z., McCleary, C. A., Bluestein, B. W., Buckwalter, D. K., Rankin, K. P., . . . Goodwin, T. M. (1999). Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*, 24(1), 69-84. [https://doi.org/10.1016/s0306-4530\(98\)00044-4](https://doi.org/10.1016/s0306-4530(98)00044-4)
- Cardoso, A. M. R., & Marín, H. F. (2018). Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Rev Lat Am Enfermagem*, 26, e2997. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1859.2997>
- Carvalho, A. I., Xavier, M., Domingos, P., Almeida, C. a. o., Pires, P., & Szabzon, F. e. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Centuori, S., Burmaz, T., Ronfani, L., Fragiaco, M., Quintero, S., Pavan, C., . . . Cattaneo, A. (1999). Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact*, 15(2), 125-130. <https://doi.org/10.1177/089033449901500210>
- Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. J. o. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Chen, X. W., Jiang, L. Y., Chen, Y., Guo, L. F., & Zhu, X. H. (2022). Analysis of online antenatal education class use via a mobile terminal app during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 412. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04745-5>
- Cho, H., Lee, K., Choi, E., Cho, H., Park, B., Suh, M., . . . Choi, K. (2022). Associação entre apoio social e depressão pós-parto. *Sci Rep*, 12(1), 3128. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07248-7>
- Christian, P., Smith, E. R., Lee, S. E., Vargas, A. J., Bremer, A. A., & Raiten, D. J. (2021). The need to study human milk as a biological system. *Am J Clin Nutr*, 113(5), 1063-1072. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab075>
- Çobanoğlu, A., & Şendir, M. (2020). Does natural birth have a circadian rhythm? *J Obstet Gynaecol*, 40(2), 182-

187. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1606182>

- Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Woolgar, M., Murray, L., & Molteno, C. (1999). Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry*, 175, 554-558. <https://doi.org/10.1192/bjp.175.6.554>
- Cox, J., Holden, J., & Henshaw, C. (2014). *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual, 2nd Edition (Vol. 1)*. Ringgold Inc.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth [doi:10.1348/014466500163095].
- César, F., Costa, P., Oliveira, A., & Fontaine, A. M. (2018). "To Suffer in Paradise": Feelings Mothers Share on Portuguese Facebook Sites. *Front Psychol*, 9, 1797. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01797>
- Dalal, A. R., & Purandare, A. C. (2018). The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? *J Obstet Gynaecol India*, 68(1), 3-14. <https://doi.org/10.1007/s13224-017-1051-y>
- Davanzo, R., Merewood, A., & Manzoni, P. (2020). Skin-to-Skin Contact at Birth in the COVID-19 Era: In Need of Help! *Am J Perinatol*, 37(S 02), S1-s4. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714255>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., & Mayopoulos, P. A. (2020). Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Arch Womens Ment Health*, 23(4), 557-564. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x>
- Dencker, A., Bergqvist, L., Berg, M., Greenbrook, J., Nilsson, C., & Lundgren, I. (2020). Measuring women's experiences of decision-making and aspects of midwifery support: a confirmatory factor analysis of the revised Childbirth Experience Questionnaire. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 199. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02869-0>
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-81>
- DGS. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Manual de Orientação para Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *J Affect Disord*, 229, 377-385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.074>
- Ding, W., Lu, J., Zhou, Y., Wei, W., Zhou, Z., & Chen, M. (2021). Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of COVID-19: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03561-7>

- Doody, O., & Noonan, M. (2016). Nursing research ethics, guidance and application in practice. *Br J Nurs*, 25(14), 803-807. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.14.803>
- Douglas, P. (2022). Re-thinking lactation-related nipple pain and damage. *Women's Health (Lond)*, 18, 17455057221087865. <https://doi.org/10.1177/17455057221087865>
- Edipoglu, I. S., & Aslan, D. D. (2021). Association of postpartum depression and epidural analgesia in women during labor: an observational study. *Braz J Anesthesiol*, 71(3), 208-213. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.02.021>
- Esteban-Gonzalo, S., Caballero-Galilea, M., González-Pascual, J. L., Álvaro-Navidad, M., & Esteban-Gonzalo, L. (2021). Anxiety and Worries among Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic: A Multilevel Analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 18(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18136875>
- Eu, K. S., & Chung, C. D. (2022). Impact of suspending labour companionship during the COVID-19 pandemic on intrapartum care and delivery outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 62(3), 413-419. <https://doi.org/10.1111/ajo.13490>
- Fan, S., Guan, J., Cao, L., Wang, M., Zhao, H., Chen, L., & Yan, L. (2021). Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with meta-analysis. *Asian J Psychiatr*, 56, 102533. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102533>
- Fernandes, D., Peixoto, J., & Oltramari, A. P. (2021). The fourth wave of Brazilian immigration in Portugal: a brief history. *REVISTA LATINOAMERICANA DE POBLACION*, 15(29), 34-63. <https://doi.org/10.31406/relap2021.v15.i2.n29.2>
- Fernandes, J., Tavares, I., Bem-Haja, P., Barros, T., & Carrito, M. L. (2022). A Longitudinal Study on Maternal Depressive Symptoms During the COVID-19 Pandemic: The Role of Strict Lockdown Measures and Social Support. *Int J Public Health*, 67, 1604608. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604608>
- Ferreira, M., Vaz, T., Aparício, G., & Duarte, J. (2016). OC20 - Skin-to-skin contact in the first hour of life. *Nurs Child Young People*, 28(4), 69-70. <https://doi.org/10.7748/ncyp.28.4.69.s51>
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage.
- Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*, 44(5), 927-936. <https://doi.org/10.1017/s0033291713001530>
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of women's mental health*, 10(3), 103-109. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0178-8>
- Figueiredo, B., Pinto, T. M., & Costa, R. (2021). Exclusive Breastfeeding Moderates the Association Between Prenatal and Postpartum Depression. *Journal of Human Lactation*, 37(4), 784-794. <https://doi.org/10.1177/0890334421991051>
- Flannery, D. D., & Puopolo, K. M. (2021). Perinatal COVID-19: guideline development, implementation, and challenges. *Curr Opin Pediatr*, 33(2), 188-194.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.

- Fung, K., & Dennis, C. L. (2010). Postpartum depression among immigrant women. *Curr Opin Psychiatry*, 23(4), 342-348. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833ad721>
- González-Timoneda, A., Hernández Hernández, V., Pardo Moya, S., & Alfaro Blazquez, R. (2021). Experiences and attitudes of midwives during the birth of a pregnant woman with COVID-19 infection: A qualitative study. *Women Birth*, 34(5), 465-472. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.001>
- Gonçalves-Ferri, W. A., Pereira-Cellini, F. M., Coca, K., Aragon, D. C., Nader, P., Lyra, J. C., . . . de Oliveira Pinto, R. M. (2021). The impact of coronavirus outbreak on breastfeeding guidelines among Brazilian hospitals and maternity services: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J*, 16(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00377-1>
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*, 46(2), 212-219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Gray, A., & Barnett, J. (2022). Welcoming new life under lockdown: Exploring the experiences of first-time mothers who gave birth during the COVID-19 pandemic. *Br J Health Psychol*, 27(2), 534-552. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12561>
- Grundström, H., Malmquist, A., Ivarsson, A., Torbjörnsson, E., Walz, M., & Nieminen, K. (2022). Fear of childbirth postpartum and its correlation with post-traumatic stress symptoms and quality of life among women with birth complications - a cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health*, 25(2), 485-491. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01219-7>
- Hamdan, A., & Tamim, H. (2012). The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Int J Psychiatry Med*, 43(3), 243-259. <https://doi.org/10.2190/PM.43.3.d>
- Henderson, J., Alderdice, F., & Redshaw, M. (2019). Factors associated with maternal postpartum fatigue: an observational study. *BMJ Open*, 9(7), e025927. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025927>
- Henderson, J. J., Evans, S. F., Straton, J. A., Priest, S. R., & Hagan, R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30(3), 175-180. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00242.x>
- Henriksson, H. E., Sylvén, S. M., Kallak, T. K., Papadopoulos, F. C., & Skalkidou, A. (2017). Seasonal patterns in self-reported peripartum depressive symptoms. *Eur Psychiatry*, 43, 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.03.001>
- Hildingsson, I., Karlström, A., & Larsson, B. (2021). Childbirth experience in women participating in a continuity of midwifery care project. *Women Birth*, 34(3), e255-e261. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.010>
- Hughes, C., Foley, S., Devine, R. T., Ribner, A., Kyriakou, L., Boddington, L., & Holmes, E. A. (2020). Worrying in the wings? Negative emotional birth memories in mothers and fathers show similar associations with perinatal mood disturbance and delivery mode. *Arch Womens Ment Health*, 23(3), 371-377. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00973-5>
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev*, 79(2), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>

- Kalarihkhal, S. M., & Pfighaar, J. L. (2022). Breastfeeding. In StatPearls. © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rowan, M. K., Chia, E. S., Fairclough, K. A., . . . Geddes, D. T. (2015). Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *Int J Environ Res Public Health*, 12(10), 12247-12263. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012247>
- Kovavisarach, E. (2004). Pain in labor. *J Med Assoc Thai*, 87 Suppl 3, S207-211.
- Kumar, S. V., Oliffe, J. L., & Kelly, M. T. (2018). Promoting Postpartum Mental Health in Fathers: Recommendations for Nurse Practitioners. *Am J Mens Health*, 12(2), 221-228. <https://doi.org/10.1177/1557988317744712>
- Kyle, M. H., Glassman, M. E., Khan, A., Fernández, C. R., Hanft, E., Emeruwa, U. N., . . . Dumitriu, D. (2020). A review of newborn outcomes during the COVID-19 pandemic. *Semin Perinatol*, 44(7), 151286.
- Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. *Rev Pain*, 2(2), 15-19. <https://doi.org/10.1177/204946370800200205>
- Lavender, T., Cuthbert, A., & Smyth, R. M. (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8), Cd005461. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub5>
- Levy, L. (2012). Manual do aleitamento materno. In H. Bértolo (Ed.): *Comité Português para a unicef - Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*.
- Lim, G., LaSorda, K. R., Farrell, L. M., McCarthy, A. M., Facco, F., & Wasan, A. D. (2020). Obstetric pain correlates with postpartum depression symptoms: a pilot prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02943-7>
- Lin, Y. H., Chen, C. M., Su, H. M., Mu, S. C., Chang, M. L., Chu, P. Y., & Li, S. C. (2019). Association between Postpartum Nutritional Status and Postpartum Depression Symptoms. *Nutrients*, 11(6). <https://doi.org/10.3390/nu11061204>
- Liu, Y., Zhang, L., Guo, N., & Jiang, H. (2021). Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*, 21(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03432-7>
- Lubbe, W., Botha, E., Niela-Vilen, H., & Reimers, P. (2020). Breastfeeding during the COVID-19 pandemic - a literature review for clinical practice. *Int Breastfeed J*, 15(1), 82.
- Makvandi, S., Mirzaiinajmabadi, K., Tehranian, N., Esmily, H., & Mirteimoori, M. (2018). [Not Available]. *Maedica (Bucur)*, 13(4), 286-293. <https://doi.org/10.26574/maedica.2018.13.4.286> (The Effect of Normal Physiologic Childbirth on Labor Pain Relief: an Interventional Study in Mother-Friendly Hospitals.)
- Martínez-Galiano, J. M., Delgado-Rodríguez, M., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2019). Symptoms of Discomfort and Problems Associated with Mode of Delivery During the Puerperium: An Observational Study. *Int J Environ Res Public Health*, 16(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph16224564>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8th ed.). ReportNumber.
- McCarter-Spaulding, D., & Horowitz, J. A. (2007). How does postpartum depression affect breastfeeding? *MCN*

- Am J Matern Child Nurs, 32(1), 10-17. <https://doi.org/10.1097/00005721-200701000-00004>
- McCarthy, R., Jungheim, E. S., Fay, J. C., Bates, K., Herzog, E. D., & England, S. K. (2019). Riding the Rhythm of Melatonin Through Pregnancy to Deliver on Time. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 10, 616. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00616>
- McVeigh, C. (1997). Motherhood experiences from the perspective of first-time mothers. *Clin Nurs Res*, 6(4), 335-348. <https://doi.org/10.1177/105477389700600404>
- Meliska, C. J., Martínez, L. F., López, A. M., Sorenson, D. L., Nowakowski, S., Kripke, D. F., . . . Parry, B. L. (2013). Antepartum depression severity is increased during seasonally longer nights: relationship to melatonin and cortisol timing and quantity. *Chronobiol Int*, 30(9), 1160-1173. <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.808652>
- Mercer, R. T. (1981). The nurse and maternal tasks of early postpartum. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 6(5), 341-345. <https://doi.org/10.1097/00005721-198109000-00012>
- Mercer, R. T. (1985). The relationship of age and other variables to gratification in mothering. *Health Care Women Int*, 6(5-6), 295-307. <https://doi.org/10.1080/07399338509515707>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh*, 36(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Moreira, T., Severo, M., Pinto, E., Nazareth, M., Graça, P., Rêgo, C., & Lopes, C. (2014). Consumo alimentar em crianças de 1-3 anos de idade: EPACI Portugal 2012. Associação Portuguesa dos Nutricionistas.
- Moreno, L. (2011). Diagnóstico da População Imigrante no Concelho de Beja [Relatório]. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).
- Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2022). Postpartum Depression. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.
- Muraca, G. M., & Joseph, K. S. (2014). The association between maternal age and depression. *J Obstet Gynaecol Can*, 36(9), 803-810. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(15\)30482-5](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30482-5)
- Nam, S. H., Nam, J. H., & Kwon, C. Y. (2021). Comparison of the Mental Health Impact of COVID-19 on Vulnerable and Non-Vulnerable Groups: A Systematic Review and Meta- Analysis of Observational Studies. *Int J Environ Res Public Health*, 18(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph182010830>
- Nanishi, K., Okawa, S., Hongo, H., Shibamura, A., Abe, S. K., & Tabuchi, T. (2022). Influence of the COVID-19 pandemic on breastfeeding support for healthy mothers and the association between compliance with WHO recommendations for breastfeeding support and exclusive breastfeeding in Japan. *PeerJ*, 10, e13347. <https://doi.org/10.7717/peerj.13347>
- Navas Arrebola, R., Peteiro Mahía, L., Blanco López, S., López Castiñeira, N., Seoane Pillado, T., & Pertega Díaz, S. (2021). Women's satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. *Rev Esc Enferm USP*, 55, e03720. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020006603720>
- Neves, C. (2019). Alfundão, a aldeia que ganha nova vida com imigrantes de turbante. *Diário de Notícias*. <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/30-jun-2019/alfundao-ganha-nova-vida-quando-os-imigrantes-largam-trabalhos-na-vinha-11060016.html>

- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 59 Suppl 2, 34-40.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol*, 100(1), 63-73. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.1.63>
- Código Deontológico dos Enfermeiros, (2015). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- OECD. (2015). *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- OECD. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Orfão, A., Santos, Á., Gouveia, C., & Santos, C. (2014). Registo do Aleitamento Materno|RAM| relatório de janeiro a dezembro 2013. Retrieved 03 Maio 2022 from dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-do-aleitamento-materno-2013.aspx
- OMS (2013). WHO Global Mental Health Action Plan 2013-2020. Retrieved 19 agosto 2022 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- Ostacoli, L., Cosma, S., Bevilacqua, F., Berchiolla, P., Bovetti, M., Carosso, A. R., . . . Benedetto, C. (2020). Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 703. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03399-5>
- Padez Vieira, F., Mesquita Reis, J., Figueiredo, P. R., Lopes, P., Nascimento, M. J., Marques, C., & Caldeira da Silva, P. (2022). Depression Among Portuguese Pregnant Women During Covid-19 Lockdown: A Cross Sectional Study. *Maternal and Child Health Journal*, 26(9), 1779-1789. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03466-7>
- Pingray, V., Bonet, M., Berrueta, M., Mazzoni, A., Belizán, M., Keil, N., . . . Oladapo, O. T. (2021). The development of the WHO Labour Care Guide: an international survey of maternity care providers. *Reprod Health*, 18(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01074-2>
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. Artmed. (2001)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research* (11 ed.). Wolters Kluwer Law & Business.
- Pordata. (2022). Idade média da mãe ao nascimento de um filho - 2021 Pordata.
- Powell, R. L. R. (2022). Safety of breast/chest-feeding by those infected by SARS-CoV-2. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 25(2), 129-132.
- Puritz, M., Li, R., Mason, R. E., Jackson, J. L., Crerand, C. E., & Keim, S. A. (2022). Associations Between Postpartum Physical Symptoms and Breastfeeding Outcomes Among a Sample of U.S. Women 2-6 Months' Postpartum: A Cross-Sectional Study. *Breastfeed Med*, 17(4), 297-304. <https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0198>

- Pérez-Bermejo, M., Peris-Ochando, B., & Murillo-Llorente, M. T. (2021). COVID-19: Relationship and Impact on Breastfeeding-A Systematic Review. *Nutrients*, 13(9).
- Qian, J., Sun, S., Liu, L., & Yu, X. (2021). Effectiveness of non-pharmacological interventions for reducing postpartum fatigue: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 11(10), e051136. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051136>
- Ricchi, A., La Corte, S., Molinazzi, M. T., Messina, M. P., Banchelli, F., & Neri, I. (2020). Study of childbirth education classes and evaluation of their effectiveness. *Clin Ter*, 170(1), e78- e86. <https://doi.org/10.7417/ct.2020.2193>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to birth experience. *Int J Environ Res Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
- Romano, M., Cacciatore, A., Giordano, R., & La Rosa, B. (2010). Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med*, 4(2), 22-25.
- Rosen, N. O., & Pukall, C. (2016). Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sex Med Rev*, 4(2), 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.12.003>
- Safi-Keykaleh, M., Aliakbari, F., Safarpour, H., Safari, M., Tahernejad, A., Sheikhbardsiri, H., & Sahebi, A. (2022). Prevalence of postpartum depression in women amid the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*, 157(2), 240- 247. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14129>
- Santos, A., Lamy, Z. C., Koser, M. E., Gomes, C., Costa, B. M., & Gonçalves, L. L. M. (2021). SKIN- TO-SKIN CONTACT AND BREASTFEEDING AT CHILDBIRTH: WOMEN'S DESIRES, EXPECTATIONS, AND EXPERIENCES. *Rev Paul Pediatr*, 40, e2020140. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020140>
- Saúde, C. N. (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década.
- Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectr*, 20(1), 48-59. <https://doi.org/10.1017/s1092852914000480>
- Schrey-Petersen, S., Tauscher, A., Dathan-Stumpf, A., & Stepan, H. (2021). Diseases and complications of the puerperium. *Dtsch Arztebl Int*, 118(Forthcoming), 436-446. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0168>
- Sega, A., Cozart, A., Cruz, A. O., & Reyes-Foster, B. (2021). "I felt like I was left on my own": A mixed-methods analysis of maternal experiences of cesarean birth and mental distress in the United States. *Birth*, 48(3), 319-327. <https://doi.org/10.1111/birt.12541>
- Senol, D. K., Yurdakul, M., & Ozkan, S. A. (2019). The effect of maternal fatigue on breastfeeding. *Niger J Clin Pract*, 22(12), 1662-1668. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_576_18
- Shishido, E., Shuo, T., Takahata, K., & Horiuchi, S. (2019). Changes in salivary oxytocin levels and bonding disorder in women from late pregnancy to early postpartum: A pilot study. *PLoS One*, 14(9), e0221821.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221821>

- Shiva, L., Desai, G., Satyanarayana, V., Venkataram, P., & Chandra, P. (2021a). Negative Childbirth Experience and Post-traumatic Stress Disorder - A Study Among Postpartum Women in South India [10.3389/fpsy.2021.640014]. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1056.
- Singh, S., & Sagar, R. (2021). A critical look at online survey or questionnaire-based research studies during COVID-19. *Asian J Psychiatr*, 65, 102850. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102850>
- Slavazza, K. L., Mercer, R. T., Marut, J. S., & Shnider, S. M. (1985). Anesthesia, analgesia for vaginal childbirth. Differences in maternal perceptions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 14(4), 321-329. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1985.tb02250.x>
- Sosa, G. A., Crozier, K. E., & Stockl, A. (2018). Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*, 62, 230-239. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.016>
- Spiby, H., Stewart, J., Watts, K., Hughes, A. J., & Slade, P. (2022). The importance of face to face, group antenatal education classes for first time mothers: A qualitative study. *Midwifery*, 109, 103295. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103295>
- Stockhausen, K. (2000). The Declaration of Helsinki: revising ethical research guidelines for the 21st century. *Med J Aust*, 172(6), 252-253. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2000.tb123936.x>
- Suárez-Rico, B. V., Estrada-Gutierrez, G., Sánchez-Martínez, M., Perichart-Perera, O., Rodríguez-Hernández, C., González-Leyva, C., . . . Reyes-Muñoz, E. (2021). Prevalence of Depression, Anxiety, and Perceived Stress in Postpartum Mexican Women during the COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094627>
- Szczygiół, P., Łukianowski, B., Kościelska-Kasprzak, K., Jakuszko, K., Bartoszek, D., Krajewska, M., & Królak-Olejnik, B. (2022). Antibodies in the breastmilk of COVID-19 recovered women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 635. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04945-z>
- Tan, H., Agarhesh, T., Tan, C., Sultana, R., Chen, H., Chua, T., & Sng, B. (2021). Estresse durante o parto e sua associação com sintomatologia depressiva, ansiedade e catatrofização da dor. *Sci Rep*, 11(1), 17005. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96620-0>
- Templeton, G. (2011). A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28, 41-58. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.02804>
- Tikka, S. K., Parial, S., Pattojoshi, A., Bagadia, A., Prakash, C., Lahiri, D., . . . Chandra, P. S. (2021). Anxiety among pregnant women during the COVID-19 pandemic in India - A multicentric study. *Asian J Psychiatr*, 66, 102880. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102880>
- Torloni, M. R., Betran, A. P., Souza, J. P., Widmer, M., Allen, T., Gulmezoglu, M., & Merialdi, M. (2011). Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS One*, 6(1), e14566. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014566>
- Tsuno, K., Okawa, S., Matsushima, M., Nishi, D., Arakawa, Y., & Tabuchi, T. (2022). The effect of social restrictions, loss of social support, and loss of maternal autonomy on postpartum depression in 1 to 12-

- months postpartum women during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*, 307, 206-214. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.056>
- Turkcapar, A. F., Kadioğlu, N., Aslan, E., Tunc, S., Zayıfoğlu, M., & Mollamahmutoğlu, L. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 108. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0532-1>
- UNFPA/WHO. (2008). Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries World Health Organization.
- UNICEF. (2022). The Baby Friendly Initiative - UK. UNICEF. Retrieved 24th september from <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/>
- Unsal Atan, Ş., Ozturk, R., Gulec Satir, D., Ildan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K., . . . Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sex Reprod Healthc*, 18, 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.001>
- Urbanová, E., Škodová, Z., & Bašková, M. (2021). The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
- Vargas-Porras, C., Roa-Diaz, Z. M., Hernandez-Hincapie, H. G., Ferre-Grau, C., & de Molina- Fernandez, M. I. (2021). Efficacy of a multimodal nursing intervention strategy in the process of becoming a mother: A randomized controlled trial. - 44(- 3), - 437.
- Vassilopoulou, E., Feketea, G., Koumbi, L., Mesriari, C., Berghea, E. C., & Konstantinou, G. N. (2021). Breastfeeding and COVID-19: From Nutrition to Immunity. *Front Immunol*, 12, 661806.
- Walker, K., Dencker, A., & Thornton, J. (2020). Childbirth experience questionnaire 2: Validating its use in the United Kingdom. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*, 5, 100097. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100097>
- Walker, M., & Bee, L. (2013). Breastfeeding in Portuguese mothers. *Revista de Saúde Pública*, 3(5), 27-35.
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., . . . Yang, B. (2021a). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
- WHO. (2018a). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization Copyright © World Health Organization 2018.
- WHO. (2018b). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: web annex; evidence base CC BY-NC-SA 3.0 IGO). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260215>
- WHO. (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. World Health Organization.
- WHO. (2022). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. In W. H. Organization (Ed.), WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization © World Health Organization 2022.

- Widström, A.-M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice [<https://doi.org/10.1111/apa.14754>]. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204.
- Wilson, N., Wynter, K., Fisher, J., & Bei, B. (2018). Related but different: distinguishing postpartum depression and fatigue among women seeking help for unsettled infant behaviours. *BMC Psychiatry*, 18(1), 309. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1892-7>
- Wingate, A. (1999). Defining and Measuring Fatigue [<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00420.x>]. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 45-50. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00420.x>
- Wubetu, A. D., Engidaw, N. A., & Gizachew, K. D. (2020). Prevalence of postpartum depression and associated factors among postnatal care attendees in Debre Berhan, Ethiopia, 2018. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 189. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02873-4>
- Xie, R. H., He, G., Liu, A., Bradwejn, J., Walker, M., & Wen, S. W. (2007). Fetal gender and postpartum depression in a cohort of Chinese women. *Soc Sci Med*, 65(4), 680-684. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.003>
- Yanikkerem, E., Ay, S., & Piro, N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*, 39(1), 180-187. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x>
- Ye, Z., Wang, L., Yang, T., Chen, L. Z., Wang, T., Chen, L., . . . Qin, J. (2022). Gender of infant and risk of postpartum depression: a meta-analysis based on cohort and case-control studies. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 35(13), 2581-2590. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1786809>
- Zheng, Y., Xia, Y., Ye, W., & Zheng, C. (2022). The Effect of Skin-to-Skin Contact on Postoperative Depression and Physical Recovery of Parturients after Cesarean Section in Obstetrics and Gynecology Department. *Comput Math Methods Med*, 2022, 9927805.
- Zubaran, C., & Foresti, K. (2013). The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sex Reprod Healthc*, 4(1), 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.12.001>

Apêndices

Apêndice A: Enquadramento do campo onde decorre a investigação

O Baixo Alentejo é uma sub-região da extensa Região do Alentejo, abrangendo uma área de 8.544,6 km², correspondente a 10,8% do território nacional. A área de influência da Unidade de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), EPE coincide geograficamente com o Baixo Alentejo abrangendo 13 Concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira, e 83 freguesias. A área média das freguesias desta sub-região é de 102,9 km², bastante superior à média nacional (21,7 km²). A densidade populacional do Baixo Alentejo corresponde a 13.5 hab/km², com concelhos que atingem 8,8hab/Km², ou 7,3hab/Km², ou mesmo 4.8hab/Km², como é o exemplo de Alvito, Ourique e Mértola respetivamente, algo que imprime características particulares, quando se constata em média, no país 112.4hab/Km²(i.e.,Pordata;<https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>). A população residente na área é cerca de 126.192 indivíduos. O Baixo Alentejo é limitado a norte pelo Distrito de Évora, a leste por Espanha, e a Sul pelo Distrito de Faro, conforme figura 17.



Figura 17 Concelhos da região de abrangência da ULSBA

Curiosamente o Índice Sintético de Fecundidade (ISF), que na grande parte dos concelhos se mantinha em 2001 abaixo dos dados nacionais (Portugal ISF 1.45 em 2001), encontra-

se em 2021, na maioria dos concelhos acima dos dados (Portugal ISF em 2021=1.34), conforme figura 18.

