

IPV - ESSV |



# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de







“Cultivar estados mentais positivos como a generosidade e a compaixão decididamente conduz a melhor saúde mental e felicidade.”

Dalai Lama

## **AGRADECIMENTOS**

Para a realização deste trabalho, a colaboração de algumas pessoas foi imprescindível, pelo que desejo expressar os meus mais sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Paula Nelas, ao Professor Doutor João Duarte e à Professora Cláudia Chaves por toda a colaboração incansável, motivação e disponibilidade sempre demonstrada;

Às mães que se disponibilizaram para preencher o questionário;

Agradeço à minha família, pelo encorajamento e apoio incondicional.



## Resumo

**Enquadramento:** O Plano de Ação para a Saúde Mental para 2013-2020 refere que uma boa saúde mental é uma condição fundamental para o aumento do potencial, da capacidade de lidar com o *stress* da vida, do aumento da produtividade e do bem-estar, priorizando, a literacia em saúde mental, como um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI. Assim, uma adequada literacia no puerpério é essencial para promover a transição para a parentalidade incluindo o desenvolvimento de competências, poder de decisão e autonomia que possibilitem decisões livres e esclarecidas que promovam a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar.

**Objetivos:** Determinar o nível de literacia em saúde mental da puérpera, identificar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e as alterações psicoemocionais associadas ao nível de literacia em saúde mental da puérpera.

**Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, descritivo-correlacional com amostra não probabilística, intencional por conveniência de 208 puérperas, com uma média de idades de 32 anos e desvio padrão 4,79. O instrumento de colheita de dados foi o questionário constituído por questões sociodemográficas, obstétricas, pela escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério – EAAPP (Sousa & Leal, 2010) e escala de conhecimento para uma Boa Saúde Mental – EBSM (Bjørnsen, Eilertsen, Ringdal, Espnes, & Moksnes, 2017).

**Resultados:** Relativamente aos conhecimentos para uma boa saúde mental, as puérperas apresentam com igual percentagem (35,1%), conhecimentos suficientes e fracos. Já 29,8% têm bons conhecimentos. A literacia em saúde mental positiva da puérpera é influenciada: para o fator *exigências ou vivências externas* pelas variáveis obstétricas, informação fornecida pelos médicos e tipo de ajuda; para o fator *património interno da puérpera*, pelas variáveis sociodemográficas, local de residência, habilitações literárias e pelas variáveis obstétricas, acompanhante no parto, curso de preparação para o parto/parentalidade, esclarecimento de dúvidas sobre o puerpério, informação fornecida pelos enfermeiros e pessoa que ajuda; para o fator global *boa saúde mental*, pelas variáveis sociodemográficas situação laboral, *internet* na residência e pelas variáveis obstétricas planeamento da gravidez, acompanhante no parto, curso de preparação para o parto/parentalidade, esclarecimento de dúvidas sobre o puerpério, informação fornecida pelos médico e tipo de ajuda. As variáveis alterações psicoemocionais, nomeadamente, a ansiedade tem significância marginal na literacia em saúde mental da puérpera para o património interno.

**Conclusões:** Obteve-se um nível global de literacia em saúde mental positiva problemático, que se associou a variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicológicas. A melhoria deste resultado, no puerpério, é essencial para uma boa transição para a parentalidade, permitindo o desenvolvimento de competências e conhecimentos para que a puérpera tenha poder de decisão e autonomia para tomar decisões livres e esclarecidas. Neste âmbito, o enfermeiro deve promover a literacia em saúde mental durante as consultas pré-concepcionais e pré-natais.

**Palavras-chave:** puerpério, literacia em saúde mental, saúde mental positiva

## Abstract

**Background:** The Mental Health Action Plan for 2013-2020 states that good mental health is a key condition for increasing the potential, coping with life stress, increasing productivity and well-being, prioritizing, mental health literacy as a public health goal to be achieved in the 21st century. Thus, adequate puerperium literacy is essential to promote the transition to parenthood including the development of competencies, decision-making power and autonomy that enable free and informed decisions that promote health, quality of life and well-being.

**Objectives:** To determine the level of mental health literacy in the puerpera, to identify the sociodemographic, obstetric variables and the psychoemotional changes associated with the level of mental health literacy in the puerperium.

**Methods:** Cross-sectional, quantitative, descriptive-correlational study with a non-probabilistic sample, intentional for the convenience of 208 puerperae, with a mean age of 32 years and standard deviation 4,79. The data collection instrument consisted of sociodemographic and obstetric questions, the evaluation scale of puerperal psychoemotional changes - EAAPP (Sousa & Leal, 2010) and knowledge scale for Good Mental Health - EBSM (Bjørnsen, Eilertsen, Ringdal, Espnes, & Moksnes, 2017).

**Results:** With regard to knowledge for good mental health, the puerperas present with an equal percentage (35.1%), sufficient and weak knowledge. Already 29.8% have good knowledge. Positive mental health literacy in the puerperium is influenced: *to the factor requirements or external experiences* by obstetric variables, information provided by physicians and type of help; *for the internal patrimony of the puerpera*, socio-demographic variables, place of residence, literary qualifications and obstetric variables, accompanying childbirth, preparation course for childbirth / parenting, clarification of doubts about the puerperium, information provided by nurses, and person help; *for the global factor*, good mental health, socio-demographic variables employment status, internet at home and by obstetric variables pregnancy planning, birth attendant, childbirth / parenting course, clarification of doubts about the puerperium, information provided by the doctor and kind of help. The variables psychoemotional changes, namely, anxiety have marginal significance in the mental health literacy of the puerpera to the internal patrimony.

**Conclusions:** There was a global level of problematic positive mental health literacy, which was associated with sociodemographic, obstetric and psychological variables. The improvement of this outcome in the puerperium is essential for a good transition to parenthood, allowing the development of skills and knowledge so that the puerpera has decision-making power and autonomy to make free and informed decisions. In this context, nurses should promote mental health literacy during pre-natal and prenatal consultations.

**Keywords:** puerperium, mental health literacy, positive mental health



## Sumário

<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>13</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS.....</b>	<b>17</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>19</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>27</b>
<b>1. SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>29</b>
1.1. SAÚDE MENTAL NO PUERPÉRIO.....	33
<b>2. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>41</b>
2.1. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DA PUÉRPERA .....	47
2.1.1. IMPACTO DO CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO .....	52
2.1.2. IMPACTO DO CONTEXTO OBSTÉTRICO.....	55
2.1.3. IMPACTO DO CONTEXTO DAS ALTERAÇÕES PSICOEMOCIONAIS .....	58
<b>PARTE II- CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA.....</b>	<b>62</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>64</b>
3.1. MÉTODOS .....	64
3.2. PARTICIPANTES .....	66
3.2.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA .....	66
3.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	70
3.3.1. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	70
3.3.2. QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA GRAVIDEZ, PARTO, PÓS-PARTO E NEONATAL .....	70
3.4. CARACTERIZAÇÃO PSICOMÉTRICA DAS ESCALAS.....	71
3.4.1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES PSICOEMOCIONAIS DO PUERPÉRIO - EAAPP .....	74
3.4.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE SAÚDE MENTAL (ECSM) .....	85
3.4.3. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE BOA SAÚDE MENTAL (EBSM) .....	85
3.5. CRITÉRIOS DE OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS .....	90
3.6. PROCEDIMENTOS.....	92
3.7. ANÁLISE DE DADOS .....	92
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>95</b>
4.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	95
4.1.1. VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS.....	95
4.1.2. VARIÁVEIS PSICOEMOCIONAIS DO PUERPÉRIO.....	101

4.1.3.	CONHECIMENTOS PARA BOA SAÚDE MENTAL.....	106
4.2.	ANÁLISE INFERENCIAL .....	107
4.2.1.	RELAÇÃO ENTRE A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	108
4.2.2.	RELAÇÃO ENTRE A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E AS VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS .....	112
4.2.3.	RELAÇÃO ENTRE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E AS ALTERAÇÕES PSICOEMOCIONAIS DO PUERPÉRIO.....	123
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>129</b>
5.1.	DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	129
5.2.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	131
5.2.1.	RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DA PUÉRPERA.....	131
5.2.2.	RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS E A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DA PUÉRPERA. 134	
5.2.3.	RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS PSICOEMOCIONAIS E A LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DA PUÉRPERA.....	141
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>143</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>147</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>159</b>
	ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES PSICOEMOCIONAIS DO PUERPÉRIO (EAAPP) .....	161
	ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO ACES DA COVA DA BEIRA.....	165
	ANEXO III- PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DA COVA DA BEIRA.....	169
	ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO ACES DA COVA DA BEIRA .....	173
	ANEXO V - AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DA COVA DA BEIRA.....	177
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>181</b>
	APÊNDICE I –INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	183

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Estatísticas relativas à idade das puérperas _____	67
Tabela 2: Idade das puérperas, por grupo etário _____	67
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra em função da idade da puérpera. _____	69
Tabela 4: Caracterização da amostra em função da profissão. _____	70
Tabela 5: Intervalos de referência para a interpretação dos resultados. _____	75
Tabela 6: Consistência interna da escala de alterações emocionais do puerpério. _____	76
Tabela 7: Estimativas e raios críticos e coeficientes lambda. _____	77
Tabela 8: Consistência Interna da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério, por fatores. _____	83
Tabela 9: Alfa de Cronbach por fatores da escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério. _____	83
Tabela 10: Correlação de Pearson entre os itens da escala e os fatores ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação e fator global. _____	84
Tabela 11: Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e as alterações psicoemocionais do puerpério e o valor global. _____	84
Tabela 12: Estatísticas e correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de conhecimento para uma boa saúde mental. _____	86
Tabela 13: Consistência Interna da Escala de Conhecimento para boa saúde mental, por fatores. _	89
Tabela 14: Validade convergente/ divergente dos itens. _____	90
Tabela 15: Matriz de correlação de Pearson entre os fatores da escala de Conhecimento para boa saúde mental. _____	90
Tabela 16: Operacionalização das variáveis de contexto sociodemográfico. _____	91
Tabela 17: Estatísticas relativas ao número de filhos. _____	95
Tabela 18: Distribuição das participantes segundo as variáveis contextuais à gravidez em função do grupo etário. _____	96
Tabela 19: Distribuição das participantes segundo as variáveis contextuais ao parto em função do grupo etário. _____	98
Tabela 20: Tipo de ajuda e pessoa que ajuda a puérpera após a alta da maternidade. _____	99
Tabela 21: Esclarecimento de dúvidas relativas ao parto, pós-parto e cuidados com o RN. _____	100

Tabela 22: Variáveis contextuais ao acesso à informação em função do grupo etário. _____	100
Tabela 23: Estatísticas relativas da pessoa que forneceu informação sobre saúde e de que forma contribuiu para a qualidade de vida destas. _____	101
Tabela 24: Estatísticas das alterações psicoemocionais em função da idade das puérpera. _____	102
Tabela 25: Estatísticas das alterações psicoemocionais e grupos etários. _____	102
Tabela 26: Frequências absolutas e relativas da ansiedade por item em função da idade. _____	103
Tabela 27: Frequências absolutas e relativas de sentimentos depressivos por item em função da idade. _____	104
Tabela 28: Frequências absolutas e relativas da preocupação por item em função da idade. _____	105
Tabela 29: Teste t para diferença de médias entre o número de filhos e as alterações psicoemocionais da puérpera. _____	106
Tabela 30: Estatísticas relativas à escala de conhecimento para uma boa saúde mental. _____	106
Tabela 31: Classificação dos conhecimentos de boa saúde mental. _____	107
Tabela 32: Nível de conhecimento para uma boa saúde mental. _____	107
Tabela 33: Teste de U Mann Whitney, entre o conhecimento para uma boa saúde mental e grupos etários. _____	108
Tabela 34: Teste de U Mann Whitney entre nacionalidade e conhecimentos para uma boa saúde mental. _____	109
Tabela 35: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o estado civil da puérpera. _____	109
Tabela 36: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o local de residência da puérpera. _____	110
Tabela 37: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e as habilitações literárias da puérpera. _____	110
Tabela 38: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a situação profissional da puérpera. _____	111
Tabela 39: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e os rendimentos do agregado familiar da puérpera. _____	111
Tabela 40: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a internet na residência da puérpera. _____	112
Tabela 41: Teste t para diferença de médias entre número de gravidezes e conhecimentos para uma boa saúde mental. _____	112