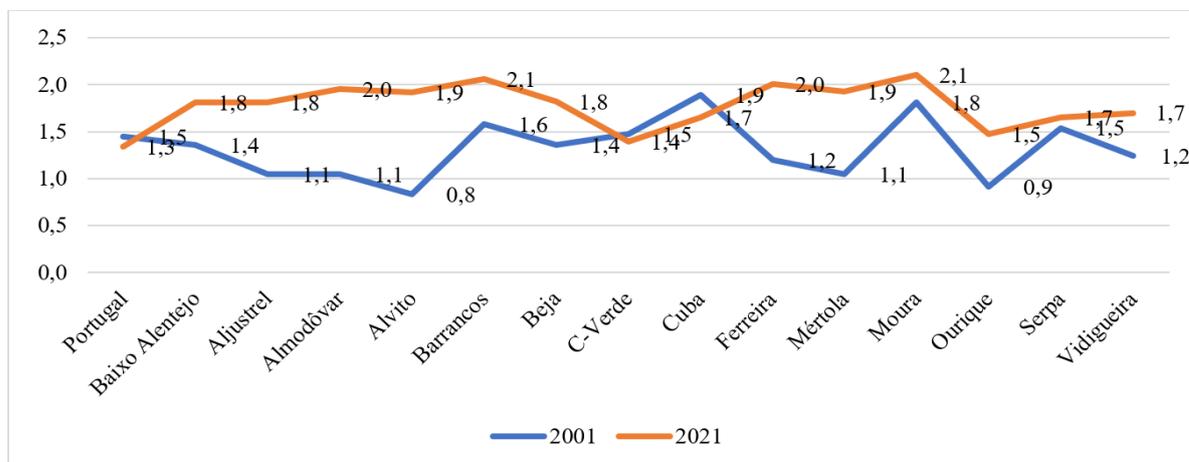


Figura 2 Índice Sintético de Fecundidade em Portugal e concelhos do Baixo Alentejo em 2001 e 2021

As grávidas desta região recorrem aos centros de saúde locais para consultas de vigilância de saúde materna de baixo risco com equipas de saúde familiar, com apoio de EESMO, psicólogas, nutricionistas, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta da fala. As ecografias de 1º, 2º e 3º trimestre são feitas no hospital em Beja. A representação percentual das potenciais clientes dos CSP do Baixo Alentejo, de acordo com o grupo etário, por cada 1000 mulheres encontram-se na tabela 11, conforme dados Pordata (<https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+fecundidade+por+grupo+et%3%a1rio-454>). Destaca-se Aljustrel no que respeita a mães adolescentes (75.9%), Barrancos no grupo de mães jovens (20-24 anos=95.2), com mais de 35 anos Moura (35-39 anos=69,6%), Beja e Castro Verde (40-44 anos=26.1%) e Mértola (45-49 anos=5.7%)

Tabela 11 Taxa de fecundidade por grupo etário – Ano 2021

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Aljustrel	75.9	70.4	86.5	77.7	39.2	11.6	0
Almodôvar	13.7	45.6	102.1	158.6	52.1	18.5	0
Alvito	0	44.4	128.2	157.9	28.2	25.3	0
Barrancos	25.6	95.2	90.9	200	0	0	0
Beja	26.2	43.4	91.5	108.4	67	26.1	0.8
Castro Verde	11.6	25.4	62.5	91.2	60.7	26.1	0
Cuba	0	53.8	100	130.2	38.5	7.1	0
Ferreira do Alentejo	12.8	57.6	176.7	67.5	68.4	19	0
Mértola	9.4	71.1	104	138.5	44.3	12.2	5.7
Moura	55.8	72.5	100.6	109	69.6	12.3	0
Ourique	10.2	63.2	91.5	65.6	47.2	17.1	0
Serpa	29.6	53.3	55.2	103.8	67.9	19.6	0
Vidigueira	16.3	64.3	74.8	97.2	55.2	32.3	0
Portugal	5.8	27.6	64.1	93.1	61.1	15.9	1.3

Há 7 EESMO para prestar cuidados de saúde materna especializada às utentes de 13 UCSP da ULSBA. A EESMO realiza uma consulta de enfermagem de saúde materna por trimestre, os registos cardiotocográficos (CTG) semanais a partir das 35/36 semanas, aulas de preparação para a parentalidade e parto e a colheita de exsudados vaginais e retais para pesquisa de streptococcus grupo B entre as 35 e as 37 semanas de gestação. Além destas funções, administra as vacinas e imunoglobulinas de acordo com o plano nacional de vigilância da gravidez nacional e a recolha de sangue para o teste de diagnóstico precoce. Destaca-se também o apoio à amamentação no puerpério. Todos os casais são encaminhados para a maternidade para o momento do parto se for o desejo deles.

Em 2019, na maternidade de Beja de acordo com os dados do SNS (transparencias.sns.gov.pt) houve 1012 partos (315 cesarianas), em 2020 houve 980 partos (293 cesarianas), em 2021 houve 1006 partos (285 cesarianas). Nestes dados ainda estão incluídas algumas grávidas vindas de outros locais, principalmente do litoral alentejano.

A baixa densidade populacional, aliada à extensão territorial, leva a dispersão populacional, o que conduz a que os locais necessitem por vezes de percorrer grandes distâncias para aceder a educação, cultura e lazer e cuidados de saúde, em particular nos concelhos mais periféricos. Paralelamente, trata-se de uma população que se debate com baixo poder de compra *per capita* (i.e. 86.3 em 2019 <https://www.pordata.pt/Municipios/Poder+de+compra+per+capita-118>), afetada pela maior taxa de desemprego feminino no Continente (i.e., 9,5 <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>), maior ratio de utentes por médico 352.3, representando o dobro da média no país (i.e., 176.4) <https://www.pordata.pt/Municipios/Habitantes+por+m%c3%a9dico+e+farmac%c3%aa+utico-495> . É importante manter e garantir a equidade e igualdade no acesso à informação em todos os concelhos da sua área de abrangência, particularmente por parte de todas as mulheres/casais grávidos.

Apêndice B: Pesquisa na BD Medline no browser PubMed sobre Prevalência de DPP

Entendendo a prevalência como a proporção ou número total de casos, numa dada população, num determinado período temporal, realizou-se uma busca rápida na base de dados PubMed® como está descrito na Figura 19 e na tabela 12. Aplicou-se um conjunto de descritores, construindo a equação booleana:

((("Depression, Postpartum"[Mesh]) OR "Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) AND ((("Postpartum Period"[Mesh]) OR "Postnatal Care"[Mesh]) OR "Perinatal Care"[Mesh]) AND ("Prevalence"[Mesh])

De 2019 a 2022

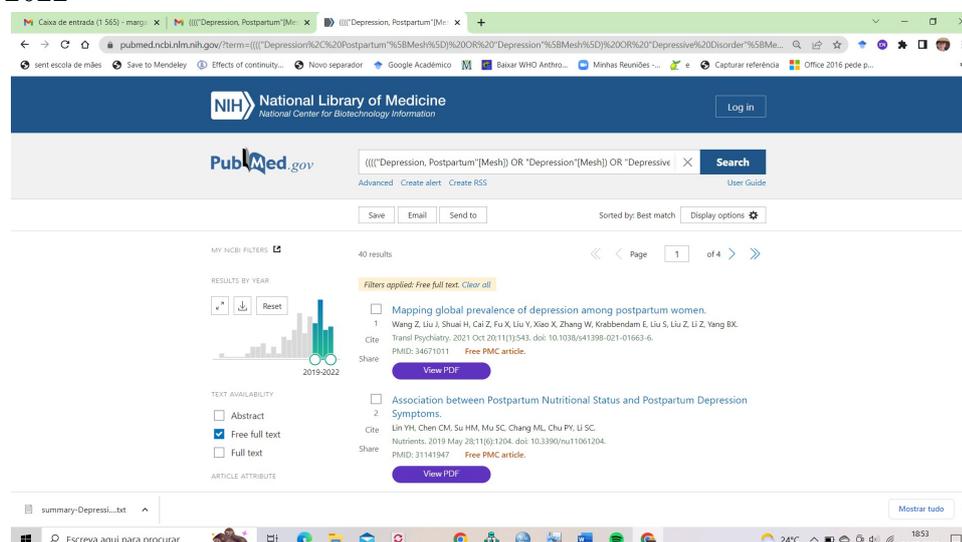


Figura 19 Busca na base de dados Pubmed

Tabela 12 Revisão bibliográfica

Autor	Tipo Estudo	Países	Amostra	Instrumento	Prevalência
(Wang et al.,2021b)☼	Meta-regressão (565 estudos)	80	1236365	EPDS ☼ PDS ☼	17.22% (95% CI 16.00-18.51) Southern Africa the highest (39.96%)
(Lin et al.,2019)	Transversal	Taiwan	344	EPDS _≥ 10	8.4%
(Ostacoli et al.,2020)	Transversal	Italia	163	EPDS _≥ 11	44.2%
(Wubetu et al.,2020)	Transversal	Etiopia	308	EPDS _≥ 13	15.6% (IC 95% = 11.7; 19.8)
(Liu et al.,2021)	Transversal	China	1136	EPDS _≥ 13	23.5
(Adeyemo et al., 2020)	Transversal	Nigeria	250	EPDS _≥ 13	35.6%
(Suárez-Ricoet al., 2021)	Transversal	Mexico	293	EPDS _≥ 13	39.2% (34-45%)

☼Refere estudos em Portugal onde a prevalência era de 18.28(12.57-25.81)

☼EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale

☼PDS – Postpartum Depression Screening Scale

Apêndice C: Questionário de recolha de dados

Página 1	Página 2
<p>Pós-parto. Vivências Materna.</p> <p>Apresento-me como a Enfermeira Solange Silva, enfermeira nos cuidados primários da ULSBA. Encontro-me a desenvolver um trabalho junto da população e venho por este meio pedir a sua colaboração, respondendo a um questionário.</p> <p>Tem por objetivo a) descrever as experiências de Parto e aleitamento materno e b) identificar situações de risco pós-parto. A sua participação é facultativa e pode, em qualquer momento, cancelar o preenchimento. Serão salvaguardados todos os aspetos de anonimato e confidencialidade dos dados. Muito agradeço a sua colaboração.</p> <p>*Obrigatório</p> <p>Vivências maternas no Baixo Alentejo</p>  <p>1. Se compreendeu o acima referido, se sente estar esclarecida e aceita participar, peço-lhe o favor de clicar "sim" no espaço que está abaixo. *</p> <p>Marcar apenas uma oval.</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>	<p>2. Data de hoje</p> <p>_____</p> <p><i>Exemplo: 7 de janeiro de 2019</i></p> <p>3. Dia de entrada na maternidade</p> <p>_____</p> <p><i>Exemplo: 7 de janeiro de 2019</i></p> <p>4. Hora de entrada na maternidade (horas e minutos aproximadamente)</p> <p>_____</p> <p><i>Exemplo: 08:30</i></p> <p>5. Data do parto</p> <p>_____</p> <p><i>Exemplo: 7 de janeiro de 2019</i></p> <p>6. Qual a hora do nascimento do seu filho/a (horas e minutos)</p> <p>_____</p> <p><i>Exemplo: 08:30</i></p> <p>7. Peso do seu filho/a ao nascer (exemplo: 3,260Kg)</p> <p>_____</p> <p>8. Qual a sua idade?</p> <p>_____</p>
Página 3	Página 4
<p>9. 4.Qual a sua origem?</p> <p>Marcar apenas uma oval.</p> <p><input type="radio"/> 1.Portugal <input type="radio"/> 2.Brasil <input type="radio"/> 3.Cabo Verde <input type="radio"/> 4.Angola <input type="radio"/> 5.Moçambique <input type="radio"/> 6.Guiné <input type="radio"/> 7.Europa de Leste <input type="radio"/> 8.India <input type="radio"/> 9.China <input type="radio"/> 10.Bangladesh <input type="radio"/> 11.Outros países</p> <p>10. 5.Qual o seu estado civil</p> <p>Marcar apenas uma oval.</p> <p><input type="radio"/> 1.Solteira <input type="radio"/> 2.Casada/União de Facto <input type="radio"/> 3.Divorciada</p> <p>11. 6.Qual a sua escolaridade</p> <p>Marcar apenas uma oval.</p> <p><input type="radio"/> 1.Instrução primária <input type="radio"/> 2. 9º Ano <input type="radio"/> 3. 12º Ano <input type="radio"/> 4.Bacharelato ou Licenciatura <input type="radio"/> 5.Mestrado <input type="radio"/> 6.Doutoramento</p> <p><i>Avançar para a pergunta 12</i></p>	<p>Sentimentos e Experiências</p> <p>Como teve um bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente. Por favor marque um X na resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias (Cox et al, 1987; Versão da DGS, 2005)</p> <p>12. 1.Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas</p> <p>Marcar apenas uma oval.</p> <p><input type="radio"/> 0.Tanto como antes <input type="radio"/> 1.Menos que antes <input type="radio"/> 2.Muito menos que antes <input type="radio"/> 3.Nunca</p> <p>13. 2.Tenho tido esperança no futuro</p> <p>Marcar apenas uma oval.</p> <p><input type="radio"/> 0.Tanta como sempre tive <input type="radio"/> 1.Bastante menos do que costumava ter <input type="radio"/> 2.Muito menos do que costumava ter <input type="radio"/> 3.Quase nenhuma</p> <p>14. 3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal</p> <p>Marcar apenas uma oval.</p> <p><input type="radio"/> 0.Sim, a maioria das vezes <input type="radio"/> 1.Sim, algumas vezes <input type="radio"/> 2.Raramente <input type="radio"/> 3.Não, nunca</p>

15. 4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo

Marcar apenas uma oval.

- 0. Não, nunca
- 1. Quase nunca
- 2. Sim, por vezes
- 3. Sim, muitas vezes

16. 5. Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo

Marcar apenas uma oval.

- 0. Sim, muitas vezes
- 1. Sim, por vezes
- 2. Não, raramente
- 3. Não, nunca

17. 6. Tenho sentido que são coisas demais para mim

Marcar apenas uma oval.

- 0. Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
- 1. Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
- 2. Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
- 3. Não, resolvo-as tão bem como dantes

18. 7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal

Marcar apenas uma oval.

- 0. Sim, quase sempre
- 1. Sim, por vezes
- 2. Raramente
- 3. Não, nunca

19. 8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz

Marcar apenas uma oval.

- 0. Sim, quase sempre
- 1. Sim, muitas vezes
- 2. Raramente
- 3. Não, nunca

20. 9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro

Marcar apenas uma oval.

- 0. Sim, quase sempre
- 1. Sim, muitas vezes
- 2. Só às vezes
- 3. Não, nunca

21. 10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma

Marcar apenas uma oval.