Tabela 42: Teste t para diferença de médias entre número de filhos e entre conhecimentos para uma boa saúde mental. _____	113
Tabela 43: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o planeamento da gravidez. _____	113
Tabela 44: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a vigilância da gravidez. _____	114
Tabela 45: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o tipo de gravidez. _____	114
Tabela 46: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a duração da gravidez. _____	115
Tabela 47: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o local de parto. _____	115
Tabela 48: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e complicações de RN. _____	116
Tabela 49: Teste t para diferença de médias entre tipo de parto e conhecimentos para uma boa saúde mental. _____	116
Tabela 50: Análise de variância entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a experiência da puérpera em relação ao parto de acordo com as suas expetativas. _____	117
Tabela 51: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e presença de acompanhante no parto. _____	117
Tabela 52: Teste t para diferença de médias entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a realização do curso de parentalidade. _____	118
Tabela 53: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o esclarecimento de dúvidas da puérpera acerca do parto. _____	118
Tabela 54: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o esclarecimento de dúvidas da puérpera sobre puerpério _____	119
Tabela 55: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o esclarecimento de dúvidas da puérpera acerca dos cuidados com RN. _____	119
Tabela 56: Teste t para diferença de médias entre quem recebeu informação acerca de saúde mental e entre conhecimentos para uma boa saúde mental. _____	120
<b>Tabela 57:</b> Teste de U Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e informação fornecida por enfermeiros. _____	120
Tabela 58: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e informação fornecida por médicos. _____	121

Tabela 59: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e informação fornecida por familiares. _____	121
Tabela 60: Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e informação fornecida por amigos. _____	121
Tabela 61: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a qualidade de vida da puérpera. _____	122
Tabela 62: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o tipo de ajuda que a puérpera tem após alta da maternidade. _____	122
Tabela 63: Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a pessoa que ajuda a puérpera após alta da maternidade. _____	123
Tabela 64: Correlações de Pearson entre a idade, os fatores da EAAPP e as exigências ou vivências externas. _____	124
Tabela 65: Correlações de Pearson entre idade, fatores da EAAPP e património interno. _____	126
Tabela 66: Correlações de Pearson entre a idade, os fatores da EAAPP e os conhecimentos para uma boa saúde mental. _____	127

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Modelo da Doença VS Modelo de Saúde Positiva (baseado em Akhtar, 2012)	31
Quadro 2: Fatores que influenciam positivamente a saúde mental VS Categorias que influenciam negativamente a saúde (baseado em Sofia & Ferreira, 2013)	32
Quadro 3: Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais do puerpério.	81
Quadro 4: Fiabilidade compósita e Variância extraída Média.	82
Quadro 5: Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da escala de conhecimento para boa saúde mental.	88
Quadro 6: Fiabilidade compósita e Variância extraída Média.	89
Quadro 7: Regressão múltipla entre variáveis independentes (idade e fatores da EAAPP) e exigências ou vivências externas.	125
Quadro 8: Regressão múltipla entre variáveis independentes (idade e fatores da EAAPP) e património interno.	126
Quadro 9: Regressão múltipla entre variáveis independentes (idade e fatores da EAAPP) e Conhecimentos para boa saúde mental.	128



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Esquema conceptual de base_____	66
Figura 2: Análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais do puerpério inicial. _____	78
Figura 3: Análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais do puerpério com índices de modificação. _____	79
Figura 4: Análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais do puerpério com itens eliminados. _____	80
Figura 5: Análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais final. _____	81
Figura 6: Gráfico de scree plots da escala de conhecimentos para uma boa saúde mental. _____	87
Figura 7: Análise fatorial confirmatória da escala de conhecimento para boa saúde mental. _____	88



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

cf. – conforme

Dp – Desvio padrão

DPP – Depressão pós-parto

EAAPP – Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério

EP – Erro Padrão

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

et. al. – outros

IG – idade gestacional

K – Curtose.

máx. – máximo

min. – mínimo

n – Número

OM – Ordenações Médias

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Significância

p. – página

r – correlação

r<sup>2</sup> – coeficiente de determinação

RN – Recém-nascido

SK – Skewness/Assimetria

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UMW – Teste U de Mann Whitney

x<sup>2</sup> – qui quadrado



## Introdução

Durante o ciclo vital, existem momentos que, pelas suas características, exigem respostas e atitudes para que o indivíduo possa ultrapassar a instabilidade e, assim, alcance o equilíbrio perdido (Mendes, 2014). É consensual entre os investigadores que o puerpério e o nascimento fazem parte desses momentos, exigindo mudanças a nível biológico, psicológico e social, que confrontam a mulher com a necessidade de viver adaptações e que a tornam mais vulnerável ao desequilíbrio psicológico e emocional (Coelho, 2014).

De facto, mais do que as alterações físicas a que a mulher é sujeita no período puerperal, acontecem profundas alterações de âmbito social e psicológico. A mulher depara-se com *“um processo de ajustamento a uma nova identidade (a identidade materna), de aprendizagem de um novo papel (de mãe), de adaptação a um novo elemento familiar com uma identidade própria (o filho) e de reestruturação das relações familiares e sociais”* (Mendes, 2014).

Sendo na maioria dos casos um processo saudável, surgem por vezes alguns desvios da normalidade que podem, através de rastreio precoce, ser devidamente acompanhados não trazendo consequências negativas à adequada transição para a parentalidade. Deste modo, este processo constitui-se como um risco, mas também como uma oportunidade, representando um desafio à capacidade de adaptação da puérpera.

Para que a puérpera se possa readaptar à nova condição de saúde e às várias etapas do processo da maternidade é fundamental uma boa literacia em saúde mental para que possa adquirir autonomia e competências possíveis de se concretizar através de estratégias de *empowerment*. Para isso contribui, certamente, toda a informação e formação que lhe é prestada no período pré-natal, durante o internamento na maternidade e período puerperal, após alta clínica do hospital.

A literacia em saúde mental, um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI torna-se fundamental para que as pessoas possam gerir com sucesso a sua própria saúde mental. Esta deve ser entendida como a associação de competências cognitivas, sociais e capacidades que permitem à pessoa aceder, compreender e usar informação no domínio da saúde mental e no desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde.

No entanto, existem fatores relacionados com o meio envolvente onde a puérpera está inserida, que podem influenciar a sua literacia. O reduzido nível de literacia em saúde mental, associado ao estigma e preconceito contribuem para o agudizar das perturbações mentais, na medida em que impedem o reconhecimento precoce das mesmas e influenciam o comportamento de procura de ajuda. Esta é uma realidade deveras preocupante, tornado

imperativo a promoção de estratégias de saúde mental e prevenção das doenças mentais (Sofia & Ferreira, 2013). Torna-se, assim, pertinente estudar o nível de literacia em saúde mental da mulher puérpera bem como os fatores que influenciam a sua literacia em saúde mental.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Literacia em Saúde pode ser definida como: *“Qualquer iniciativa desenhada para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, aumentando os seus conhecimentos e influenciando as suas atitudes.”* As investigações em saúde mental evidenciam que esta não se restringe à ausência de doença mental, mas engloba a presença de algo positivo, designado de saúde mental positiva (Keyes, Dhingra, & Simões, 2010).

O conceito ‘positivo’ tem obtido cada vez maior destaque no léxico da sociedade atual e ganha maior importância quando aplicado em contexto de saúde mental, na medida em que cada vez mais estudos e organizações defendem um modelo de saúde através do empowerment das emoções mais positivas, melhorando a capacidade de enfrentamento da adversidade e no prolongamento da esperança média de vida (Rafael & Freitas, 2016).

Os estudos apontam contudo a necessidade de incrementar o conhecimento sobre a problemática da saúde mental neste período da vida da mulher, quer na compreensão dos fenómenos que a afetam, quer nas estratégias que promovem a saúde mental (Braga, Quelhas, & Silva, 2014).

Dado que, a literacia e saúde mental da puerpéra resulta de um fenómeno intercultural de prevalência elevada, e sabendo que as características sociodemográficas, obstétricas as alterações emocionais do puerpério poderão influenciar a sua presença, torna-se necessário apostar na investigação empírica desta temática (Coelho, 2014).

O enfermeiro tem um papel privilegiado no acompanhamento da mesma no puerpério para rastrear situações de risco e promover um plano de transição adequada e competente para a parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2006; Figueiredo, 2001).

Face ao exposto questionámo-nos:

- Qual o nível de literacia em saúde mental da puérpera?
- Quais as variáveis sociodemográficas, contextuais à gravidez, ao trabalho de parto e ao parto que influenciam a literacia em saúde mental positiva da puérpera?

- Qual a influência das alterações psicoemocionais do puerpério (ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação) na literacia em saúde mental da puérpera?

Para dar resposta às questões de investigação e objetivos, desenvolvemos um estudo do tipo quantitativo, de forma a conhecer a literacia em saúde mental da puérpera e identificar as relações com as variáveis sociodemográficas, variáveis obstétricas e variáveis psicoemocionais.

O trabalho de investigação encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte foi realizada uma revisão da literatura sobre literacia em saúde mental e o puerpério. A segunda parte reporta-se à metodologia, é caracterizada a amostra, são apresentados os resultados, finalizando com a discussão dos resultados e apresentadas as conclusões e sugestões.



## **PARTE I- Enquadramento Teórico**



## 1. Saúde Mental

Inicialmente, foram vários os autores que definiram a saúde mental como ausência de perturbação (Westerhof, & Keyes, 2010; Moreira, Melo, Pires, Crusellas, & Lima, 2005). No entanto, saúde mental é um conceito que tem vindo a evoluir progressivamente, sendo atualmente muito mais abrangente. Este é entendido num continuum entre a saúde e a perturbação (Manderscheid et al., 2010) e também como uma componente integrante e essencial da saúde (T. Almeida, 2013).

A OMS define saúde como sendo *“um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”*. A definição de saúde mental pela OMS (2001) é mais extensível, *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo se apropria de todas as suas próprias capacidades, para poder lidar com o stress normal do quotidiano, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir positivamente para a comunidade em que se insere”*.

Facilmente, se depreende dessa definição que a saúde mental é descrita como mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiência, é um estado de bem-estar e equilíbrio no qual o indivíduo realiza as suas atividades com as suas próprias capacidades e potencial, ultrapassando as adversidades normais da vida, trabalhando de forma produtiva e dando um contributo positivo para si e sua comunidade.

Neste âmbito, em 2011, Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, relatam que a definição de saúde mental abrange três elementos constituintes: o bem-estar, o funcionamento individual eficaz e o funcionamento eficaz na comunidade.

Tavares acrescenta ainda, que a saúde mental pode ser também entendida, *“como o equilíbrio emocional entre o património interno e as exigências ou vivências externas e a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações”*. Contudo, relata pressupostos que o indivíduo deve requerer para atingir esse equilíbrio: *“perder o valor do real e do precioso, responsabilizando-se pelas suas próprias ações, sem perder a noção de tempo e de espaço, procurando viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando as leis e os outros(...)estar bem consigo e com os outros, reconhecer os seus limites e procurar ajuda quando necessário, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações”* (Tavares, 2014).

O Plano de Ação para a Saúde Mental para 2013-2020 refere que uma boa saúde mental é uma condição fundamental para o aumento do potencial, da capacidade de lidar com o stress da vida, do aumento da produtividade e do bem-estar (Salud, 2013).

Nos últimos 30 anos, a pesquisa contribuiu para uma compreensão do que se entende por “saúde mental”, conceituada como “*uma emoção positiva (afeto), como sentimentos de felicidade, um traço de personalidade que inclui os recursos psicológicos da autoestima e da maestria, e como resiliência, que é a capacidade de lidar com a adversidade*” (Keyes, Dhingra, & Simões, 2010).

De facto, as investigações em saúde mental evidenciam a presença de algo positivo na saúde mental e não apenas restringindo-se à ausência de doença mental, designando de *saúde mental positiva* (Keyes, Dhingra, & Simões, 2010). O conceito ‘positivo’ tem obtido cada vez maior destaque no léxico da sociedade atual e ganha maior importância quando aplicado em contexto de saúde mental, na medida em que cada vez mais estudos e organizações defendem um modelo de saúde através do empoderamento das emoções mais positivas, melhorando a capacidade e estratégias de *coping* perante a adversidade. A dimensão positiva da saúde mental é enfatizada na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (Srivastava, 2011).

Assim, para a promoção do bem-estar é um recurso fundamental, a adoção de um modelo que visa uma Saúde Positiva, em detrimento de um modelo mais centrado na doença (Sequeira, Carvalho, Sampaio, Lluch-Canut & RoldánMerino, 2014), já que em termos positivos, entende-se a Saúde Mental como um estado de funcionamento ótimo do ser humano, no qual a promoção das qualidades da pessoa para otimizar o seu potencial é fundamental (Lluch, 1999, 2008). A terminologia ‘positiva’ vem integrar importância da promoção de ações das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial (Leite, 2016).

A Saúde Mental Positiva pode ser definida como um valor em si (sentir-se bem) ou como uma capacidade para perceber, compreender e interpretar o meio, para se adaptar e alterá-lo, se necessário, para pensar e comunicar com os outros (Lehtinen, 2004). Conceitos de saúde mental incluem bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência e reconhecimento da capacidade para realizar o potencial intelectual e emocional. Também foi definido como um estado de bem-estar em que os indivíduos reconhecem as suas habilidades, são capazes de lidar com as tensões normais da vida, trabalham de forma produtiva e proveitosamente e contribuem para suas comunidades. A saúde mental relaciona-se com melhorar as competências de indivíduos e comunidades e capacitá-las a alcançar os seus objetivos autodeterminados (Srivastava, 2011).

Falar de Saúde Mental Positiva é citar Martin Seligman, o professor que fundou o Mestrado em Psicologia Positiva Aplicada na Universidade da Pensilvânia dos Estados Unidos. Para Seligman (2012), não é suficiente remover as condições debilitadoras para que

se construam as condições propícias de vida, sendo que a medicação e a psicoterapia apenas servem para eliminar os sintomas negativos.

Lluch (2008) refere-se ao trabalho de Seligman na área da psicologia positiva, como a base de referência da construção de um modelo de Saúde Mental Positiva. O foco num modelo de Saúde Positiva vai permitir alcançar a fronteira entre a doença e a boa saúde e promover o bem-estar biopsicossocial e espiritual com a ajuda da estimulação das emoções e comportamentos positivos (Leite, 2016).

Vários aspetos e modelos de saúde mental contribuem para a nossa compreensão do que se entende por saúde mental positiva (Salud, 2013). Deste modo, Teresa Lluch definiu 10 recomendações essenciais para o reforço da Saúde Mental Positiva na vida pessoal (Sequeira & Lluch, 2015):

- 1 – Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional);*
- 2 – Colocar “carinho” nas atividades da vida;*
- 3 – Não ser muito duro consigo mesmo e com outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são bons para a saúde mental);*
- 4 – Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal;*
- 5 – Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem;*
- 6 – Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de ‘sentir’);*
- 7 – Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente;*
- 8 – Tentar resolver os problemas quando eles surgem;*
- 9 – Cuidar das suas relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntima como as de trabalho (colegas);*
- 10 – Fazer uso frequente do sentido de humor na vida” (Leite, 2016)*

Analise-se a contraposição entre o modelo da doença e da saúde positiva proposto por Akhtar (2012) no quadro 1.

**Quadro 1:** Modelo da Doença VS Modelo de Saúde Positiva (baseado em Akhtar, 2012)

<b>Modelo da Doença</b>	<b>Modelo de Saúde Positiva</b>
Consertar o pior da vida	Desenvolver o melhor da vida
Foco dos pontos fracos	Foco nos pontos fortes
Curar a doença	Desenvolver o bem-estar
Fugir à infelicidade	Aumentar a felicidade
Ultrapassar as deficiências	Encontrar prazer na vida
Evitar a dor	Desenvolver competências

O foco num modelo de Saúde Positiva vai permitir “*alcançar o ponto zero que constitui a fronteira entre a doença e a boa saúde e promover o bem-estar biopsicossocial e espiritual com a ajuda da estimulação das emoções e comportamentos positivos.*” A avaliação dos aspetos pessoais e a forma de as utilizar na obtenção de experiências positivas favorecem o desenvolvimento positivo do ser humano, aliviando o seu sofrimento (Leite, 2016).

Vários estudos têm sido realizados com o propósito de identificar fatores que contribuem positivamente e negativamente para a saúde mental. Macedo et al., (2012), num estudo sobre determinantes em saúde mental, destacaram-se sete categorias principais: três relativamente aos fatores que influenciam positivamente a saúde mental e quatro categorias relativamente aos fatores que a influenciam negativamente (T. Almeida, 2013).

**Quadro 2:** Fatores que influenciam positivamente a saúde mental VS Categorias que influenciam negativamente a saúde (baseado em Sofia & Ferreira, 2013)

Fatores que influenciam positivamente a saúde mental	Categorias que influenciam negativamente a saúde mental
fatores sociais e económicos fatores individuais fatores relacionais	fatores sociais, económicos e ambientais fatores individuais fatores relacionais eventos stressantes e transacionais.

Segundo dados da OMS, a grave crise económica dos últimos anos, o desemprego e um ritmo de vida cada vez mais stressante, contribuíram exponencialmente para o aumento de todo o tipo de transtornos e circunstâncias relacionadas com a saúde mental.

Os investigadores da área da Saúde Mental têm manifestado muito interesse na forma como a saúde pode ser influenciada pelas dimensões positivas das experiências (integração social, autoeficácia, controle percebido entre outros). Nos últimos anos, os conceitos da Saúde Mental Positiva (efeito positivo, bem-estar, benefício) têm tido uma valorização crescente na investigação em saúde. Numa perspetiva salutogénica, as variáveis promotoras de Saúde Mental assumem uma importância acrescida, na qual se entende a Saúde Mental como indicador de integração e adaptação (Sequeira, 2006). A necessidade deste estudo surgiu pela constatação da inexistência de instrumentos validados na população portuguesa que avaliem o potencial humano protetor no adoecer mental e a resiliência mental (Sequeira et al., 2014).

## 1.1. Saúde Mental no Puerpério

A DGS define puerpério como o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias) (DGS, 2015).

Mendes em 2014, e de acordo com vários autores designa puerpério, também designado por pós-parto, o período que decorre desde a expulsão da placenta até seis semanas depois, altura em que os órgãos reprodutores da puérpera retomam as características anteriores às da gravidez, e em que é realizada a consulta de revisão puerperal (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999; Graça, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008; Ministério da Saúde, 1999; Oxorn, 1989; Ziegel & Cranley, 1985). Designa-se por consulta de puerpério a consulta ou consultas realizadas durante este período. (DGS, 2015)

A limitação temporal do início do pós-parto é unânime entre os vários autores, isto é, após o parto, no entanto as opiniões oscilam em relação ao seu fim (Coelho, 2014).

A divisão do puerpério em três etapas específicas é defendida por Bobak, Lowdermilk e Jensen, (1999). Neste âmbito, o puerpério imediato corresponde às primeiras vinte e quatro horas após o nascimento. A segunda etapa, o puerpério precoce, inicia-se após as primeiras vinte e quatro horas e termina no final da primeira semana. A terceira etapa que se sucede é o puerpério tardio que se prolonga até ao final da sexta semana ou quadragésimo dia (Mendes, 2014).

Rezende (2005) aceita a duração normal do puerpério no período de 6 a 8 semanas, mas refere períodos diferentes. Assim, divide-o em pós-parto imediato, que vai do primeiro ao décimo dia, pós-parto tardio, do décimo ao quadragésimo quinto dia, e pós-parto remoto, a partir do quadragésimo quinto dia. No pós-parto imediato, dá-se a involução e a recuperação da genitália. O pós-parto tardio é um período de transição, onde, biologicamente, todas as funções começam a ser influenciadas pela lactação. Finalmente, o pós-parto remoto é um período de duração imprecisa, sendo, no entanto, mais breve nas mulheres que não amamentam (Rezende, 2005).

Branden (2000) define puerpério como o intervalo de seis semanas, iniciando-se com o nascimento do bebé até à normalização de todas as funções fisiológicas, *“ocorrendo mudanças a nível físico, psicológico e hormonal, exigindo que a mulher aprenda a lidar com o seu corpo e com as suas emoções, o que nem sempre é uma tarefa fácil”* (E. A. G. Almeida, Nelas, & Duarte, 2016).

Além do ritmo acelerado das mudanças fisiológicas na fase puerperal (elevações dos níveis de corticosteróide e queda abrupta dos níveis hormonais), surgem também exigências culturais, sociais, familiares e pessoais em relação à puérpera, no que corresponde ao desempenho das funções maternas adequadamente. Assim, mesmo vivenciando um período de fragilidade, cabe ainda à mulher a satisfação e o reconhecimento holístico das necessidades do bebê. Essa realidade acaba por intensificar as alterações psicológicas na puérpera, pois esta enfrentará os comentários familiares, conjugais, sociais e culturais após o nascimento do filho. Nesse período também todas as atenções estão voltadas ao novo membro da família, ficando a mulher muitas vezes esquecida (Herdman, 2013).

Em 2014, Mendes reforça a ideia do consenso entre vários autores de que o pós-parto representa o período mais delicado do ciclo gravídico-puerperal, marcado por uma grande vulnerabilidade emocional que geralmente afeta ambos os pais. Constitui um momento que comporta mudanças e reajustamentos em vários contextos, sobretudo respeitantes ao ajustamento parental (Lowdermilk & Perry, 2006; Bartoletti, 2007; Mendes, 2009). *“Este processo constitui-se como um risco, mas também como uma oportunidade, já que implica um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais com a reorganização a nível individual, familiar e social, representando um desafio à capacidade de adaptação de uma mulher/casal, num período em que se encontra(m) mais vulnerável(eis).”* (Mendes, 2014).

De facto, o período puerperal *“é uma fase de stress fisiológico e psicológico significativo, devido à necessidade de novas aprendizagens, de consolidação da unidade familiar e de estabelecimento de novos laços afetivos.”*(E. A. G. Almeida et al., 2016).

De acordo com a OMS todas as mulheres têm uma forte probabilidade de desenvolver transtornos mentais durante a gravidez e no primeiro ano pós-parto. Na verdade, a gravidez, o parto e o puerpério constituem períodos críticos de transição do ciclo vital da mulher e representam verdadeiras fases de desenvolvimento da personalidade e crescimento emocional. Estes são períodos de grandes mudanças biológicas e físicas, revestidas de mudanças metabólicas acentuadas, estados temporários de possível desequilíbrio, necessidades de adaptação e reajustamentos inter e intrapessoais, de reformulação da identidade e de reordenação das relações interpessoais (Maldonado, 1995), sendo necessário cerca de 3 a 4 meses para se estabelecer um desenvolvimento e ajustamento psicossocial adequado (Ziegel e Cranley, 1985).

Tal como referido anteriormente, o período puerperal é caracterizado pelas alterações físicas a que a mulher é sujeita mas também pelas profundas alterações de âmbito social e psicológico. A mulher atravessa *“um processo de ajustamento a uma nova identidade (a identidade materna), de aprendizagem de um novo papel (de mãe), de adaptação a um novo*

*elemento familiar com uma identidade própria (o filho) e de reestruturação das relações familiares e sociais” (Afonso, 1998).*

Em 2014, Mendes relata as múltiplas alterações que surgem com o nascimento de uma criança, marcando o início de uma nova vida e a reorganização de outras vidas. A crise (entendendo-se crise como mudança) que vai afetar toda a família terá, com certeza, como alvo principal a nova mãe. De facto, a mãe terá de lidar e deverá estar atenta para compreender, resolver e satisfazer as necessidades do filho recém-nascido (RN), as alterações não só físicas mas também sociais e psicoemocionais que aconteceram em si durante a gravidez e continuarão ao longo do puerpério (Mendes, 2014).

O puerpério, assim como outras fases do ciclo vital, é um período propenso a crises, por causa das mudanças físicas e psicológicas que o acompanham (Maldonado, 2000).

Paralelamente, Tavares em 2014, refere que a chegada de um filho implica um processo de transição para a mulher, revestido de crises e *stress*, em especial nas primíparas. É fundamental que a puérpera experimente e viva uma situação nova, com um conjunto de fatores, processos e fases que se não forem contornados, concretizados ou controlados podem pôr em risco a própria puérpera, o recém-nascido e a estrutura orgânica familiar. Descreve ainda que todas as dificuldades ou problemas biopsicossociais que podem surgir no puerpério, associados às questões relacionadas com mudanças de papéis, desconhecimento e falta de apoio, podem gerar momentos de inquietação, ansiedade e insegurança, que irão comprometer a estabilidade familiar. (Tavares, 2014)

*A verdade é que “o período pós-parto representa um momento de stress emocional para a mulher, pois por um lado vive emoções intensas e variáveis, como a de alegria, alívio, mas por outro, é um período de incógnitas em que a competência pessoal de se cuidar de alguém que depende inteiramente dos cuidados de uma outra pessoa é questionada, e em que se vive grandes alterações fisiológicas”. Por essa razão, este é um período que determina o estado de saúde mental da pessoa, pois é caracterizado por verdadeiros marcos no crescimento emocional, podendo ser reconhecido como de crise (Tavares, 2014).*

Zinga, Philips e Born (2005), defendem que, o nascimento de um filho é um acontecimento que deve ser encarado como uma situação de crise e de *stress* pois é exigido à puérpera reorganizações pessoais e relacionais profundas.

Conforme Aiello-Vaisberg e Granato (2002), a mãe precisa sobreviver aos ataques de cólera de seu bebê, à sua indiferença, à sua recusa ou extrema voracidade de se alimentar, à falta de sono que ele lhe impõe; em suma, precisa renunciar aos seus próprios interesses para poder cuidar de seu bebê. (Frizzo & Piccinini, 2005)

Para Meleis (2010), o nascimento de um filho sendo um acontecimento da vida, considera-o como uma transição desenvolvimental. As transições desenvolvimentais exigem mudança nos pressupostos sobre a pessoa e sobre o mundo requerendo uma correspondente alteração no próprio comportamento e relação (Shumacher e Meleis, 1994; Meleis et al, 2000; Mercer, 2004). Neste âmbito, o resultado do processo de transição pode ser positivo ou negativo em termos desenvolvimentais de acordo com as exigências que a mudança impõe e que se constituem como fonte de *stress* para a pessoa (Meleis, 2010).