- 0. Sim, muitas vezes
- 1. Por vezes
- 2. Muito raramente
- 3. Nunca

22. Por favor, assinale com X a opção que melhor corresponde à sua exp
Marcar apenas uma oval por linha.

	1.Discordo Totalmente	2.Discordo Muito	3.Concordo Muito	4.Concordo Totalmente
1.O trabalho de parto e parto decorreram como eu esperava	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Senti-me forte durante o trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Senti-me capaz durante o trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Senti-me feliz durante o trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Senti que lidei bem com a situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Senti-me cansada durante o trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. 7.Em geral, durante o trabalho de parto, que nível de dor sentiu? Diga-nos um valor, * entre 0 e 100

0 100

Sem Dor Maior Dor Possível

24. 8.Em geral, durante o trabalho de parto, que capacidade de controle sentiu. Diga-nos * um valor, entre 0 e 100

0 100

Nenhum controle Controlo Total

Pagina 9

25. Por favor, assinale com X a opção que melhor corresponde à sua experiência
Marcar apenas uma oval por linha.

	1.Discordo totalmente	2.Discordo muito	3.Concordo muito	4.Concordo totalmente
9.Senti medo durante o trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.A noção com que fiquei sobre as competências da equipa fez com que me sentisse segura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Tenho muitas recordações positivas do parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Tenho muitas recordações negativas do parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Algumas das recordações que tenho sobre o parto fazem-me sentir deprimida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pagina 11

Pagina 10

26. 14.Em geral, durante o trabalho de parto, que nível de segurança sentiu. Diga-nos um * valor, entre 0 e 100

0 100

Nenhuma segurança Segurança Total

Pagina 12

27. Por favor, assinale com X a opção que melhor corresponde à sua experiência

Marcar apenas uma oval por linha.

	1. Discordo totalmente	2. Discordo muito	3. Concordo muito	4. Concordo totalmente
15. Tanto eu como o meu marido/companheiro fomos tratados de forma calorosa e com respeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Gostaria que a parteira tivesse estado mais presente durante o trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Gostaria que a parteira me tivesse encorajado mais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. A parteira proporcionou um ambiente de tranquilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A parteira ajudou-me a encontrar a força interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Gostaria que a equipe me tivesse ouvido mais, durante o trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Particpei tanto quanto desejava nas decisões sobre os cuidados e tratamento que recebi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Recebi a informação de que precisava durante o trabalho de parto e parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. 23. Em geral, durante o trabalho de parto, que apoio sentiu da parte da enfermeira? *
Diga-nos um valor, entre 0 (nenhuma segurança) e 100 (segurança total)

0 . 100

Nenhum apoio Apoio Total

29. 6. Frequentou Aulas de Preparação para o Parto/Nascimento

Marcar apenas uma oval.

1. Sim
 2. Não

30. 7. A sua gravidez foi planeada?

Marcar apenas uma oval.

1. Sim
 2. Não

31. 8. A gravidez teve complicações?

Marcar apenas uma oval.

1. Sim
 2. Não

32. 9. Qual o sexo do seu bebê (o último)

Marcar apenas uma oval.

1. Masculino
 2. Feminino

33. 10 Qual foi o tipo de parto?

Marcar apenas uma oval.

1. Normal
 2. Ferros/Ventosa
 3. Cesariana de urgência
 4. Cesariana com data marcada

34. 11. Quem assistiu o parto?

Marcar apenas uma oval.

1. Enfermeiro/a
 2. Médico/a

35. 12. Teve acompanhante durante a dilatação?

Marcar apenas uma oval.

1. Sim
 2. Não

36. 13. Se esteve acompanhada durante a dilatação, quem a acompanhou

37. 14. Teve acompanhante durante o parto?

Marcar apenas uma oval.

1. Sim
 2. Não

38. 15. Se teve acompanhante durante o parto, quem a acompanhou?

39. 16. Após o nascimento, fez contato pele a pele com o bebê?

Marcar apenas uma oval.

1. Sim
 2. Não

40. 17. O bebê mamou na primeira hora de vida?

Marcar apenas uma oval.

1. Sim
 2. Não

41. 18. Como alimentou o seu bebê na maternidade?

Marcar apenas uma oval.

1. Só leite materno
 2. Só leite artificial
 3. Leite artificial e leite materno

Página 15

42. 19. Teve dificuldades em amamentar?

Marcar apenas uma oval.

1. Sim
 2. Não

43. 19.1 Se teve dificuldades, quais foram?

44. 20. Como relaciona a amamentação com os seus sentimentos?

45. 21. Neste momento, como alimenta o seu bebê?

Marcar apenas uma oval.

1. Só leite materno
 2. Só leite artificial
 3. Leite materno com leite artificial

Apêndice D: Parecer Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento	2	2	0	0	5
------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Comissão de Ética da Universidade de Évora

A Comissão de Ética da Universidade de Évora informa que, com base nas apreciações favoráveis dos seus membros, deliberou dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto: “*Saúde Mental no puerpério: Experiências de mulheres - mães da ULSBA.*”, pela mestrand **Solange Pereira Fernandes da Silva** sob a supervisão da Prof.^a Doutora Maria Margarida Fialho Santana Sim-Sim (responsável académica).

Universidade de Évora, 03 de janeiro de 2022

A Presidente da Comissão de Ética

(Prof.^a Doutora Margarida I. Almeida Amoedo)

Apêndice E: Pedido de aprovação do estudo na ULSBA



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

**ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO
DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE
ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

PR.344.0

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: Saúde Mental no puerpério: Experiências de mulheres - mães da ULSBA

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Solange Silva

Filiação Institucional: URAP – Grupo Saúde Materna

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Investigador responsável/orientador: Solange Silva

Justificação:

O nascimento de um/a filho/a, afirma socialmente a família na sucessão das gerações, modifica e cria novos parentescos, atribui papéis e funções. Será porventura uma das fases mais desafiadoras da vida para as figuras parentais. A experiência do parto e nascimento é marcante, podendo ter efeitos a curto e longo prazo. As experiências positivas relacionam-se com fatores internos e externos da pessoa, com força individual, sensações de controlo pessoal, além de interações/contactos satisfatórios com os profissionais, nomeadamente quando exprimem apoio e capacidade de confortar (Dencker et al., 2020). As experiências do parto podem ser avaliadas através de um instrumento dirigido para esse fim, o Questionário de Experiência de Parto (CEQ) (Dencker et al., 2020; Dencker et al., 2010).

O puerpério é considerado habitualmente pelos profissionais de saúde portugueses como as primeiras seis semanas pós-parto, dado que nas Normas de Orientação Clínica (NOC) a consulta de revisão se situa entre a 4ª e 6ª semana (DGS, 2015), ou seja entre 28 e 42 dias.

Desde há alguns anos se reconhece que a assistência puerperal termina, quando as mulheres estão ainda em esforço de adaptação às mudanças de papéis e ao novo ambiente familiar (Mercer, 1985). Mais recentemente, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) emitiu o parecer 736, avançando a ideia de otimizar os cuidados puerperais através da realização de consulta abrangente na 12ª semana pós-parto, remetendo assim para um espaço temporal alargado (ACOG, 2018).

No puerpério ocorre frequentemente o *maternity blues* ou *blues*, fruto das alterações biopsicossociais. Surge com frequência, aproximadamente entre o segundo e o quinto dia pós-parto. Em geral a mulher recupera até às duas semanas posteriores ao parto. Porém, em algumas mulheres, agudizam-se os sintomas, prolongam-se no tempo, afetando a capacidade de retornar às funções normais, prejudicando o relacionamento entre a mãe e o recém-nascido (RN) (Mughal et al., 2020). A DPP instala-se tipicamente cerca das 4 a 6 semanas pós-parto (Mughal et al., 2021), correndo-se o risco de não ser identificada pelos agentes de saúde.

A representação percentual da DPP tem sido objeto de investigação epidemiológica, mas a prevalência é dispar entre os países. Em meta-análise, os resultados oscilam entre mínimos em Singapura, Nepal e Holanda (i.e., .03%, .07 e .08 respetivamente) e máximos na África do Sul e Chile (i.e., .37% e .38% respetivamente), estando Portugal representado por 16% (Hahn-Holbrook et al., 2018). Contudo no nosso país, utilizando o ponto de corte ≥ 10 na triagem com Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), dois estudos identificaram aos 3 meses pós-parto, uma prevalência de 14.4% (Figueiredo & Conde, 2011) e 26.7% (Figueiredo & Costa, 2009).

A DPP possui alguns fatores de risco: a) psicológico (i.e., história de depressão e ansiedade; atitude de rejeição quanto ao sexo do RN, entre outros), b) obstétrico (i.e., gravidez de risco e hospitalização; prolapso do cordão; prematuridade ou baixo peso, entre outros), c) fatores sociais (i.e., carência de apoio social; violência doméstica; tabagismo entre outros), d) fatores orgânicos (i.e., carência de vitamina B6 no ciclo de conversão em triptofano e posteriormente em serotonina; hábitos de sono; síndrome pré-menstrual entre outros) (Mughal et al., 2021). Tanto estes fatores, como as consequências da saúde mental perturbada no pós-parto são enunciados



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

**ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO
DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE
ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

PR.344.0

como preocupações no nosso país (CNS, 2019).

Se se tiver em conta que o a) exercício da maternidade é culturalmente enraizado nas tradições, costumes e crenças de gerações anteriores, ou seja no estereótipo da maternidade que se transmite, b) que em fase anterior à Pandemia no ano 2019, Portugal estava em primeiro lugar na EU com mais pessoas a sofrer de depressão crónica (i.e., 12.2% face à média Europeia 7.2%) e que c) que nas mulheres essa representação atingia 16,4% (Eurostat, 2021), parece ser adequado identificar a depressão como matéria a investigar. No âmbito da Saúde Materna, agrava-se a importância no contexto pandémico (i.e., dados recolhidos em maio-agosto de 2020), pois os estudos apontam para uma associação entre sintomas depressivos no puerpério e vínculo materno-infantil com menor qualidade, considerando fundamental rastrear a depressão pós-parto (Liu et al., 2021).

A DPP é atualmente reconhecida como um problema de saúde pública significativo (Wan Mohamed Radzi et al., 2021). O subdiagnóstico, embora poupe a mulher do confronto sociofamiliar com o estigma da saúde mental ou oculte temporariamente a imagem imperfeita de ser mãe, tem implicações graves na saúde da família (Ahmed et al., 2017; Johansson et al., 2020; Kazemi et al., 2018; Ta Park et al., 2019) e tal, leva à invisibilidade estatística, à negação de dados epidemiológicos. Os dados epidemiológicos fazem falta para o reconhecimento dos problemas de saúde, pois só é possível avaliar a dimensão, cientificamente fundamentada, com abordagens a populações representativas (Gusmão, 2005).

Na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), não se conhece a incidência da DPP (i.e., proporção de novos casos surgidos numa determinada população e num determinado intervalo de tempo) nem a prevalência de DPP (i.e., total de pessoas que mantém a sintomatologia depressiva um determinado período de tempo), desconhecendo-se também quais as formas de triagem desta patologia, nomeadamente a utilização da EDPS (DGS, 2005). Mas sendo o Alentejo a região do país onde a proporção de utentes com registo depressão e de ansiedade são as mais elevadas (i.e., 13.4% e 8.8% respetivamente), além de no género feminino ser a mais elevada no país (CNS, 2019), será útil aplicar a EDPS em puérperas.

Este instrumento clínico, cuja aplicação é recomendada em Portugal desde 2005, renovada em 2015 (DGS, 2005, 2015), é na realidade uma NOC, aplicável por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Tanto quanto foi possível observar à data do atual projeto, não se identificam publicações em periódicos, que realizadas por EESMO, possam ter investigado sobre a triagem da DPP na área de abrangência ULSBA. Em consonância com a ideia de investigar sobre a triagem da DPP, são reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, estratégias que podem concorrer para diminuir a casuística, nomeadamente nos Cursos de Preparação para a Parentalidade (CPP) (CNS, 2019), dos quais as EESMO são agentes. Além disso, as EESMO têm contacto frequente com as puérperas, pois realizam o teste do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (i.e., PKU/HC), apoiam o Aleitamento Materno, contactam com a diáde mãe-filho nos vários episódios vacinais.

Objetivos do Estudo:

Os objectivos iniciais para este projeto são:

- Realizar a triagem de Depressão Pós-Parto através da EDPS de mulheres utentes dos cuidados primários da ULSBA
- Descrever as Experiências de Parto de mulheres utentes da ULSBA
- Relacionar o score da EDPS com a percepção de Experiências de Parto

Data prevista de início dos trabalhos: Março 2022

Data prevista de fim dos trabalhos: Dezembro 2022



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

**ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO
DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE
ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

PR.344.0

Metodologia

Tipo de Estudo:

Estudo Retrospetivo

População e Amostra/Informantes:

O projeto tem como público-alvo mulheres/casais no pós parto da zona de abrangência da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE.

Critérios de Inclusão/Exclusão:

Os critérios de inclusão são: 1) mulheres adultas, 2) com filho vivo, 3) que saibam ler e escrever português.

Os critérios de exclusão são: 1) mulheres cujos RN apresentem alguma patologia e 2) mulheres com intercorrências clínicas e/ou obstétricas no período puerperal.

Locais onde Decorre a Investigação:

ULSBA

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Em anexo no projeto.

Garantia de Confidencialidade:

Princípios de confidencialidade inerentes aos profissionais de saúde.

As potenciais participantes serão convidadas a participar no estudo, no 3º trimestre da gravidez, nas aulas de PPP. Durante o 1º contacto presencial, aquando do teste do pezinho, será obtido o consentimento informado (Apêndice B), que se repetirá nas vezes seguintes e atribuído um código à puérpera [primeiras 3 letras do apelido + dia de nascimento + mês de nascimento + 3 primeiras letras do nome próprio] que irá constar nos instrumentos de recolha de dados.

Será sempre fornecido o contacto telefónico da mestranda para esclarecimento de dúvidas e para agendamento do segundo contacto.

Será perguntado às potenciais participantes se preferem responder em plataforma on-line. Caso o desejem, será solicitado o endereço e-mail e a recolha de dados decorrerá via mail, nos mesmos momentos acima indicados.