De acordo com Stern (1997), é fundamental que a puérpera precisa mudar o centro de sua identidade de filha para mãe, e até por vezes de profissional para mãe de família. Tal reorganização seria importante para ela poder alterar os seus investimentos emocionais, a sua distribuição de tempo, a energia e as suas atividades. Stern designa de “constelação da maternidade” a nova e única organização psíquica que surge com o nascimento do bebé. (Frizzo & Piccinini, 2005)

Em 2005, Schwengber & Piccinini citam Winnicott (1978), referindo que no puerpério a mulher entra num especial, estado denominado de “preocupação materna primária”, em que ocorre um estado de sensibilidade aumentada, cujo objetivo é capacitar a mulher a preocupar-se com seu bebé.

Brazelton defende que desde o nascimento do bebé, a mulher/casal vai realizar importantes processos adaptativos, a seguir descritos (ct por Sabriá, 1997):

*“- A finalização brusca da fusão com o feto, com fantasias de integridade e onnipotência proporcionadas pela gravidez;*

*- A adaptação a um novo ser que provoca sentimentos de estranheza*

*- Chorar o filho (perfeito) imaginário e adaptar-se às características específicas do bebé real;*

*- Lutar contra o medo de causar dano ao bebé ao sentir-se inexperiente;*

*- Aprender a tolerar e desfrutar as enormes exigências que impõe a total dependência do bebé*

“(Tavares, 2014).

Em 2014 Mendes e Tavares citam Rubin (1961), que refere que poderão ser observadas três períodos ou fases de ajustamento pelos quais as mulheres passam no pós-parto:

1ª Fase dependente ou fase de incorporação com a duração de um a dois dias após o nascimento. Esta fase é caracterizada pela mãe estar mais passiva e dependente. As suas energias estão direcionadas para preocupações com o seu corpo e frequentemente revê a sua experiência do trabalho de parto e parto. Esta fase é uma altura de grande entusiasmo,

onde a mulher normalmente se encontra muito comunicativa verbalizando a experiência da gravidez e do parto. O facto de se centrar, analisar e aceitar estas experiências, favorece a passagem para a fase seguinte. As necessidades de dependência da mãe predominam nesta altura carecendo de cuidados de treino e proteção para poder cuidar como mãe (Mendes, 2014). A puérpera conta com os outros para a satisfação das suas necessidades de conforto, repouso, alimentação, de proximidade para com a família e com o RN. O desconforto físico pode interferir com o repouso, com a deambulação e mesmo com os cuidados a prestar ao RN. Nesta fase, necessita de muita proteção e apoio. É importante que a mulher tenha oportunidade de descansar, de forma a contornar os efeitos de privação do sono, fadiga, irritabilidade (Tavares, 2014). Nesta fase o enfermeiro, ainda na maternidade, tem um papel preponderante em dotar a puérpera de conhecimentos e habilidades que depois terá que continuar a desenvolver na fase seguinte, de modo a que se torne cada vez mais independente (Mendes, 2014). No entanto, nesta fase, a ansiedade e a preocupação com o novo papel limita muitas vezes a mãe à retenção de informação (Tavares, 2014).

2ª Fase dependente-independente ou fase de posse inicia-se no segundo ou terceiro dia e pode durar de dez dias a várias semanas. Caracteriza-se pelo desejo da puérpera se tornar independente nas suas ações e assumir as responsabilidades quanto às necessidades e cuidados do recém-nascido. Ao mesmo tempo que se empenha em aprender e praticar os cuidados ao filho de modo a se tornar mais independente, anseia pela necessidade de mais proteção e aceitação pelos outros. (Mendes, 2014) Durante esta fase, pode estar sensível a sentimentos de inadequação, pelo que a atuação do enfermeiro deverá ser no sentido de lhe oferecer instruções e suporte emocional de forma a aumentar a sua autoestima. Necessita que a tranquilizem constantemente e lhe digam que está a fazer bem, estando este desejo de êxito relacionado com a sua compreensão permanente de ser boa mãe (Tavares, 2014). É nesta fase que acontece a alta da maternidade e a puérpera regressa ao domicílio. Por último a fase do abandono, acontece com o regressar a casa em que a mulher é envolvida num grande momento de reorganização familiar, exigindo um conjunto de alterações. É o tempo de transição, adaptação e reajustamentos de papéis, novas responsabilidades, nervosismo, fadiga e de recuperação do seu estado não gravídico (Rubin, 1984). As adaptações físicas e os ajustes psicoemocionais continuam sendo a fadiga identificada por muitas mães como a maior preocupação física. (Mendes, 2014) O mesmo autor refere que os 10-14 dias são um período propenso à crise e de desequilíbrio "normal", especialmente nos casos em que se é pai/mãe pela primeira vez. (Tavares, 2014)

3ª fase, chamada de interdependente ou desprendimento, é muitas vezes uma fase stressante para os pais, devido a interesses e necessidades frequentemente divergentes entre eles neste período. Acontece com o regressar a casa em que a mulher é envolvida num grande momento de reorganização familiar, exigindo um conjunto de alterações. É o tempo de transição, adaptação e reajustamentos de papéis, novas responsabilidades, nervosismo, fadiga e de recuperação do seu estado não gravídico (Rubin, 1984). A mãe e a família tornam-se como uma unidade com interação entre os membros. Os papéis individuais de cada membro familiar estão resolvidos. A relação com o companheiro é fortalecida com o estabelecimento de um estilo de vida adequado à existência de um bebé, e o reassumir da intimidade sexual entre o casal. (Mendes, 2014). Tavares cita Rubin, referindo que os 10-14 dias é um período propenso à crise e de desequilíbrio "normal", especialmente nos casos em que se é pai/mãe pela primeira vez. Por essa razão, *"o regresso a casa poderá ser encarado como um momento ambivalente: representa, por um lado, chegar ao meio que lhe é familiar e desejado, por outro, o assumir de um conjunto de responsabilidades pelo cuidado do seu filho que, no internamento, poderia estar delegado nos enfermeiros/profissionais de saúde"* (Tavares, 2014).

Face ao descrito, é importante estar atento a sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fogem da adaptação "normal" característica do puerpério. De facto, o pós-parto é o período em que a chegada do bebé desperta muitas ansiedades e os sintomas depressivos são comuns. A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como ao longo da gravidez, e muitas vezes essa necessidade é confundida com depressão patológica. Porém, 70% a 90% das puérperas apresentam um estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas, chamado na literatura de Baby blues. Este está associado às adaptações e perdas vivenciados pela puérpera após o nascimento do bebé. *" Os "lutos" vividos na transição gravidez-maternidade podem incluir a perda do corpo gravídico; o não retorno imediato do corpo original; a separação mãe/bebé; o bebé deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe; e as necessidades próprias são postergadas em função das necessidades do bebé "* (Leff, 1997). Corresponde a um estado de alteração emocional essencial, provisória, no qual existe uma maior fragilidade psíquica, tal como no bebê, e que por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contacto com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A relação inicial mãe/bebé é ainda pouco estruturada, com o predomínio de uma comunicação não verbal e por isso intensamente emocional e mobilizadora (Leff, 1997).

Mendes, em 2014, refere que o blues pós-parto (BPP) poderá acontecer a uma percentagem acentuada de puérperas (segundo alguns autores até 80%), e acarreta sempre

sofrimento para a mulher que passa de um período “rosa” (os primeiros dois dias pós-parto) caracterizado por sentimentos de felicidade, para um período “blues” representado essencialmente pela tristeza. Também é ainda nesta fase que poderá vir a ser desenvolvida a depressão pós-parto (DPP). Durante o acompanhamento da mulher ao longo deste período, é fundamental que a equipa de saúde que atende a puérpera/família esteja capacitada para responder não só às suas necessidades físicas, mas também ao rastreio precoce de qualquer sintomatologia que signifique perturbações a nível psicoemocional (Mendes, 2014).

Já a psicose puerperal caracteriza-se por ser uma desordem que psiquiátrica rara e grave, exigindo internamento (O’Hara, 1997) (Frizzo & Piccinini, 2005).

Muitas são as mulheres que experimentam o chamado "baby blues", que surgem por volta do terceiro dia após o parto (Robertson, Grace, Wallington e Stewart, 2004). Caracteriza-se pelo humor oscilante e lábil, pelo sentimento de tristeza, crises de choro, emotividade exacerbada, hipersensibilidade. Pode ainda ocorrer ansiedade, fadiga e preocupações excessivas com a saúde do bebé. De acordo com estudos realizados, o seu aparecimento surge entre o 3º e 4º dia pós-parto com uma prevalência a rondar os 50 a 80% das puérperas, com uma média a rondar os 67%. Apesar disso, é uma condição benigna de duração variável, sendo a forma mais leve dos distúrbios de humor no pós-parto. O seu tratamento passa muito pela compreensão e apoio familiar (Tavares, 2014).

Deve ser conhecido ainda o chamado “Puerpério do companheiro”, em que o pai pode sentir-se participante ativo ou completamente excluído. A ajuda mútua e a compreensão desses estados podem ser fonte de reintegração e reorganização para o casal. Se o casal já tem outros filhos, é bem possível que apareça o ciúme, a sensação de traição, medo do abandono que se traduz em comportamentos agressivos por parte das outras crianças. Há uma necessidade de rearranjos na relação familiar. (Leff, 1997)



## 2. Literacia em saúde mental

Durante um longo período de tempo, o conceito de literacia encontrava-se associado à habilidade de leitura e escrita. Apenas no século XX se compreendeu que este fenómeno engloba muito mais que só estas duas capacidades (Albright et al., 1996). É então na década de 90 que surge o conceito de literacia em saúde, um fenómeno que requer não só a capacidade de leitura e escrita, mas, também, de escuta, análise e tomada de decisões (Tenibiaje, 2014).

Assim, em 1998, a OMS definiu literacia em saúde como o conjunto de “*competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação, de forma a promover e manter uma boa saúde*”. Como tal, a literacia em saúde implica a aquisição de conhecimentos, competências pessoais e confiança para agir de forma saudável, através de mudanças de estilo e condições de vida (World Health Organization, 1998).

Esta definição da OMS é reforçada por diferentes autores citados em 2016 por Neto, que a reconhecem como a perspetiva mais abrangente e atual do conceito de literacia em saúde (Neto, 2016).

Recorrendo da definição da OMS a Direção Geral de Saúde (2016), acrescenta que a literacia em saúde reúne as “*competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em aceder, compreender e utilizar a informação*”.

Concomitantemente, o Institute of Medicine (IOM) define a literacia em saúde como “*o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas*” (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004).

Em 2005, Kickbusch et al., reforçam o elemento social à literacia em saúde, ao definir como “*a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades*”.

Literacia em saúde é possuir-se de habilidades (linguagem, alfabetização e numeramento), conhecimento, compreensão e confiança para aceder, compreender, avaliar, usar informações e serviços de saúde e assistência social (Public Health England & UCL Institute of Health Equity, 2015).

Facilmente se depreende a evolução do conceito de literacia em saúde. Evoluiu assim, de uma definição meramente cognitiva para uma definição que engloba as componentes pessoal e social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

Em Portugal, Ana Benavente introduziu o conceito de literacia através de um estudo intitulado *“A Literacia em Portugal: Resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica”*, onde está explícito que na literacia não se trata de saber aquilo que as pessoas aprendem e sabem mas sim, de saber o que, em situações da vida e do quotidiano, são capazes de usar (Ferreira, 2013).

Atualmente, o conceito de literacia já é bastante difundido no nosso vocabulário, e define-se por não só permitir a análise da capacidade efetiva de utilização na vida quotidiana das competências de leitura, escrita e cálculo mas também remeter para um contínuo de competências que se traduzem em níveis de literacia com graus de dificuldade distintos (Gomes et al, 2012).

Pedro et al., em 2016 refere que o nível de literacia e estado de saúde da pessoa estão intimamente ligados e documentados na literatura científica *“os indivíduos com baixa literacia em saúde apresentam menor probabilidade de: compreender informação escrita e oral fornecida pelos técnicos de saúde; serem capazes de navegar pelo sistema de saúde para obter os serviços necessários; realizar os procedimentos necessários; e seguir indicações prescritas.”*

Paralelamente, Schulz e Nakamoto (2012), no seu estudo empírico sobre os conceitos “capacitação do doente” e “educação em saúde”, constataram que os impactos da literacia em saúde e a responsabilização dos doentes estão profundamente ligados. Além disso, um alto nível de literacia não implica necessariamente uma alta capacitação do doente e vice-versa, e os desencontros destes níveis podem ter consequências nefastas. Desde logo, *“altos níveis de literacia em saúde sem correspondência na capacitação criam uma dependência desnecessária dos doentes face aos profissionais de saúde, enquanto que, um grau de autonomia elevado, sem um grau correspondente de literacia apresenta o risco de escolhas perigosas para a saúde.”* (Ferreira, 2013). No reforço da ideia anterior Camerini, Schulz e Nakamoto, (2012) observaram que há um forte impacto do conhecimento e capacitação sobre os resultados de saúde (Ferreira, 2013).

A Organização Mundial de Saúde define educação para a saúde como uma combinação de aprendizagens que tem por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de competências (WHO, 2012).

Nos últimos anos, diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações significativas nos resultados em saúde, na utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, nos gastos em saúde (Pedro et al., 2016). A falta de literacia tem um papel fundamental em saúde influenciando, negativamente, a condição física e psicológica de cada um, limitando as oportunidades individuais e a habilidade de realizar escolhas informadas que permitam compreender as conseqüências positivas ou negativas de cada opção (Spandorfer, Karras, Hughes, & Caputo, 1995).

Segundo (Espanha, Ávila, & Mendes, 2015) Portugal caracteriza-se por ter 11% da população com um nível de literacia “inadequado” e cerca de 38% da população com um nível de literacia em saúde considerado “problemático. Níveis elevados de escolaridade tendem a corresponder a níveis elevados de literacia em saúde. Em Portugal, mais de 60% dos inquiridos com ensino superior tem níveis de literacia excelentes ou suficientes. Por sua vez, mais de 60% dos inquiridos com escolaridade baixa (até Básico) têm níveis de literacia em saúde problemáticos ou mesmo inadequados (Espanha et al., 2015).

Igualmente, um estudo de Pedro et al. em 2016 relata que em Portugal, 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos 9 países em estudo em 49,2%. Relativamente à dimensão cuidados de saúde, apenas 44,2% apresenta um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde. No que respeita à prevenção da doença, cerca de 45% dos inquiridos revela ter um nível suficiente ou excelente de literacia em saúde, comparativamente com a média dos 9 países, que nesta dimensão apresenta o valor de 54,5%. Na dimensão promoção da saúde, 60,2% da população auscultada apresenta um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado, sendo que a média se situa nos 52,1%.

Face ao descrito, um nível inadequado de literacia em saúde pode acarretar muitos custos para o sistema de saúde. Uma baixa literacia em saúde tem uma forte ligação a um baixo conhecimento ou compreensão quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde, e poderá estar também associada a uma elevada probabilidade de hospitalização, uma elevada prevalência e severidade de algumas doenças crónicas, piores condições gerais de saúde, e uma baixa utilização de serviços de prevenção e rastreio de doença (Darren A. DeWalt, 2004).

A investigação científica acerca da importância da literacia em saúde enumera vários impactos desta na manutenção ou melhoria da condição de saúde, na redução dos custos de cuidados de saúde, no aumento do conhecimento em saúde e na utilização menos frequente dos serviços de saúde (Pedro et al., 2016). Em 2000, Ratzan e Parker, relatam literacia em saúde como um conceito fortemente associado à melhoria dos resultados de

saúde e à diminuição dos custos de cuidados de saúde. Acrescenta ainda Baker que resultados associados a uma maior literacia em saúde se devem á aquisição de novos conhecimentos, de atitudes mais positivas, de uma maior autoeficácia e de comportamentos de saúde positivos. A existência de um nível funcional de literacia em saúde parece, assim, ser crucial na vida saudável com a tomada de decisões individuais e informadas (Spandorfer, Karras, Hughes, & Caputo, 1995).

Speros sublinha ainda a importância e a responsabilidade dos sistemas de saúde na motivação para a aprendizagem das pessoas, não se devendo a literacia em saúde exclusivamente á responsabilidade pessoal de cada um (Speros, 2010). A evidência científica tem demonstrado que os níveis de literacia em saúde variam de acordo com o contexto social, cultural e pessoal.

Os esforços para melhorar a literacia em saúde concentram-se, em parte, na transmissão de conhecimento à população na identificação, prevenção e tratamento das doenças físicas comuns. No entanto, tem sido dado menos ênfase, em aumentar o conhecimento público sobre como prevenir ou reconhecer distúrbios mentais e lidar com seus sintomas (Jorm, 2012).

No sentido de se concentrar a atenção nesse aspeto negligenciado da saúde, Jorm et al. (1997) articulou o conceito de literacia em saúde mental descrito como *“conhecimento e crenças sobre transtornos mentais que auxiliam seu reconhecimento, gerenciamento ou prevenção”*.

Assim, promover a Saúde Mental *“é potenciar o estado de equilíbrio que permite ao sujeito compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o cerca, estabelecer relações significativas com os outros e ser um membro criativo e produtivo da sociedade”* (Cepêda, Brito, & Heitor, 2015).

A evidência tem mostrado que a promoção da saúde mental é efetiva nos períodos e acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis ao longo do ciclo de vida, que geram profundas alterações físicas e psíquicas. A promoção da saúde mental implica por conseguinte que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais nesses períodos (Cepêda et al., 2015).

A construção do conceito de literacia em saúde mental, decorrente do conceito de saúde mental, também está em evolução. Originalmente literacia em saúde mental foi definida como *“conhecimento e crenças sobre transtornos mentais que auxiliam seu reconhecimento, gestão ou prevenção”* (Jorm, 2000). Posteriormente, acrescentou-se à definição, conhecimentos que beneficiam a saúde mental de uma pessoa ou de outras pessoas, incluindo: conhecimento de como prevenir um transtorno mental; reconhecimento

de distúrbios quando em desenvolvimento; conhecimento de estratégias eficazes de autoajuda para problemas leves a moderados; e habilidades de primeiros socorros para ajudar os outros (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016).

A literacia em saúde mental pode ser definida como tendo quatro componentes únicas, mas integradas:

- 1) *Compreender como promover e manter a saúde mental positiva,*
- 2) *Compreender os transtornos mentais e seus tratamentos,*
- 3) *Diminuir o estigma*
- 4) *Melhorar a busca de ajuda* (McDonald & Watson, 2016)

Esta definição de literacia em saúde mental é uma extensão de construções anteriores, é consistente com a construção em evolução de saúde mental, inclui o conceito de estigma que tem historicamente muitas vezes considerados separadamente, e amplia o conceito de estratégias de autoajuda para a construção mais ampla eficácia em busca de ajuda. Esta definição em evolução baseia-se numa literatura robusta que descreve bem a inter-relação entre o conhecimento em saúde mental e os vários tipos de estigma, bem como construções recentes da teoria do estigma, onde a falta de conhecimento é considerada um motorista de preconceito (atitudes negativas) que influencia comportamentos (discriminação) (McDonald & Watson, 2016).

O aumento da literacia em saúde mental pode promover a saúde mental e o bem-estar em nível individual e organizacional, em todos os setores (McDonald & Watson, 2016).

Outras preocupações concentram-se nas próprias ferramentas de medição de literacia em saúde mental. McDonald & Watson, 2016, pesquisou e revisou recentemente a literatura, identificando mais de 400 estudos de pesquisa de literacia em saúde mental (incluindo aqueles que se concentram em conhecimento, atitudes e busca de ajuda, respetivamente) e identificou que a maioria não utilizar ferramentas de avaliação de propriedades psicométricas adequadas. Isso dificulta a determinação da validade dos resultados relatados. Além disso, muitas das ferramentas de avaliação atualmente usadas para avaliar a literacia em saúde mental podem não capturar suficientemente todos os componentes da literacia em saúde mental positiva (McDonald & Watson, 2016).

A literatura demonstra claramente a necessidade de uma maior conscientização pública sobre a saúde mental positiva como um construto que é distinto da doença mental. Mais especificamente, para entender como promover e manter a saúde mental positiva, os indivíduos precisam de informações para melhorar a saúde mental e o bem-estar,

compreender os sinais e sintomas da doença mental e saber quando procurar ajuda ou como responder a outras pessoas que precisam de ajuda (McDonald & Watson, 2016).

Ainda nesta linha, outros autores referem que recentemente a literacia em saúde mental tem recebido grande atenção para melhorar o conhecimento em saúde mental, diminuir o estigma e melhorar os comportamentos de procura de ajuda (Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2017).

Uma teoria acerca de literacia em saúde mental pode orientar futuros pesquisadores para delinear claramente construtos importantes e suas inter-relações. Para os profissionais, uma teoria de literacia em saúde mental pode ajudar a informar como melhorar esta tanto a nível individual quanto a nível comunitário (Spiker & Hammer, 2018).

Globalmente, os transtornos mentais afetam 25% da sociedade. Em 2018, Tay, Tay, & Klainin-Yobas ilustraram os níveis de literacia em saúde mental no público:

*1. Reconhecendo o problema de saúde mental-Atitude positiva que promove reconhecimento e busca de ajuda*

*2. Conhecimento do fator causador e de risco*

*3. Conhecimento do tratamento disponível*

*4. Conhecimento das estratégias de autoajuda disponíveis*

*5. Conhecimento de recursos de informação de saúde mental* (Tay, Tay, & Klainin-Yobas, 2018)

A literacia em saúde mental é a compreensão das condições de saúde mental, o que ajuda na sua prevenção, reconhecimento e tratamento. Infelizmente, o público tem um mínimo de compreensão dos transtornos mentais, levando a um fraco reconhecimento e atraso no tratamento. Há uma necessidade de realizar pesquisas de boa qualidade para avaliar os níveis de literacia em saúde mental entre intervenções públicas e personalizadas para aumentar a literacia em saúde mental entre o público. Isso garantirá a deteção precoce de transtornos mentais, levando a uma recuperação precoce e maior qualidade de vida entre a sociedade (Tay et al., 2018).

Como foi referido, os níveis de literacia em saúde mental são baixos no público. A literacia em saúde mental pode ser aumentada com intervenções específicas. Tais intervenções podem ser fornecidas na atenção primária ou nos *media* convencionais ou *on-line*. Os enfermeiros têm um grande papel a desempenhar na liderança dessas educações públicas e na melhoria da saúde pública como um todo. Tais educações públicas servem como medidas primárias de prevenção e podem potencialmente reduzir o estigma e

aumentar os comportamentos de procura precoce de ajuda, o que reduzirá a morbilidade, a mortalidade e promoverá a recuperação precoce. Assim, os enfermeiros desempenham um papel importante na preservação e melhoria de nações saudáveis e felizes em todo o mundo (Tay et al., 2018).

No processo de elevar o nível de literacia, uma relação interativa com uma comunicação efetiva entre população e profissionais deve estar presente. Por outro lado, é importante incentivar o utente a estabelecer uma comunicação, tão sincera e informada, quanto possível. O utente deve possuir a capacidade de explicar ao profissional de saúde os sintomas, de modo a que o profissional de saúde possa identificar o seu problema e assim prescrever o tratamento adequado (McCormack, Rush, Kandula, & Paasche-Orlow, 2011).

Os enfermeiros têm um grande papel a desempenhar na liderança dessas educações públicas e na promoção de uma nação saudável e feliz. (Tay et al., 2018) Campanhas de consciencialização pública podem ser usadas para aumentar a “literacia em saúde mental” a capacidade de obter acesso, entender e usar informações para promover e manter a saúde mental positiva. A literacia em saúde mental tem o potencial de melhorar a saúde individual e da população, aumentando o conhecimento sobre saúde mental, reduzindo o estigma, promovendo a identificação precoce de transtornos mentais, melhorando os resultados de saúde mental e aumentando o uso de serviços de saúde. (Summerville, 2007) Especificamente, a consciencialização da comunidade e os primeiros socorros à saúde mental devem ser consistentemente eficazes. Embora duas fontes confirmem a eficácia, parece haver uma escassez de pesquisas sobre literacia em saúde, especialmente no que diz respeito às estratégias de implementação (Summerville, 2007).

## **2.1. Literacia em saúde mental da puérpera**

A literacia em saúde é fundamental para a saúde da sociedade e deve ser considerada uma prioridade na promoção da qualidade nos serviços de saúde (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007). Como referido anteriormente, o nível de saúde e literacia são dois conceitos fortemente interligados, especialmente a literacia das mulheres, já que estas são as principais cuidadoras no seio familiar, logo a sua literacia em saúde pode influenciar toda a saúde familiar (Ferreira, 2013).

Ferreira ao definir literacia em saúde materna cita Renkert e Nutbeam (2001), Majoyinola (2011) como *“as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres para compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos”*, sendo reforçada *“pela educação pré-natal, que centra a atenção*

sobre todos os assuntos relacionados com os cuidados durante a gravidez, parto, nascimento e com os cuidados com o recém-nascido (Renkert e Nutbeam, 2001 apud Majoyinola, 2011)” (Ferreira, 2013).

Tanto a gravidez como todo o processo puerperal exigem que a mulher desenvolva competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais profundas e intensas (Graça 2010), sendo que para isso, a sua literacia em saúde durante este período será essencial. Esta vivência e a transição para uma maternidade saudável constitui-se assim como uma oportunidade para o crescimento e para a transformação individual. (Ferreira, 2013)

No entanto, *“a adaptação à parentalidade pode desencadear o surgimento de sentimentos de incerteza e incapacidade, devido às novas responsabilidades decorrentes do cuidar de uma criança, e que podem comprometer o normal processo de adaptação. Pensamos que quanto mais informada estiver a puérpera sobre o que vai acontecer no pós-parto menos medo sentirá e mais adaptada estará “* (E. A. G. Almeida et al., 2016).