Relativamente aos dados recolhidos em papel: o questionário é entregue a cada participante em envelope opaco, fechado. A participantes responderá em sala reservada, de forma a conseguir-se privacidade. Os dados, serão introduzidos no software SPSS pela mestranda e guardados em computador individual, acessível apenas pela mestranda através de código pessoal.

Nos casos em que as participantes preferirem responderem via on-line, os questionários serão anonimizados.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):



ULSBA
Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

**ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO
DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE
ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

PR.344.0

Em anexo

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação? Não

Explicitar em caso afirmativo:

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação? Sim

Explicitar em caso afirmativo:

Em caso de depressão na gravidez ou no pós parto, a mulher/casal poder receber apoio de uma equipa multidisciplinar (enfermeiros de família e de saúde materna, médico de família, psicólogo e psiquiatra) para ultrapassar a situação.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação: nenhum

ANEXAR

1. **Folha de Consentimento Informado** que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:
 - Identificação do investigador;
 - Identificação do estudo;
 - Objetivos do estudo;
 - Informações relevantes;
 - Caráter voluntário da participação e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo;
 - Confidencialidade das respostas
2. **Instrumento(s) de Colheita de Dados**
3. **Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)
4. **Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão

 <p>ULSBA Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE</p>	<p>ANEXO 1 - FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PEDIDOS DE APRECIÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA RELATIVOS A ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO</p>	<p>PR.344.0</p>
---	---	------------------------

respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data:

O Proponente:

(Assinatura manuscrita)

Apêndice F: Parecer da Comissão de Ética da ULSBA



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE 1979-2019



EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 03/2022 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 09.03.2022 (Ata nº 11, Ponto 5.1)

Aos quatro dias do mês de março de dois mil e vinte e dois, pelas dez horas, na Sala João Paradela do Departamento de Saúde Mental da ULSBA, EPE, reuniu a Comissão de Ética da ULSBA, estando presentes: Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, Ana Cristina Pardal Charraz, Psicóloga, Ana Matos Pires, Assistente Graduada-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Departamento de Saúde Mental, e Presidente desta Comissão, António Joaquim Conceição Silva, Juiz e Presidente da Comarca de Beja, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Rui Manuel Pereira Ruivo, Engenheiro do Serviço de Gestão Integrada da Qualidade, Segurança e Ambiente, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não pôde estar presente e justificou a sua falta Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar.

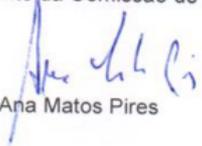
Foram tratados os seguintes assuntos:

«**«PONTO UM – EDOC/2022/6276** – Projeto «Saúde Mental no puerpério: Experiência de mulheres-mães da ULSBA», a realizar por Solange Pereira Fernandes da Silva.

--- Tendo em conta que este Projeto já obteve o parecer favorável de outra Comissão de Ética, esta Comissão tomou conhecimento e nada tem a opor, dando parecer positivo.

Beja, 14 de março 2022

A Presidente da Comissão de Ética


Ana Matos Pires

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES
Rua Dr. António Fernando Covas Lima
7801-849 Beja, Portugal
Tel: (+351) 284 310 200 - Fax: (+351) 284 322 747
geral@ulsba.min-saude.pt - www.ulsba.pt
NIF: 508 754 275

Apêndice G: Apresentação do projeto nas 13 unidades de
saúde familiar na comunidade da ULSBA

Saúde Mental no puerpério

A presente exposição tem como objetivo a apresentação e divulgação do projeto “Saúde Mental no puerpério” às equipas de saúde das UCSP/USF do Baixo Alentejo.

Contextualização:

O conhecimento empírico-científico reconhece que o nascimento de um/a filho/a, afirma socialmente a família na sucessão das gerações, modifica e cria novos parentescos, atribui papéis e funções. No período do puerpério ocorre, frequentemente, a depressão pós-parto (DPP), fruto de alterações biopsicossociais e, geralmente, a mulher recupera até às seis semanas posteriores ao parto. Porém, em alguns casos, os sintomas podem agudizar-se e prolongar-se no tempo, afetando a capacidade de retornar às funções normais e prejudicando o relacionamento entre a mãe e o recém-nascido (RN)(Mughal et al., 2020). A representação percentual da DPP tem sido objeto de investigação epidemiológica, mas a prevalência é díspar entre os países. Em meta-análise, Portugal é representado por 16% de DPP (Hahn-Holbrook et al., 2018). Atualmente, a DPP é reconhecida como um problema de saúde pública significativo (Wan Mohamed Radzi et al., 2021). O subdiagnóstico, embora poupe a mulher do confronto sociofamiliar com o estigma da saúde mental, ou oculte temporariamente a imagem imperfeita de ser mãe, tem implicações graves na saúde da família (Ahmed et al., 2017; Johansson et al., 2020; Kazemi et al., 2018; Ta Park et al., 2019) o que leva à invisibilidade estatística e à negação de dados epidemiológicos, determinantes para o reconhecimento dos problemas de saúde - só é possível avaliar a dimensão, cientificamente fundamentada, com abordagens a populações representativas (Gusmão, 2005).

Justificação:

Na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), não se conhece a incidência da DPP (i.e., proporção de novos casos surgidos numa determinada população e num determinado intervalo de tempo) nem a prevalência de DPP (i.e., total de pessoas que mantém a sintomatologia depressiva um determinado período de tempo), desconhecendo-se, também, quais as formas de triagem desta patologia, nomeadamente a utilização da EDPS (DGS, 2005).

Considerando estes pressupostos, a equipa de trabalho constituída pelas enfermeiras Solange Silva, Úrsula Carvalho, doutoras Inês Neves e Guida Ascenção, têm desenvolvido o projeto "Parentalmente" (no qual se cumpre o Manual de orientação para profissionais para a promoção da saúde mental na **gravidez e pós parto**) aprovado pela comissão de ética e conselho clínico, (Edoc 2019/58900), nos concelhos de Cuba, Vidigueira, Alvito e Serpa.

Este projeto consiste na aplicação de questionários; escalas de stress e ansiedade reduzido, Edimburgo e Beck; assim como entrevistas (sugeridas pela DGS) a grávidas e puérperas. É um trabalho de equipa entre enfermeiras, psicólogas e médicos das referidas unidades de saúde familiar. Se houver depressão grave, a utente pode ser referenciada para a psiquiatria, conforme acordado com a Dra Ana Matos Pires.

Algumas utentes grávidas têm sido encaminhadas para a psicologia clínica e temos tido bons resultados para evitar o agravamento da situação nas mesmas utentes.

No entanto, este grupo de trabalho verificou alguma dificuldade de abordar as puérperas, uma vez que a ação das enfermeiras especialistas em saúde materna na comunidade se centra mais no período da gravidez.

Para ultrapassar esta dificuldade, decidiram aplicar este questionário e escala às puérperas à distância através do preenchimento online do questionário com um telefonema prévio

para motivar a sua participação. Nos diferentes procedimentos foi prevista a proteção de dados das puérperas e a confidencialidade dos mesmos.

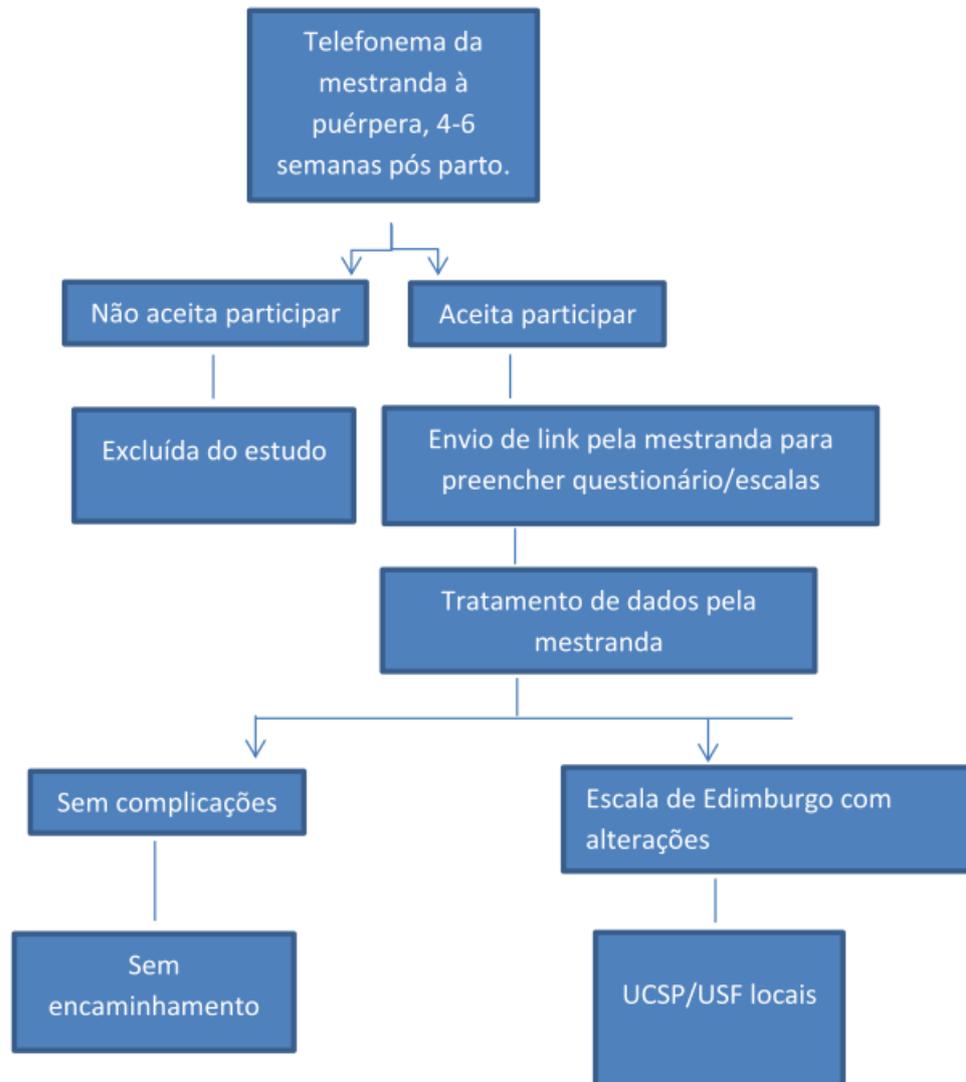
No contexto de realização de mestrado da Enf. Solange Silva, foi aceite o desafio de aplicar a escala de Edimburgo e o questionário a todas as puérperas do distrito, durante 6 meses, e avaliar os resultados com o objetivo de trazer ganhos em saúde às mulheres de todo o distrito e não só nos concelhos de Cuba, Vidigueira, Alvito e Serpa. O concelho clínico aprovou esta medida em edoc 2022/2548 com a indicação que não seja um trabalho meramente académico.

Conclusão:

O cuidado da saúde mental na gravidez e puerpério não está quantificado na nossa região do baixo Alentejo. É um problema que atinge as mulheres e como consequência as suas famílias, particularmente a primeira infância dos filhos. Há fortes recomendações da DGS de formas como proceder perante esta problemática desde 2005. Face ao exposto, solicito que divulguem e motivem o interesse nas vossas unidades de saúde, para o assunto. Pretendemos continuar a realizar o projeto "Parentalmente" a grávidas dos concelhos de Cuba, Vidigueira, Alvito e Serpa, no contexto das consultas de saúde materna. **O estudo da sintomatologia depressiva nas puérperas iremos realizar de forma remota nos 13 concelhos da área de abrangência da ULSBA nos próximos 6 meses de acordo com o esquema em anexo, em contexto de mestrado. Contamos com a vossa colaboração para o seguimento apenas das situações detetadas de risco.** Uma vez terminado o período de 6 meses se quiserem continuar a tratar este tema com os vossos utentes estaremos disponíveis para o que for necessário.

Melhores cumprimentos,
Solange Silva

Esquema 1. Esquema de aplicação de questionário e escala de Edimburgo pós-parto em rede com a equipa das unidades de saúde.



Apêndice H: Flyer de divulgação do projeto aos utentes da ULSBA



Sentimentos e emoções no pós parto

Os meses após o parto constituem um período de elevado risco para a saúde mental da mãe. A mulher tem de se adaptar a todo um conjunto de mudanças a nível biológico, psicológico, conjugal e familiar. Todo esse contexto pode resultar num desequilíbrio mas com ajuda pode ser um momento de desenvolvimento e aquisição de novas competências.

Estamos aqui para ajuda-la enquanto equipa de saúde!



Irá receber um telefonema após 4 semanas da nascimento para preencher um questionário on line.
Se necessário será acompanhada a passar esta fase por vezes turbulenta.

Enf. Solange Silva 912067676

Apêndice I: Análise exploratória dos dados

Estudo da normalidade da variável “Risco de Depressão Pós-Parto [DPP]”

Tabela 1 Teste de normalidade da variável Risco de DPP

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DP Total	,107	200	<,001	,950	200	<,001

a. Lilliefors Significance Correction

Interpretação: o teste Shapiro-Wilk é significativo, indicando que a distribuição se afasta da normalidade [W[g]=200]=.950, p<.001].