Kohan, Ghasemi e Dodangeh em 2007 sublinham a influência de uma fraca literacia em saúde materna na saúde da mãe e também para a saúde infantil, crescimento e desenvolvimento da criança.

Facilmente se depreende a necessidade de melhorar a literacia em saúde mental das mulheres durante o período perinatal. A educação em tópicos de saúde mental no contexto de uma relação de confiança com os profissionais de saúde pode contribuir para promover o conhecimento sobre depressão das mulheres e a competência emocional e por conseguinte da sua saúde mental (Fonseca, Silva, & Canavarro, 2017b). Os profissionais de saúde devem avaliar sistematicamente os estados emocionais das mulheres, fornecer informações sobre tópicos de saúde mental e permitir que estas divulguem as suas dificuldades emocionais (Fonseca et al., 2017b)

Tavares, em 2014, cita Fernandes, Rodrigues, Jorge e Silva (2007) referindo que o suporte proporcionado por profissionais é apontado como elemento facilitador do processo de transição puerperal. *“Os mesmos autores referem que os profissionais de saúde ao disponibilizarem informação técnica e científica pertinente para a aquisição de competências em cuidar, disponibilizando-se para esclarecer dúvidas, pode minimizar sentimentos de insegurança, angústia e ansiedade, vivenciados neste período (Wilkins, 2006; Monteiro, 2005)”* (Tavares, 2014).

Contudo, *“sabe-se que com o tempo que uma puérpera permanece na maternidade (uma puérpera/recém-nascido de parto eutócico, não surgindo qualquer intercorrência, tem alta cerca de 48 horas após o parto)”*, parece ser difícil a consolidação e aquisição de

competências necessárias para promover o bem-estar da puérpera/RN/família. É difícil, como se compreende, que a mulher consiga apreender, em tão curto espaço de tempo, o modo como cuidar de si e do RN, principalmente se for um primeiro filho (Mendes, 2014).

As principais alterações emocionais relatadas foram o choro fácil e nervosismo. As puérperas sentiam-se frustradas e/ou inseguras quanto ao exercício da maternidade sendo que *“O cuidado de enfermagem nessa situação deve começar no pré-natal com avaliação da autoestima, da rede de suporte social e da satisfação das futuras mães”* (Da Silva, De Araújo, De Araújo, De Lima Carvalho, & Caetano, 2010). Nesta fase, o enfermeiro pode prestar decisiva colaboração, pois ao conhecer a situação vivenciada, este profissional auxilia a puérpera a superá-la e a se readaptar melhor às suas dificuldades, contribuindo para um exercício saudável da maternidade com impactos, tanto no binômio mãe-filho como na família.(Da Silva, De Araújo, De Araújo, De Lima Carvalho, & Caetano, 2010)

Na mesma opinião Mercer (2004) refere, que as enfermeiras em serviços de saúde materno-infantis desempenham um papel importante na prestação quer de cuidados, quer no fornecimento de informações durante este período. (Tavares, 2014)

Assim, para aumentar a literacia em saúde materna, assim como avaliá-la durante os cuidados prestados durante este período, é imprescindível fornecer as bases, identificando as questões onde as grávidas têm insuficiente conhecimento, identificando as fontes disponíveis, fazer um planeamento para maior aproveitamento dos materiais de formação escritos e verbais, utilizando um vocabulário claro, simples e de fácil compreensão e validar a compreensão dos esclarecimentos fornecidos (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007) ; (Ferreira, 2013).

Os cursos de preparação para o nascimento/parentalidade, fornecem os ensinamentos e formação aos casais, sendo a componente prática destes cursos fundamental para avaliar se os conhecimentos foram compreendidos e se a grávida/casal tem capacidade para demonstrá-los na prática. (Kohan, Ghasemi e Dodangeh 2007).

Para isso contribui, certamente, toda a informação e formação que lhe é prestada no período pré-natal, durante o internamento na maternidade e período puerperal, após alta clínica do hospital. Deste modo, a puérpera pode ser o principal agente na promoção do seu bem-estar e do RN (Mendes, 2014).

Assim sendo, a promoção do bem-estar das puérperas e a prevenção de patologias psicoafectivas no pós-parto, merece por parte das entidades políticas, em geral, e dos profissionais de saúde, em particular, uma atenção especial” *uma atuação preventiva pode proporcionar à nova mãe o apoio de que necessita para enfrentar os eventuais episódios de*

*depressão. Mais do que isso, o atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de parentalidade” (Tavares, 2014).*

A Saúde Mental é referida como um estado de funcionamento ideal do ser humano, o que sublinha a importância de promover as qualidades da pessoa na otimização de seu potencial (Sequeira et al., 2014). As puérperas precisam de alcançar resultados positivos na esfera maternal e pessoal, pelo que a sua Saúde Mental será vital neste processo de transição.

A literacia em saúde mental permite que os que sofrem transtornos mentais procurem assistência ativamente e participem do reconhecimento dos sintomas (Jorm, 2012). Fornecer o conhecimento e as habilidades necessárias para que as mulheres reconheçam sintomas depressivos pós-parto e obtenham um tratamento eficaz pode minimizar os efeitos adversos significativos desse transtorno em mulheres, bebés e membros da família (Letourneau et al., 2012).

A disparidade entre a prevalência de doenças mentais na população e a procura efetiva de ajuda formal é particularmente evidente no período perinatal e tem sido alvo de crescente investigação. *“Apesar das consequências negativas e natureza pervasiva da depressão perinatal (KingstonTough, & Whitfield, 2012), a investigação mostra que poucas mulheres (20-40%) procuram ativamente ajuda para lidar com os seus sintomas, apesar de existir tratamento disponível (Dennis & Chung-Lee, 2006).” (Fonseca, Silva, & Canavarro, 2017a)*

Na população portuguesa no período perinatal foram encontrados dados similares, com apenas 13.6% das mulheres com sintomas depressivos a reportar ter procurado ajuda profissional para os seus problemas de saúde mental (Fonseca, Gorayeb, & Canavarro, 2015).

Os estudos apontam contudo a necessidade de incrementar o conhecimento sobre a problemática da saúde mental neste período da vida da mulher, quer na compreensão dos fenómenos que a afetam, quer nas estratégias que promovem a saúde mental (Braga, Quelhas, & Silva, 2014). Apenas cerca de 40% das mulheres com depressão são diagnosticadas por profissionais de saúde e uma parte significativa das mulheres não recebe tratamento para os seus sintomas depressivos (Ko, Farr, Dietz, & Robbins 2012). Dada a escassez de literatura sobre a literacia em saúde mental sobre sintomatologia emocional pós-parto, um estudo mais aprofundado deste tópico é importante para a saúde da mulher para profissionais de cuidados de saúde (Jorm 2000).

A estrutura desenvolvida acerca literacia em saúde mental por Jorm (2000) poderia servir como um guia eficaz para enfermeiros usarem na identificação de mulheres nessa

população de alto risco que se beneficiariam de educação, maior vigilância e intervenção precoce de sintomas no pós-parto. (Guy, Sterling, Walker, & Harrison, 2014).

Guy, Sterling, Walker, & Harrison, 2014 no seu estudo referem que os participantes não tinham os níveis ideais de literacia em saúde mental necessários para atender proactivamente as suas próprias necessidades de saúde mental durante o período pós-parto. Assim, os mesmos autores, sublinham a importância de serem desenvolvidas intervenções para melhorar a literacia em saúde mental de mulheres grávidas, considerando ser essencial na melhoria do estado de saúde mental destas.

A aplicação da estrutura de Jorm (2000) permitiu aumentar a compreensão do conhecimento e das crenças sobre a sintomatologia emocional no pós-parto, no contexto da literacia em saúde mental em um grupo de mulheres pós-parto de baixos rendimentos (Guy et al., 2014).

Esta estrutura conceptual permitiu explorar os conhecimentos, crenças e atitudes de mulheres no reconhecimento e gestão de sintomas depressivos pós-parto.

O quadro de literacia em saúde mental de Jorm (2000) engloba os seguintes componentes da literacia em saúde mental:

*“(a) a capacidade de reconhecer distúrbios específicos ou diferentes tipos de sofrimento psíquico;*

*(b) conhecimento e crenças sobre fatores de risco e causas;*

*(c) conhecimento e crenças sobre intervenções de autoajuda;*

*(d) conhecimento e crenças sobre ajuda profissional disponível;*

*(e) atitudes que facilitem o reconhecimento e a procura adequada de ajuda;*

*(f) conhecimento de como procurar informações sobre saúde mental” (Jorm 2000).*

É aos profissionais de saúde que cabe a responsabilidade de detetar e orientar situações de sofrimento quer físico quer psicológico. A enfermeira, ao apoiar-se em comportamentos e atitudes que se baseiam na proximidade com o utente – proximidade física, psicológica e sociológica – tem acesso privilegiado e por vezes facilitado para a deteção precoce de situações de risco em saúde mental (Nascimento, 2003).

Cabe aos enfermeiros *“não inculir modelos de atuação para as futuras mães e pais, mas sim compreendê-los como parte integrante de uma história e cultura num contínuo transgeracional e encorajá-los a descobrir, realçar e aceitar a particularidade de cada ser, de cada relação sempre numa perspetiva positiva de saúde”* (Nascimento, 2003). O fornecimento de informações necessárias, mais cedo ou mais tarde, facilitaria a busca de ajuda durante o período perinatal (Recto & Gurch, 2019).

A literacia em saúde mental é o conhecimento e as crenças de um indivíduo sobre transtornos mentais. É um componente importante da promoção de resultados positivos para a saúde materna porque permite que a mãe não apenas ganhe conhecimento, mas também procure assistência e tratamento precoce (Recto & Gurch, 2019).

Reconhece-se que ter acesso a serviços de saúde não é suficiente para melhorar o tratamento de pessoas com transtornos mentais e que isso deve ser acompanhado por esforços para aumentar a literacia em saúde mental comunitária. Por conseguinte, os esforços para melhorar a literacia em saúde mental devem ter em conta a diversidade cultural e linguística, se quiserem atingir toda a comunidade (Jorm, 2012).

### **2.1.1. Impacto do contexto sociodemográfico**

Para que a puérpera se possa readaptar à nova condição de saúde e às várias etapas do processo da maternidade é fundamental que esta tenha ao seu dispor informação para que possa adquirir autonomia, possível de se concretizar através de estratégias de *empowerment*. No entanto, existem fatores relacionados com o meio envolvente onde a puérpera está inserida que podem influenciar a sua capacitação.

A adaptação à parentalidade é influenciada por fatores de variada ordem (relacionais, individuais e contextuais) e varia no tempo, de casal para casal e de puérpera para puérpera. Frequentemente, como referem Gomez & Leal ao citarem Delmore-Ko et al. (2000), a experiência factual depois do nascimento é diferente daquilo que os progenitores esperaram e muitos dos stresses normais do período pós-parto não foram antecipados (Gomez & Leal, 2009).

O estudo relatado por Kohan, Ghasemi e Dodangeh (2007) mostra que níveis de literacia gerais mais elevados, como mulheres com formação superior, têm melhores resultados em saúde durante a gravidez/puerpério. As mães, com níveis de literacia geral superiores, têm filhos com maior peso ao nascer, têm menos recém-nascidos prematuros, a taxa de mortalidade é menor e prolongam durante mais tempo o aleitamento materno. Os autores supracitados referem ainda que, embora a literacia no geral seja um fator determinante para a literacia em saúde individual, a literacia em saúde é mais específica, no entanto, quase sempre menor do que a literacia geral (Ferreira, 2013). É ainda acrescentado pelos autores que menor nível de literacia em saúde pode ser consequência de fatores económicos, sociais e de saúde indesejáveis, como aumento das despesas com saúde e

tratamento, morbidade e mortalidade e efeitos colaterais das doenças (Kohan, Ghasemi, & Dodangesh, 2007).

Importa destacar outro estudo elaborado por Fonseca, Silva, & Canavarro, em 2017, que conclui que um baixo nível de literacia em saúde mental tem sido considerado uma grande barreira para as mulheres procurarem ajuda para problemas de saúde mental durante o período perinatal. Os mesmos autores referem que mulheres com níveis baixos e moderados de literacia sobre depressão estavam associados à falta de competência e clareza emocional que, por sua vez, afetava o reconhecimento e consciência dos sintomas. Também a baixa escolaridade e o baixo rendimento foram associadas à baixa literacia sobre alterações na saúde mental, enquanto a história anterior de problemas psiquiátricos ou tratamentos foi associada a níveis mais altos de literacia sobre saúde mental (Fonseca et al., 2017b).