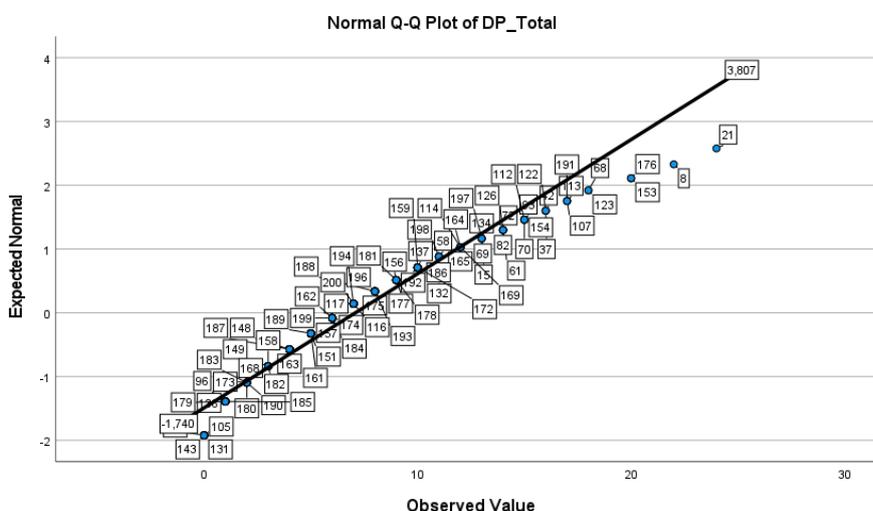


Figura 3 Gráfico Q-Q exibindo a distribuição dos casos na variável Risco de DPP

Interpretação: o diagrama Q-Q normal apresenta os valores esperados se a distribuição fosse normal face aos valores observados. Os esperados apresentam-se na linha reta em preto e os valores observados são os pontos vermelhos

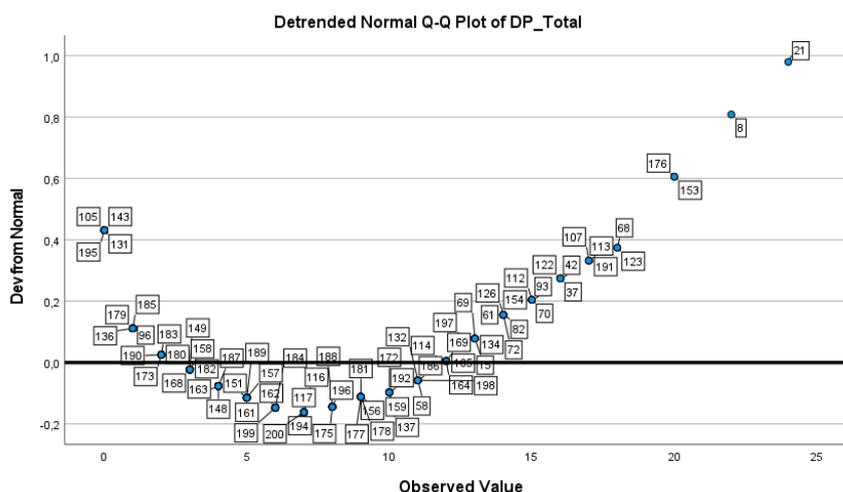


Figura 4 Gráfico Q-Q com os desvios da normal na variável Risco de DPP

Interpretação: no Gráfico Q-Q normal sem tendência a linha horizontal em preto mostra os quantis esperados se a distribuição fosse normal. Os pontos em vermelho mostram a magnitude e direção do desvio nos quantis observados

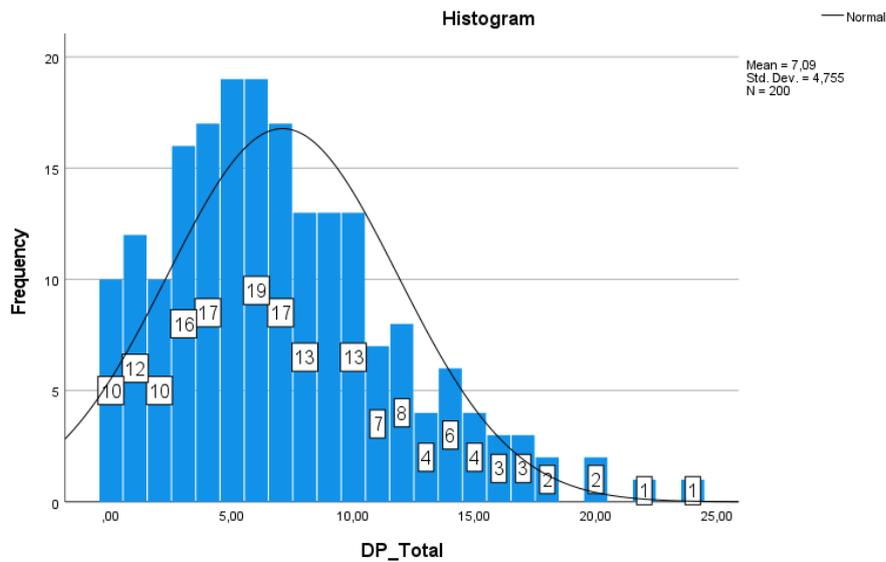


Figura 5 Histograma da distribuição da variável Risco de DPP

Interpretação: Histograma apresenta-se como um gráfico de barras que mostra a distribuição das frequências. A base das barras apresenta uma classe e a altura das barras representa a frequência absoluta.

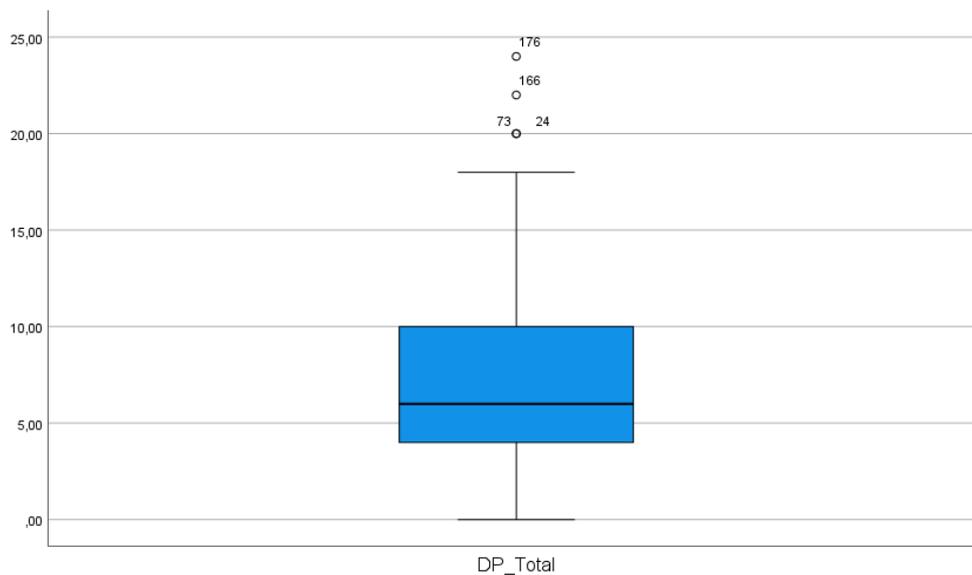


Figura 6 Caixa de bigodes da variável Risco de DPP

Interpretação: a caixa de bigodes é um gráfico de quartis. O traço preto dentro da caixa, representa a mediana. A linha inferior da caixa é o 1º quartil [Q1]; a linha superior da caixa é o 3º quartil [Q3]. O 2º quartil é coincidente com a mediana. O bigode inferior é o valor mínimo da amostra [0]; o bigode superior é o valor máximo da amostra [19], embora ocorram quatro *outliers*. Decide-se pela manutenção dos *outliers* pois não são severos.

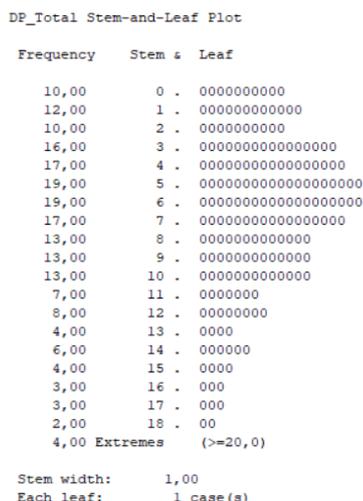


Figura 7 Diagrama de Caules e Folhas da variável Risco de DPP

Interpretação: o diagrama de Caules e folhas, apresenta a mesma informação que o histograma, mas é possível, de forma mais clara, o leitor perceber-se da disposição dos casos na distribuição (Marôco, 2021). Caule: Do lado esquerdo está a coluna das dezenas; Folhas: do lado direito da está a coluna das unidades. Existem 10 observações com pontuação 0; existem 12 observações com pontuação 1; existem 10 observações com pontuação 2; existem 19 observações com pontuação 5 e mais 19 com pontuação 6 [...].

Dada a não-normalidade, calculou-se o algoritmo de transformação em duas etapas (Templeton, 2011) e observou-se a normalidade da distribuição, conforme teste Shapiro-Wilk na tabela.

Tabela 2 Teste de normalidade da variável Risco de DPP normalizada

	Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
DPP Normal	,053	199	,200*	,987	199	,074	

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Análise da Escala DPP

Tabela 3 Sumário dos casos

		N	%
Cases	Valid	200	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	200	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Tabela 4 Consistência interna da escala DPP

Cronbach's Alpha	N of Items
,868	10

Tabela 5 Estatísticas descritivas dos itens da escala DPP

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DP3_R	5,6750	17,668	,573	,406	,858
DP5_R	6,0400	17,204	,662	,485	,849
DP6_R	5,9700	17,848	,607	,413	,854
DP7_R	6,6700	18,564	,627	,501	,852
DP8_R	6,5200	18,241	,668	,601	,849
DP9_R	6,6100	18,129	,686	,642	,848
DP10_R	6,9850	20,950	,394	,280	,869
DP1	6,7850	19,506	,616	,454	,856
DP2	6,9400	20,579	,458	,347	,865
DP4	5,5700	17,141	,634	,478	,853

Estudo da normalidade da variável “Satisfação com a Experiência do parto [CEQ]”

Tabela 6 Teste de normalidade da variável Satisfação com a Experiência de Nascimento

CEQ Total Media	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	,082	176	,006	,975	176	,003

a. Lilliefors Significance Correction

Interpretação: o teste Shapiro-Wilk é significativo, indicando que a distribuição se afasta da normalidade [W[g]=176]=.975, p<.003]

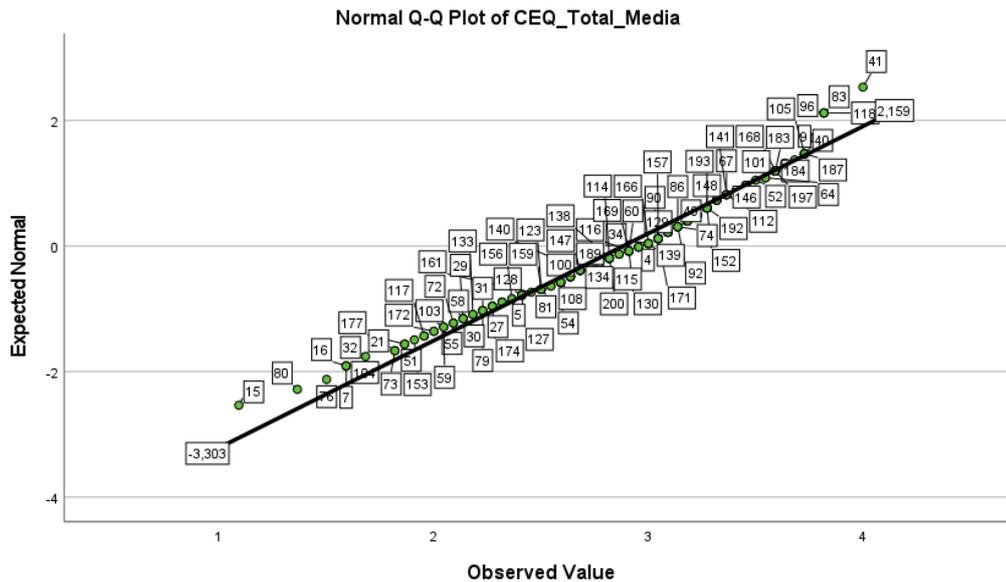


Figura 8 Distribuição dos casos na variável CEQ em gráfico Q-Q

Interpretação: o diagrama Q-Q normal apresenta na variável CEQ, os valores esperados se a distribuição fosse normal face aos valores observados. Os valores esperados representam-se através da linha reta em preto e os valores observados nos pontos verdes.

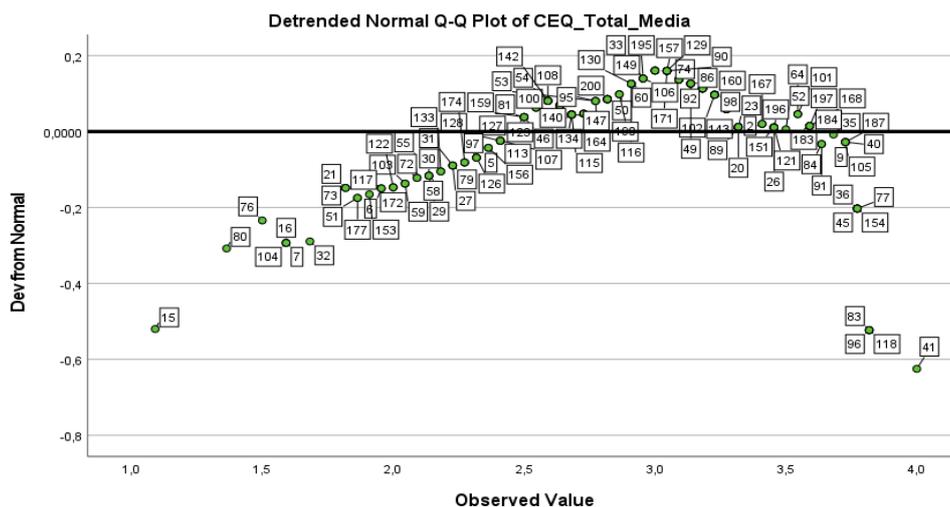


Figura 9 Distribuição dos casos na variável CEQ em gráfico Q-Q com os desvios da normal

Interpretação: no Gráfico Q-Q normal sem tendência a linha horizontal em preto mostra os quantis esperados se a distribuição fosse normal. Os pontos verdes exibem a magnitude e direção do desvio nos quantis observados