Em 2016, Henshaw, Durkin, & Snell, vêm realçar o papel significativo dos parceiros no reconhecimento das mudanças de humor das mulheres e que devem estar ativamente empoderados nas práticas de educação, triagem e encaminhamento. Para mães casadas ou em união de facto, é comum os pais serem os primeiros consultores em decisões de tratamento de sintomas de alterações de saúde mental (Henshaw et al., 2013; Montgomery et al., 2009; Woolhouse et al., 2009). No entanto, pouco se sabe sobre como mães e pais se comunicam sobre mudanças de humor, ou como essas conversas afetam a tomada de decisão sobre a saúde mental das mulheres. O objetivo desta investigação qualitativa foi obter uma melhor compreensão de como os casais percebem, interpretam e respondem mudanças de humor no primeiro ano pós-parto. A contribuição de parceiros e familiares pareceu ser fortemente considerada no processo das puérperas autodiagnosticarem alterações patológicas ou não no seu humor. Em suma, a investigação atual destacou a colaboração entre e incerteza como dois temas proeminentes na conceituação das mães de alterações de humor pós-parto. Estes resultados sugerem investigação mais aprofundada da consulta pelos pares como diagnóstico passo na busca de tratamento de saúde mental. Além disso, esses resultados preliminares sugerem intervenções direcionadas aos consultores pares comuns, parceiros e membros da família do sexo feminino e representam uma direção nova e promissora para a futura pesquisa para melhorar a deteção e o tratamento da saúde mental (Henshaw, Durkin, & Snell, 2016).

Contudo, Recto & Gurch relatam que as mães adolescentes/sem companheiro são especialmente suscetíveis à depressão perinatal devido aos fatores contextuais únicos que enfrentam. No estudo, são apresentadas categorias e subcategorias que descrevem a literacia em saúde mental de adolescentes perinatais quanto à depressão perinatal. Os

resultados sugerem que as adolescentes expressaram dificuldades em reconhecer a depressão perinatal. Sintomas depressivos foram identificados através de autoavaliações ou da avaliação de outros. O estigma relativo à depressão perinatal foi identificado como uma barreira para a procura de ajuda entre as participantes que já sofriam críticas devido ao seu estado de gravidez. Assim, a qualidade das interações com os profissionais de saúde pode dificultar ou facilitar as adolescentes a procurar ajuda profissional (Recto & Gurch, 2019).

Srivastava, 2011, partilha da mesma opinião quando discute sobre saúde mental. A autora afirmar que um corpo crescente de evidências interculturais indica que vários fatores psicológicos, sociais e comportamentais podem proteger a saúde e apoiar a saúde mental positiva. A saúde mental pode ser avaliada pela capacidade do indivíduo de lidar com o *stress*, enfrentando a adversidade sem desintegração (Srivastava, 2011).

Outro estudo foi realizado por Zalat, Mortada, & El Seifi em 2018 para avaliar o nível de diferença de saúde mental entre mulheres trabalhadoras e desempregadas, para explorar o seu estigma e atitude em relação à procura de ajuda psicológica para problemas de saúde mental. Os resultados refletem que embora as mulheres que trabalham são mais suscetíveis a uma boa saúde mental, as mulheres desempregadas são menos estigmatizadas em relação a problemas de saúde mental e têm uma melhor atitude para procurar serviços de saúde (Zalat, Mortada, & El Seifi, 2018).

Em 2016, Neto no seu estudo de investigação traçou como objetivo determinar o nível de literacia em saúde da mulher grávida, identificar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de vigilância da gravidez associadas ao nível de literacia em saúde da grávida. A colheita de dados foi realizada a 404 mulheres grávidas com aplicação de um questionário constituído por questões sociodemográficas, obstétricas e a escala HLS-EU-PT (Escola Nacional de saúde pública, 2014). Os resultados obtidos relatam um nível problemático de literacia em saúde, um nível suficiente de literacia em saúde no domínio Cuidados de saúde, Prevenção da doença e Promoção da saúde, com os valores percentuais 40,1%, 39,9% e 38,4% respetivamente. Auferem ainda os resultados que a literacia em saúde da grávida é influenciada pela nacionalidade, local de residência, habilitações literárias, rendimento familiar, internet na residência, planeamento e desejo da gravidez, curso de preparação para o parto/parentalidade, vigilância da gravidez e início da vigilância da gravidez antes as 12 semanas (Neto, 2016).

A consecução do papel maternal pode ser influenciada por variáveis maternas (idade, estatuto socioeconómico, perceção da experiência do nascimento, separação precoce mãe-filho, autoestima e autoconceito, flexibilidade no ajustamento de papéis, estado de saúde, ansiedade e experiências de *stress*, depressão ou estados depressivos,

traços de personalidade, tensão do papel, satisfação com a interação e com o desempenho de tarefas, vinculação mãe-filho, atitudes educativas); relacionadas com a criança (temperamento, estado de saúde, características da criança); familiares (considerando os subsistemas conjugal, parental e filial, bem como o desempenho dos respetivos papeis); e relacionadas com o apoio social (qualidade, extensão e satisfação com a rede de apoio social, considerando o apoio emocional, informativo, físico e de apreciação) (Graça, 2010).

No contexto atual, não é possível descurar as questões financeiras e económicas. No estudo de Elek, Hudson e Fleck (2002), o rendimento mais baixo dos pais esteve significativamente relacionado com altos níveis de fadiga que apresentavam durante a gravidez e às 4 e 8 semanas pós-parto, assim como com a fadiga maternal pré-natal, o que faz com que se questione sobre a saúde mental da mulher no período pós-parto (Tavares, 2014).

### **2.1.2. Impacto do contexto obstétrico**

A intensidade das experiências que a mulher vive ao longo da gravidez, parto e puerpério levam a que se refira ao ciclo gravídico-puerperal como um período de risco para ela. É um período de transição que abarca o processo da gravidez, do parto e do período pós-parto.

A literacia em saúde inclui a capacidade de compreender as instruções vindas de profissionais e unidades de saúde, habilidades cognitivas e sociais e a competência para usar essas informações e serviços de maneiras que melhoram a saúde. A assistência pré-natal é uma chave importante para uma maternidade saudável. A literacia em saúde materna e as habilidades cognitivas e sociais específicas exigidas para a maternidade saudável incluem habilidades para detetar fatores de risco e tomar atitudes para um estilo de vida mais saudável (Kohan et al., 2007).

Ao trabalhar com grávidas, privilegiando a intervenção em grupo, este funciona como suporte, contendo as ansiedades e fomentando as trocas de vivências e a reflexão sobre as mesmas. A interligação do falar, refletir e receber informação científica contribui para a redução dos medos e conseqüentemente para o alívio da ansiedade relativa à gravidez/puerperio. Quanto mais oportunidades tiverem de falar sobre a percepção que vão tendo das suas modificações, mais aumentam as suas hipóteses de adaptação (Zimmerman & Osório, 1997).

A promoção da saúde mental da mulher grávida traz benefícios directos para a saúde mental do futuro bebé, sendo por isso, um dos alvos da preocupação dos profissionais de saúde. Assim, uma experiência de intervenção em grupos de preparação para o parto, onde a partilha de preocupações e ansiedades pode ser o veículo de detecção precoce de perturbações na futura díade mãe-bebé é importante (Nascimento, 2003).

Alguns autores verificaram que o apoio e preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informação, contribuem para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez evidenciando-se menor ocorrência de problemas psicológicos e de alterações na saúde mental no período pós-parto (Figueiredo, 1997).

Em 2018, Spedding, Stein, Naledi, & Sorsdahl, concluem que é fundamental que o aprofundamento de entendimentos socioculturalmente diferenciados sobre como as alterações mentais perinatais são percebidos permitem intervenções dos profissionais de saúde bem-sucedidas. Os resultados apresentados revelam que baixos níveis de alfabetização em saúde mental foram identificados como uma barreira significativa ao tratamento. No entanto, pouco se sabe sobre como as mulheres grávidas percebem transtornos mentais durante esse período, particularmente em países de baixos e médios rendimentos, como a África do Sul. Três quartos das 262 gestantes que frequentavam o pré-natal em uma Unidade de Parteira e Obstetrícia (77,4%) não identificaram os sinais e sintomas descritos nas vinhetas como aqueles compatíveis com um transtorno mental. Mais da metade (57,5%) considerou as condições como “típicas de um carácter fraco”, enquanto o *stress* foi a explicação mais amplamente aceite para os sintomas. A capacidade de nomear transtornos mentais parecia ter pouca influência na preferência de tratamento por serviços psicológicos, pois os participantes estavam mais confiantes nos benefícios terapêuticos das consultas pré-natais. Notavelmente, procurar ajuda de um conselheiro espiritual ou religioso era comparativamente tão popular quanto procurar ajuda de um psicólogo ou assistente social (Spedding, Stein, Naledi, & Sorsdahl, 2018).

Recto & Gurch, 2019, no seu estudo procuram identificar fatores contextuais que impedem ou facilitam a procura e o reconhecimento da saúde mental perinatal. Assim, relatam que as mães adolescentes estavam relutantes em discutir a saúde mental com os profissionais de saúde, porque não fizeram um esforço conjunto para estabelecer um relacionamento. Elas descreveram as consultas de saúde como apressadas e, portanto, hesitavam em trazer problemas de saúde mental. Como resultado, a maioria perante alterações de humor recorreu por conta própria à procura de conselhos de familiares ou colegas. Curiosamente, essas mães enfatizaram um “estigma duplo” que vem da experiência de gravidez na adolescência e depressão. Elas temiam que os outros

pensassem que eram incapazes de cuidar de si mesmos e de seus bebês por causa da depressão, especialmente se já estavam sendo julgados por terem um bebê em uma idade jovem (Recto & Gurch, 2019).

De facto, Williams, Turner, Burns, Evans, & Bennert afirmam que uma forma útil de os profissionais de saúde abordarem o tema da saúde mental materna é com a introdução de perguntas acerca dos problemas de saúde mental às grávidas. As parteiras muitas vezes adaptaram as perguntas em vez de usar o fraseado especificado em diretrizes do Reino Unido. Às vezes, as parteiras optaram por não usar as perguntas, por exemplo, se o parceiro estava presente. As mulheres também não tinham certeza sobre o tipo de ajuda que estava disponível. Algumas mulheres relataram isso como uma razão para reter os seus verdadeiros sentimentos. Houve uma falta geral de consciência entre as parteiras, sobre o alcance de tratamentos não medicamentosos potencialmente disponíveis para as mulheres assim como, as vias de encaminhamento para os adquirir. Conclusão chave, tanto as parteiras como as mulheres consideram o rastreio de literacia em saúde mental como aceitável e importante, mas relataram deficiências na forma como é realizada essa avaliação (Williams, Turner, Burns, Evans, & Bennert, 2016).

Mulheres com alfabetização adequada em saúde tiveram diferença significativa no início e na frequência dos cuidados pré-natais, peso ao nascer neonatal, hematócrito materno (HCT), consumo de ferro e ácido fólico, ganho de peso na gestação, idade gestacional ao nascimento, método de parto e amamentação. Outros desfechos de nascimento foram semelhantes entre os grupos. Os autores sugerem que a boa literacia em saúde, entre mulheres grávidas, está associada a um bom resultado da gravidez/pós-parto, assim como, o fato de o baixo nível de literacia em saúde levar a uma baixa probabilidade de obter um resultado positivo na gravidez/puerpério. Também se preconiza, um esforço colaborativo para aumentar a literacia em saúde através da avaliação dos níveis de literacia em saúde materna na unidade de pré-natal, revisão de materiais educativos em linguagem simples e fornecimento de instruções orais e em vídeo, assim como materiais educativos escritos é altamente recomendado (Kohan et al., 2007).

Neste sentido, *“Para muitas mulheres, episódios relacionados com doenças específicas, muitas vezes ligadas a etapas definidas do seu ciclo de vida, motivam uma grande procura de informação e serviços de saúde”* (Santana, 2009). Santana no seu estudo revela um crescimento muito elevado do número de mulheres que utilizam a internet como fonte de informação para aspetos relacionados com a saúde/doença. Os principais motivos apontados foram o facto de as mulheres serem grandes consumidoras de serviços nesta área, mas também por constituírem uma parte muito significativa de prestadores de

cuidados, logo necessitam de maior informação (Santana, 2009). Enquanto prestadoras de cuidados, as mulheres atuam, muitas vezes, como profissionais e como familiares, cuidando dos filhos, netos, marido e pais durante longos períodos da sua vida. Também alguns aspetos marcantes da vida da mulher estão ligados à saúde, como a gravidez, o parto, a amamentação, o cuidado dos filhos pequenos ” (Ferreira, 2013) As crenças e valores culturais moldam a forma como se encaram os distúrbios mentais, e como estes influenciam a perceção do estado de saúde mental e busca de ajuda. (Recto & Gurch, 2019)

Este estudo retratou ainda a evolução da importância percebida de várias fontes de informação sobre saúde/doença, tendo constatado que o profissional de saúde ainda é visto como a fonte mais importante de informação em saúde, “mas a sua importância percebida desceu 10% quer entre a população em geral quer pelos utilizadores da internet por razões de saúde ou doença” (Santana, 2009). Para os utilizadores da internet esta é percebida como fonte de informação em saúde mais importante por 83% dos indivíduos em 2007, assumindo o lugar anteriormente dado aos profissionais de saúde. É também importante realçar que neste estudo constatou-se o aumento da importância da família, amigos e colegas, dos quais foram considerados importantes por oito em cada dez. Também diminuir a importância atribuída às fontes mais formais como livros, enciclopédias médicas, cursos e palestras e aumentou a importância percebida da televisão e da rádio, entre aqueles que utilizam a internet por razões de saúde e doença (Ferreira, 2013).