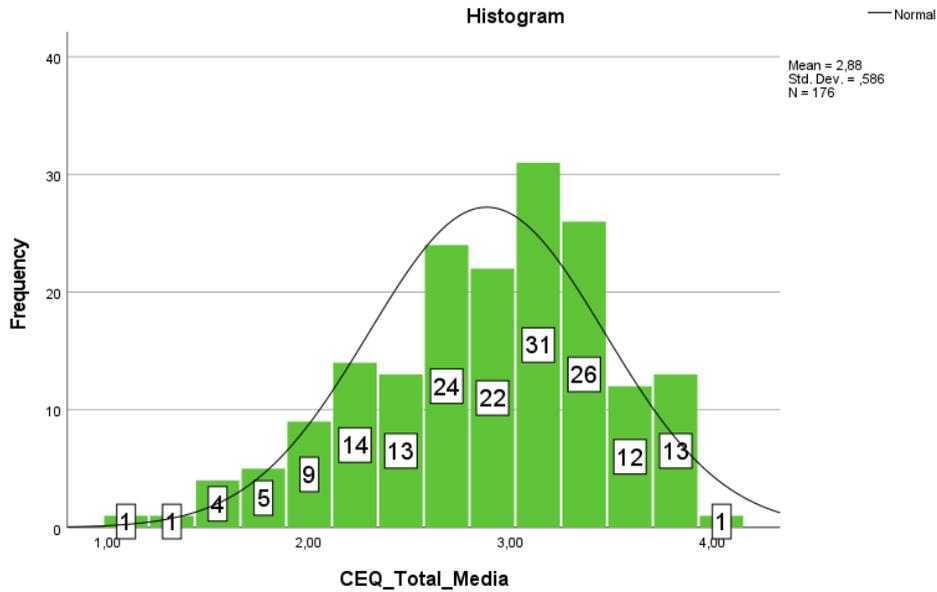


Figura 10 Histograma da distribuição da variável CEQ

Interpretação: Histograma mostra a distribuição das frequências. A base das barras apresenta uma classe e a altura das barras representa a frequência absoluta. A distribuição tem assimetria esquerda ou negativa, perceptível na maior cauda à esquerda

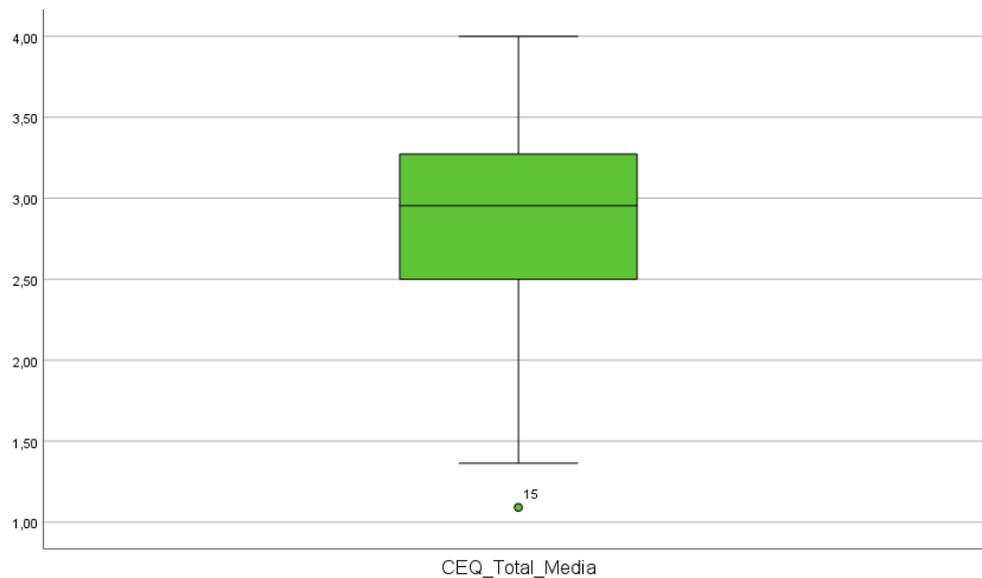


Figura 11 Caixa de bigodes da variável CEQ

Interpretação: a caixa de bigodes é um gráfico de quartis. No caso da variável CEQ, apresenta um *outlier* [o caso 15], que não sendo severo, se vai manter.

CEQ_Total_Media

CEQ_Total_Media Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem &	Leaf
1,00	Extremes	(=<1,1)
1,00	1 .	3
4,00	1 .	5555
1,00	1 .	6
7,00	1 .	8888999
11,00	2 .	00000011111
11,00	2 .	2222233333
16,00	2 .	44444555555555
19,00	2 .	66666666666677777
18,00	2 .	888888888899999999
30,00	3 .	00000000000000000000111111111111
23,00	3 .	22222222222222223333333333
17,00	3 .	444444444455555555
13,00	3 .	6667777777777
3,00	3 .	888
1,00	4 .	0

Stem width: 1,00
Each leaf: 1 case(s)

Figura 12 Diagrama de Caules e Folhas da variável CEQ

Interpretação: No diagrama de Caules e folhas, é possível ver a disposição dos casos na distribuição

Estudo da consistência interna da escala CEQ

Tabela 7 Sumário dos casos

		N	%
Cases	Valid	176	88,0
	Excluded ^a	24	12,0
	Total	200	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Tabela 8 Consistência interna da escala CEQ

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,911	,915	22

Tabela 9 Estatísticas descritivas dos itens da escala CEQ

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CEQ6_R	61,0966	160,922	,173	,302	,915
CEQ9_R	61,0568	157,174	,330	,352	,911
CEQ12_R	60,4091	149,397	,630	,608	,905
CEQ13_R	60,1307	151,131	,591	,564	,906
CEQ16_R	60,4489	151,369	,535	,656	,907
CEQ17_R	60,4261	150,566	,547	,733	,907
CEQ20_R	60,3807	151,837	,518	,535	,907
CEQ8_CONT_R	60,8011	156,755	,295	,418	,913
CEQ14_SEG_R	60,3523	148,835	,665	,596	,904
CEQ DOR RR	60,8977	159,829	,171	,268	,916
CEQ1	60,8523	150,287	,614	,524	,905
CEQ2	60,4034	151,316	,633	,777	,905
CEQ3	60,5000	151,600	,623	,768	,905
CEQ4	60,4773	150,662	,655	,605	,904
CEQ5	60,3011	152,166	,610	,648	,905
CEQ10	60,1705	152,314	,676	,656	,905
CEQ11	60,3977	149,452	,707	,713	,903
CEQ15	60,1591	152,032	,633	,580	,905
CEQ18	60,2670	150,780	,626	,717	,905
CEQ19	60,4716	151,016	,574	,738	,906
CEQ21	60,5909	149,740	,619	,651	,905
CEQ22	60,4034	150,048	,624	,706	,905

Estudo da normalidade da variável “Satisfação com o Aleitamento Materno” [SAM]”

Tabela 10 Teste de normalidade da variável Satisfação com o aleitamento materno

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AmaSat_Media	,168	77	,000	,861	77	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Realizou-se o procedimento sugerido por Templeton, em dois passos de forma a obter uma distribuição normal (Templeton, 2011). O teste de Shapiro-Wilk mostra agora que se atingiu a normalidade [tabela----].

Tabela 11 Teste de normalidade da variável Satisfação com o aleitamento materno normalizada

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SatisfAma_Normality	,044	76	,200*	,994	76	,978

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

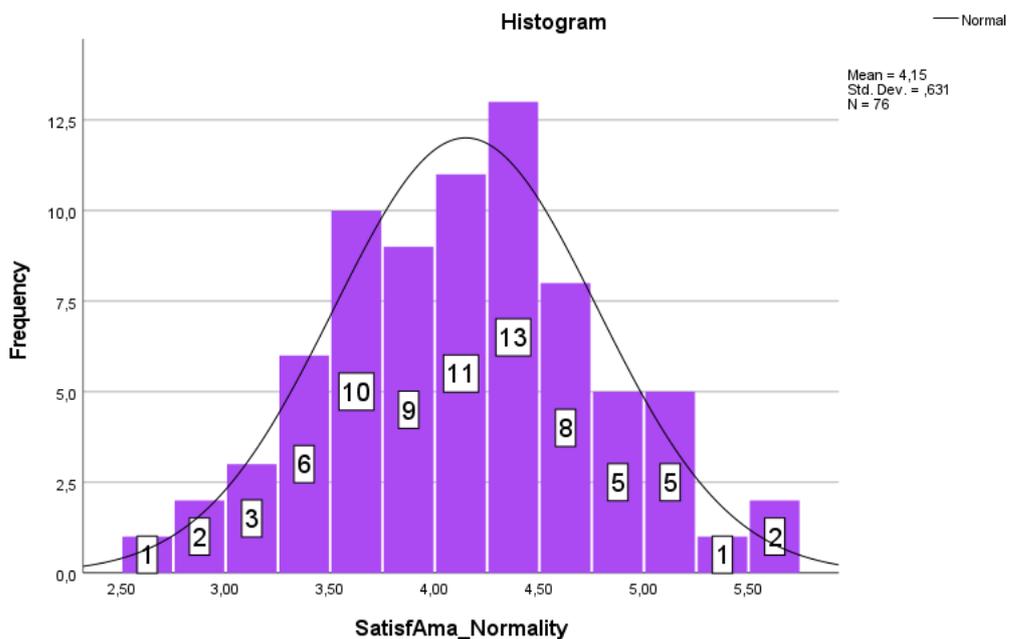


Figura 13 Histograma da distribuição da variável Satisfação com o aleitamento materno

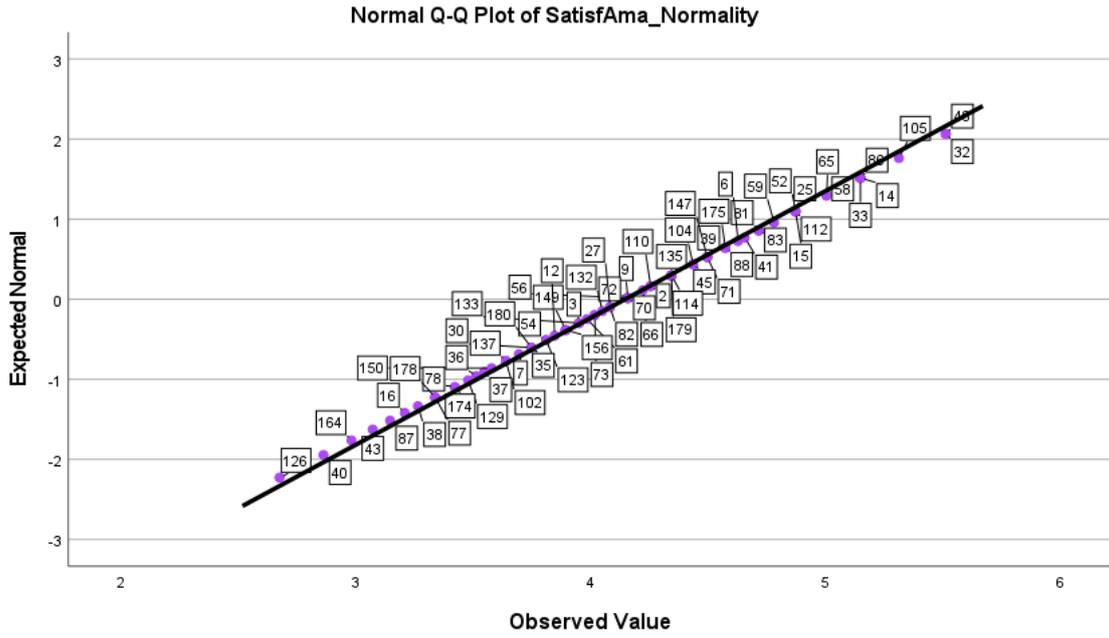


Figura 14 Gráfico Q-Q exibindo a distribuição dos casos na variável Satisfação com aleitamento materno

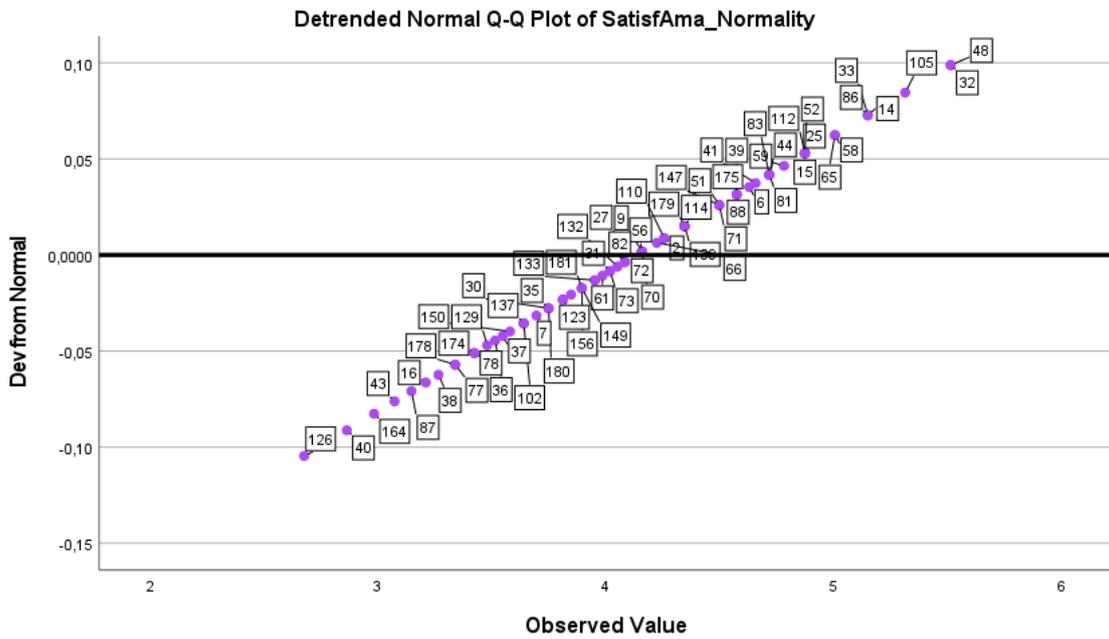


Figura 15 Distribuição dos casos na variável Satisfação com aleitamento materno em gráfico Q-Q com os desvios da normal

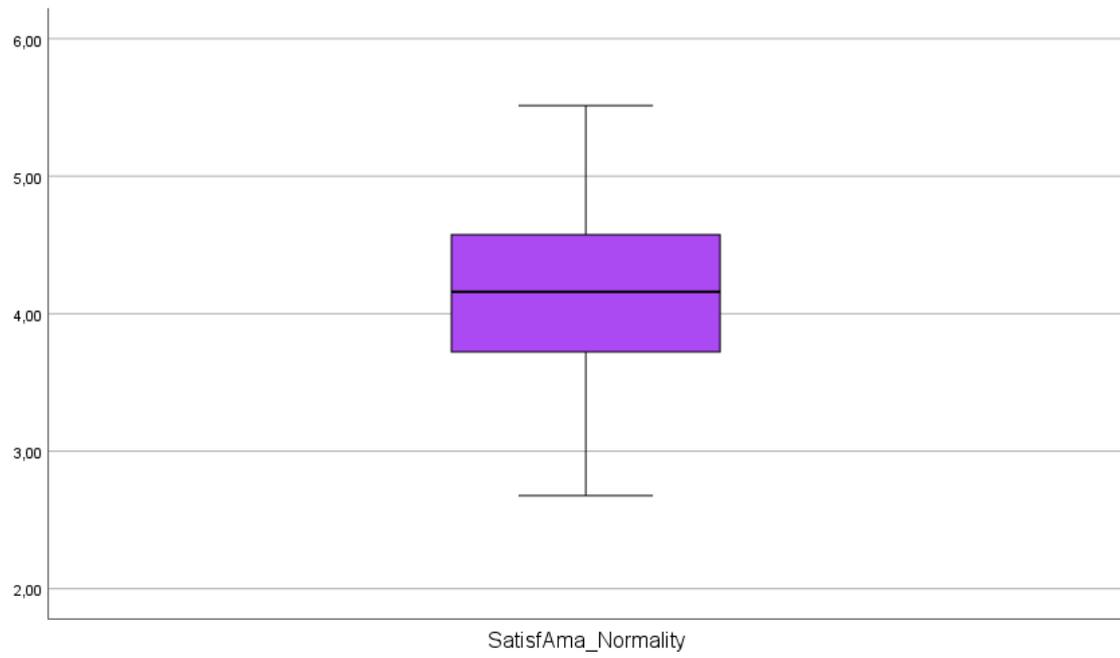


Figura 16 Caixa de bigodes da variável satisfação com aleitamento materno

Consistência interna da Escala Satisfação com o aleitamento materno

Analisou-se a consistência interna da escala considerando as 77 respostas do questionário do segundo tempo de abordagem das participantes

Tabela 12 Sumário dos casos

		N	%
Cases	Valid	77	38,5
	Excluded ^a	123	61,5
Total		200	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Tabela 13 Consistência interna da escala de Satisfação com o aleitamento materno

Cronbach's Alpha	N of Items
,935	30

Tabela 14 Estatísticas descritivas dos itens da escala Satisfação com o aleitamento materno

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
AmaSat3_R	119,9740	368,631	,567	,933
AmaSat5_R	119,9351	379,430	,399	,934
AmaSat8_R	120,9091	378,978	,235	,937
AmaSat13_R	120,1948	373,843	,423	,934
AmaSat14_R	120,2857	384,233	,180	,937
AmaSat15_R	122,2987	397,160	-,105	,941
AmaSat19_R	120,7792	370,253	,353	,936
AmaSat22_R	121,0649	391,246	,000	,941
AmaSat27_R	120,0519	381,445	,293	,935
AmaSat29_R	120,6883	369,638	,465	,934
AmaSat1	120,1299	362,193	,720	,931
AmaSat2	119,8701	364,299	,804	,930
AmaSat4	120,1558	360,475	,732	,931
AmaSat6	119,8701	366,957	,809	,931
AmaSat7	120,4026	357,533	,733	,930
AmaSat9	119,8571	365,703	,851	,930
AmaSat10	120,1039	366,042	,732	,931
AmaSat11	120,0260	363,789	,802	,930
AmaSat12	119,9481	363,839	,723	,931
AmaSat16	119,9740	365,394	,732	,931
AmaSat17	120,6753	371,196	,451	,934
AmaSat18	119,9870	370,829	,641	,932
AmaSat20	120,2857	369,680	,510	,933
AmaSat21	120,0779	355,336	,898	,929
AmaSat23	120,5584	359,697	,655	,931
AmaSat24	120,3117	356,928	,755	,930
AmaSat25	120,2208	360,464	,796	,930
AmaSat26	120,6753	360,670	,645	,932
AmaSat28	120,1948	357,712	,813	,930
AmaSat30	120,0519	359,787	,856	,930

Regressão Linear Múltipla Verificação das condições para o estudo

Tabela 15 Estatísticas descritivas das variáveis entradas na regressão

	Mean(DP)	N
DP_Total	7,05(4.65)	176
CEQ_Total_Media	2,88(.490)	176
TempoHoras_AdmissãoParto	11,54(9.58)	176
C3Idade	31,10(5.95)	176

Tabela 16 Estatísticas das variáveis categoriais

Variáveis	n(%)
WC4Origem	
Portuguesa	181(90.5)
Estrangeiras	19(9.5)
WC6Escolaridade	
≤Escolaridade obrigatória	121(60.5)
≥ Licenciadas	79(39.5)
WC7GravidezPlaneada	
Sim	128(64.0)
Não	72(36.0)
WC19Dificuldademama	
Sim	70(35.0)
Não	130(65.0)
WC12AcompanhaDilatação	
Sim	67(33.5)
Não	133(66.5)
WC10PartoVaginalOutros	
Sim	93(46.5)
Instrumental (Forceps/Ventosa, cesariana)	
WC9SexoRN	
Masculino	96(48.0)
Feminino	104(52.0)
Total como amamentou	200(100)

Tabela 18 Variáveis entradas e removidas do procedimento Stepwise

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	CEQ_Media		.Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
2	GravidezPlaneada		.Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).
3	Idade		.Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= ,050, Probability-of-F-to-remove >= ,100).

a. Dependent Variable: DP_Total

Tabela 19 Sumário do modelo obtido ao 3º passo

Model Summary ^d										
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	,330 ^a	,109	,104	4,40109	,109	21,282	1	174	,000	
2	,399 ^b	,159	,149	4,28774	,050	10,322	1	173	,002	
3	,441 ^c	,194	,180	4,20940	,035	7,499	1	172	,007	1,489

a. Predictors: (Constant), CEQ_Total_Media

b. Predictors: (Constant), CEQ_Total_Media, WC7GravidezPlaneada

c. Predictors: (Constant), CEQ_Total_Media, WC7GravidezPlaneada, C3Idade

d. Dependent Variable: DP_Total

Através do teste Durbin-Watson, observou-se que o valor representado está próximo de 2.

O valor do coeficiente de determinação (R²A=.194) indica que o modelo explica quase 20% da variabilidade do score da DPP.

Tabela 20 Resultado Anova do modelo de regressão

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	412,229	1	412,229	21,282	,000 ^b
	Residual	3370,311	174	19,370		
	Total	3782,540	175			
2	Regression	601,991	2	300,995	16,372	,000 ^c
	Residual	3180,549	173	18,385		
	Total	3782,540	175			
3	Regression	734,859	3	244,953	13,824	,000 ^d
	Residual	3047,681	172	17,719		
	Total	3782,540	175			

a. Dependent Variable: DP_Total

b. Predictors: (Constant), CEQ_Total_Media

c. Predictors: (Constant), CEQ_Total_Media, WC7GravidezPlaneada

d. Predictors: (Constant), CEQ_Total_Media, WC7GravidezPlaneada, C3Idade

Tabela 21 Preditores ao 3º passo

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	14,593	1,668		8,748	,000	11,300	17,885		
	CEQ_Total_Media	-2,618	,567	-,330	-4,613	,000	-3,738	-1,498	1,000	1,000
2	(Constant)	14,070	1,633		8,615	,000	10,847	17,294		
	CEQ_Total_Media	-2,696	,553	-,340	-4,872	,000	-3,788	-1,604	,998	1,002
	WC7GravidezPlaneada	2,193	,682	,224	3,213	,002	,846	3,540	,998	1,002
3	(Constant)	10,168	2,145		4,740	,000	5,934	14,402		
	CEQ_Total_Media	-2,989	,554	-,377	-5,398	,000	-4,082	-1,896	,961	1,041
	WC7GravidezPlaneada	2,414	,675	,247	3,577	,000	1,082	3,746	,984	1,017
	C3Idade	,150	,055	,192	2,738	,007	,042	,258	,951	1,051

a. Dependent Variable: DP_Total

Tabela 22 Variáveis excluídas do modelo de regressão

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	TempoHoras_EntradaParto	,023 ^b	,310	,757	,024	,958	1,044	,958
	WC4Origem	-,003 ^b	-,041	,968	-,003	,999	1,001	,999
	WC6Escolaridade	,070 ^b	,973	,332	,074	,981	1,019	,981
	WC7GravidezPlaneada	,224 ^b	3,213	,002	,237	,998	1,002	,998
	WC19Dificuldademama	-,006 ^b	-,089	,929	-,007	,967	1,034	,967
	WC12AcompanhaDilatação	,006 ^b	,079	,937	,006	,988	1,012	,988
	WC10PartoVaginalOutros	-,018 ^b	-,238	,812	-,018	,920	1,087	,920
	WC9SexoRN	-,007 ^b	-,101	,920	-,008	,994	1,006	,994
	C3Idade	,162 ^b	2,251	,026	,169	,965	1,036	,965
2	TempoHoras_EntradaParto	,011 ^c	,157	,875	,012	,956	1,046	,955
	WC4Origem	-,027 ^c	-,390	,697	-,030	,987	1,013	,986
	WC6Escolaridade	,094 ^c	1,336	,183	,101	,971	1,030	,971
	WC19Dificuldademama	-,025 ^c	-,350	,727	-,027	,961	1,040	,961
	WC12AcompanhaDilatação	,004 ^c	,055	,956	,004	,988	1,012	,986
	WC10PartoVaginalOutros	-,039 ^c	-,527	,599	-,040	,913	1,095	,913
	WC9SexoRN	-,017 ^c	-,241	,810	-,018	,992	1,008	,992
	C3Idade	,192 ^c	2,738	,007	,204	,951	1,051	,951
3	TempoHoras_EntradaParto	,028 ^d	,393	,694	,030	,949	1,054	,927
	WC4Origem	-,008 ^d	-,118	,906	-,009	,977	1,024	,941
	WC6Escolaridade	,044 ^d	,614	,540	,047	,895	1,118	,876
	WC19Dificuldademama	-,033 ^d	-,467	,641	-,036	,960	1,042	,934
	WC12AcompanhaDilatação	-,017 ^d	-,245	,807	-,019	,976	1,024	,940
	WC10PartoVaginalOutros	-,061 ^d	-,844	,400	-,064	,902	1,109	,873
	WC9SexoRN	-,032 ^d	-,461	,646	-,035	,986	1,014	,945

a. Dependent Variable: DP_Total

b. Predictors in the Model: (Constant), CEQ_Total_Media

c. Predictors in the Model: (Constant), CEQ_Total_Media, WC7GravidezPlaneada

d. Predictors in the Model: (Constant), CEQ_Total_Media, WC7GravidezPlaneada, C3Idade

Tabela 23 Diagnóstico de colinearidade

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	CEQ_Total_Media	WC7GravidezPlaneada	C3Idade
1	1	1,980	1,000	,01	,01		
	2	,020	9,956	,99	,99		
2	1	2,447	1,000	,01	,01	,07	
	2	,533	2,144	,01	,01	,93	
	3	,020	11,073	,99	,98	,00	
3	1	3,371	1,000	,00	,00	,03	,00
	2	,585	2,401	,00	,00	,94	,00
	3	,030	10,581	,00	,71	,01	,48
	4	,015	15,172	,99	,28	,02	,52

a. Dependent Variable: DP_Total

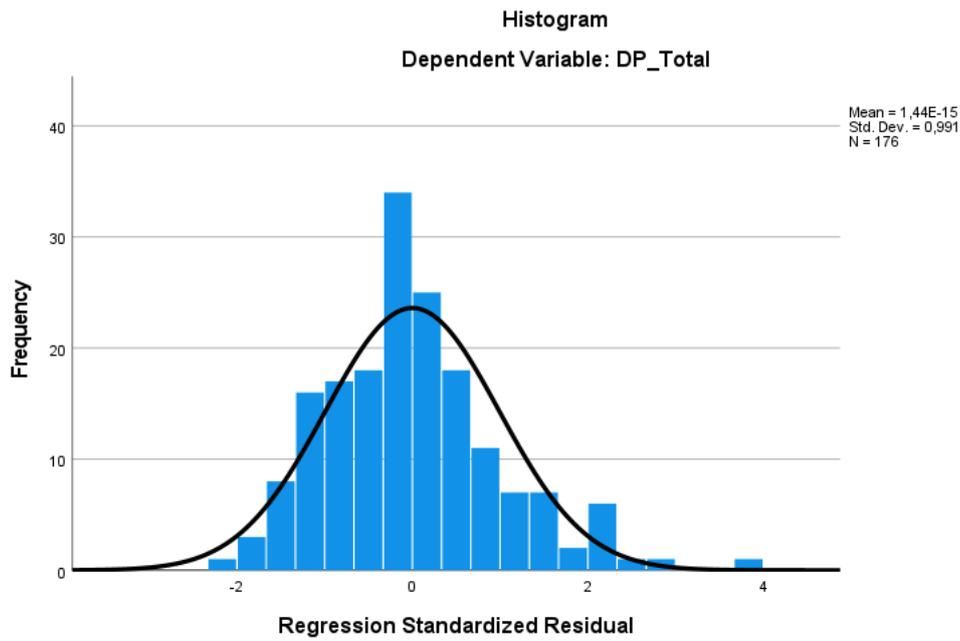


Figura 17 Histograma dos resíduos da VD aproximam-se da distribuição normal

Referências

- Field, A. P. (2018). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE.
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8th ed.). ReportNumber.
- Templeton, G. (2011). A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28, 41-58. <https://doi.org/10.17705/1CAIS.02804>

Apêndice J: Peso dos RN no estudo atual e dados do INE 2021

Tabela 31 Peso dos RN no estudo atual e dados do INE 2021

Peso em Kg	Percentagem no estudo atual	Percentagem no Alentejo 2021
2.000-2.499	3.5	5.75
2.500-2.999	23.1	23.94
3.000-3.499	45.7	41.22
3.500-3.999	24.6	22.29
4.000-4.499	2.01	3.61
4.500-4.999	-	0.31
≥5.000	0.5	0.02
Total	100.0	100.0

Fonte: dados coligidos a partir da informação do INE
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008088&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2