Marcia Zucchi numa revisão sobre a depressão na gestação encontrou dois grandes grupos de estudos. Aqueles que pesquisaram os fatores de risco da depressão na gravidez, como as dificuldades económicas e a falta de parceiro ou de suporte familiar e social; e os que buscaram associar as alterações de saúde mental como fator de risco para certos desfechos obstétricos, como prematuridade, o baixo peso ao nascer, a irritabilidade do bebé, ou mesmo a mortalidade neonatal (Zucchi, 1999).

### **2.1.3. Impacto do contexto das alterações psicoemocionais**

A literatura indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e prevenir dificuldades futuras para o filho. “A *intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da mulher*” (Falcone, Mäder, Nascimento, Santos, & Nóbrega, 2005).

Contemporaneamente, a gravidez e a maternidade são eventos singulares que circunscrevem períodos do desenvolvimento que marcam profundamente a história de vida não apenas das gestantes e futuras mães, como também da família e da rede social constituída pelas pessoas que as acompanham (Gomes, 2012).

Sendo na maioria dos casos um processo saudável, surgem por vezes alguns desvios da normalidade que podem, através de rastreio precoce, ser devidamente acompanhados e não trazerem consequências para a mãe e seu filho.

É sabido que prejuízos na saúde mental da gestante podem também alterar a relação mãe-feto e futuramente o desenvolvimento da criança, que inicialmente pode se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e futuramente provocar distúrbios afetivos na idade adulta (Falcone et al., 2005).

Diversas questões ainda estão em aberto no que se refere a um tema tão amplo quanto a saúde mental das mulheres, em período de gestação e puerpério. Por mais contraditório que possa parecer, muitas mulheres apresentam tristeza ou ansiedade em vez de alegria nessas fases de suas vidas. Os limites entre o fisiológico e o patológico podem ser estreitos, o que pode gerar dúvidas em obstetras, clínicos ou psiquiatras. Muitas mulheres também se sentem culpadas, prejudicando a adesão ao tratamento e a aceitação de uma patologia em uma fase que, em tese, deveria ser de alegria (Camacho et al., 2006).

Dadas as graves consequências dos transtornos afetivos pré-natais e pós-parto, é fundamental identificar aspectos da vida das mulheres que possam prevenir e melhorar os sintomas de alterações de humor durante o período pós-parto (Cheadle & Dunkel Schetter, 2018).

Por fim, psiquiatras comentam que a etiologia das alterações psicoemocionais pós-parto envolve a interação de fatores orgânicos/hormonais, psicossociais e a predisposição feminina (Da Silva et al., 2010). Na fase pós-parto, o tipo e a natureza do suporte recebido são fatores possíveis de contribuir para melhor adaptação e alcance do papel materno (Da Silva et al., 2010) sendo que a relação da mãe com a sua figura materna de identificação também deve ser considerado um importante fator que pode influenciar a qualidade das experiências emocionais durante o puerpério (De Felice, 2000). Há vários fatores que influenciam a adaptação à maternidade: a própria mulher (decorrer obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, relacionamento passado com a mãe, história psiquiátrica, antecedentes familiares), o bebê (peso à nascença, saúde física e temperamento), relacionados ao meio envolvente (relacionamento conjugal, apoio do meio relacional mais próximo e apoio institucional). Envolve principalmente a mulher que experiencia alterações

em todas as dimensões (físicas, psíquicas e sociais), mas também o companheiro/família, com a alteração de papéis que acontecem e se tornam mais evidentes no período pós-parto (Mendes, 2014). Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius e Piha (2001) referem, que a qualidade da relação da grávida/puérpera com o companheiro e com a família, principalmente com a mãe, é determinante para a sua saúde mental.

Daí a importância de intervenções psicológicas precoces, de medidas preventivas de forma a incrementar procedimentos de proteção e anular ou diminuir as situações que possam ser fatores de risco acrescido. (Tavares, 2014) O enfermeiro tem um papel privilegiado desde o planeamento da gravidez, no acompanhamento da mesma e no pós-parto para despistar situações de risco e promover um plano de intervenção que minimize os efeitos nefastos das mesmas.

O otimismo disposicional, ou seja, a tendência para uma perspetiva positiva em muitas situações, tem sido associado à proteção contra sintomas depressivos e redução do afeto negativo em múltiplos contextos (Taylor & Brown, 1988, 1994, e Scheier e Carver 1993). Assim, Robakis et al., refere como uma forte hipótese que o otimismo disposicional também seria protetor contra as alterações psicoemocionais do puerpério (Robakis et al., 2015). Os mesmos autores concluem que o otimismo cauteloso do pré-natal, em vez do otimismo imoderado ou do pessimismo franco, é a abordagem mais protetora contra os sintomas depressivos pós-natais, e que isso é verdade independentemente do histórico ou da paridade do transtorno de humor (Robakis et al., 2015).

No entanto, Robakis et al., revelam no seu estudo uma teoria contraditória, sugerindo que a desconfirmação das expectativas positivas iniciais em relação à maternidade pode contribuir para o humor deprimido no pós-parto (Bouchard 2009). Por exemplo, uma nova mãe que nutre expectativas irrealistas de alegria e serenidade no período pós-natal, mas é confrontada com o sono interrompido e o choro inconsolável, pode achar que o risco de alterações psicoemocionais aumentou em relação às mulheres cujas expectativas iniciais eram mais moderadas. De fato, constatou-se que as rígidas expectativas maternas em relação à regulação infantil podem interagir com a alimentação infantil e com os problemas do sono para aumentar a gravidade dos sintomas depressivos no pós-parto (Muscat et al. 2014).

Importa também salientar, que pesquisas futuras sobre associações de religiosidade e espiritualidade e recursos psicossociais poderiam também contribuir substancialmente determinando a direção causal dessa associação por meio de delineamentos específicos mais longos e expandindo para outros resultados de saúde mental e física (Cheadle & Dunkel Schetter, 2018).



## **Parte II- Contribuição Empírica**



### **3. Metodologia**

Neste capítulo, serão definidos os procedimentos metodológicos que irão dar resposta às questões de investigação colocadas. Assim, especificaremos o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos éticos e o tratamento estatístico previsto.

#### **3.1. Métodos**

Os demais estudos premeiam o puerpério como um período crítico e delicado para a mulher, alertando para a necessidade ímpar de se conhecer e identificar atempadamente a literacia em saúde mental positiva da puérpera.

Tanto as alterações psicoemocionais como a literacia requerem uma abordagem atenta e individualizada, com o intuito final da promoção da saúde e do bem-estar da puérpera e, por conseguinte, do bebé e de toda a família, já que esta é, a principal cuidadora no seio familiar, logo a sua literacia em saúde pode influenciar toda a saúde familiar (Ferreira, 2013).

Perante os estudos reveladores de grande preocupação com a dimensão psicoemocional da puérpera, que foram anteriormente abordados, surge a necessidade de investigar se a literacia em saúde mental da puérpera se relaciona com as variáveis sociodemográficas, variáveis obstétricas e com as alterações psicoemocionais do puerpério.

A consulta bibliográfica efetuada revelou-nos que são escassas as pesquisas que se tem debruçado sobre a literacia em saúde mental da puérpera. Neste estudo focalizámos o interesse naquilo que nos pareceu vir a ser mais pertinente, no sentido de dar possíveis respostas às seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de literacia em saúde mental da puérpera?
- Quais as variáveis sociodemográficas que influenciam a literacia em saúde mental positiva da puérpera?
- Quais as variáveis obstétricas, contextuais à gravidez, ao trabalho de parto e ao parto que influenciam a literacia em saúde mental positiva da puérpera?
- Qual a influência das alterações psicoemocionais do puerpério (ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação) na literacia em saúde mental da puérpera?

Perante as questões formuladas delinearam-se os seguintes objetivos gerais:

- Determinar o nível o nível de literacia em saúde mental da puérpera;
- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a literacia em saúde mental da puérpera;
- Identificar as variáveis obstétricas contextuais á gravidez/parto/trabalho de parto que influenciam a literacia em saúde mental da puérpera;
- Avaliar a influência das alterações psicoemocionais do puerpério na literacia em saúde mental da puérpera.

Desenvolvemos para o efeito um estudo quantitativo em corte transversal, uma vez que os dados são colhidos num determinado momento, correlacional e explicativo, no sentido em que procura explicar a associação, sentido e o modo como as diferentes variáveis influenciam a literacia em saúde mental positiva da puérpera. Pretende ainda predizer a relação entre as diferentes variáveis (sociodemográficas, contextuais à gravidez/parto/trabalho de parto e as alterações psicoemocionais) e a literacia em saúde mental positiva da puérpera, e simultaneamente, precisar a grandeza dessas mesmas relações.

Face às características do tipo de estudo delineado e das variáveis escolhidas, apresenta-se de forma pictográfica a representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

A figura 1 pretende aclarar as inter-relações das variáveis independentes e dependente explicativa do nível de literacia em saúde mental positiva da puérpera.



**Figura 1:** Esquema conceptual de base

### 3.2. Participantes

Qualquer estudo de investigação impõe a seleção e limitação do seu campo por forma a identificar o que vai ser observado.

Este estudo foi desenvolvido em Portugal continental na região da Cova da Beira, em instituições de saúde, nomeadamente, no Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira e no ACES da Cova da Beira (envolvendo os Centros de Saúde da Covilhã, Fundão e Belmonte).

A seleção da amostra obedeceu ao seguinte critério de inclusão: puérpera até seis semanas após a data do parto no período compreendido entre 1 de setembro de 2018 até 31 de janeiro de 2019.

Foi desta população alvo que procurámos uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 208 puérperas.

#### 3.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

##### Idade

Na nossa amostra, a média de idade das puérperas foi de 32.33 anos ( $\pm 4.79$ ), oscilando entre o mínimo de 19 e o máximo de 46 anos, com uma dispersão moderada e

valores de assimetria e curtose que apontam para curvas gaussianas. O Coeficiente de variação revela uma dispersão baixa. (cf. tabela 1)

**Tabela 1** Estatísticas relativas à idade das puérperas

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Idade	19	46	32.33	4.79		0.360	0.295

Para uma melhor análise foram criados grupos de corte, tendo por base o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2005) a qual se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade. Uma vez que o nosso estudo não inclui participantes com menos de 18 de idade tivemos em consideração o limite superior referido pelo autor, pelo que, operacionalizamos a variável em grupos de 19-34 anos e  $\geq 35$  anos. Verificou-se que a maioria das mulheres tem idades entre os 19 e os 34 anos (67.3,1%). De referir que as mulheres com idades iguais ou superior a 35 anos são 32.7% da amostra. (cf. tabela 2)

**Tabela 2:** Idade das puérperas, por grupo etário

Idade (grupos etários)	N	%
$\leq 34$ anos	140	67.3
$\geq 35$ anos	68	32.7
Total	208	100,0

### **Nacionalidade**

A maioria das puérperas é de nacionalidade portuguesa (96.6%) e apenas 3.4% referiu possuir outra nacionalidade. (cf. Tabela 3)

### **Estado civil**

Esta variável foi avaliada através de uma questão fechada e operacionalizada como uma variável nominal de dois níveis em solteira/divorciada e casada/união de facto. Constatámos que a maioria das puérperas referiu ser casada ou a coabitar em união de facto (79.8%) e 20.2% referiu ser solteira/divorciada. (cf. Tabela 3)

### **Local de residência**

A maioria das puérperas vive na cidade (49.0%), seguindo-se as residentes em aldeias (31.3%) e por último os que habitam em vilas (19.7%).

Avaliada por intermédio de uma questão fechada e tratada como uma variável nominal com três opções de escolha. Na faixa etária 19-34 anos 44.3% referem viver na cidade e 31.4% na aldeia. A maioria das participantes com  $\geq 35$  anos 58,8% vive na cidade. (cf. tabela 3).

### **Habilitações literárias**

Quanto à situação académica, maioritariamente as puérperas possuem habilitações literárias situadas ao nível do ensino superior (51.9%), no ensino secundário (34.6%), 13.5% até ao 3ºciclo. Esta tendência foi semelhante nos diferentes grupos etários, verificando-se um equilíbrio entre o ensino superior (46,4%) e ensino secundário (36.4%), nas puérperas com idade inferior ou igual a 34 anos e no grupo igual e superior a 35 anos, 63,2% têm ensino superior e 30.9% e ensino secundário. (cf. Tabela 3)

### **Situação profissional**

No momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, a maioria das puérperas encontrava-se em situação ativa (76.9%), ou seja, empregada a tempo inteiro, tempo parcial ou como trabalhadora independente/estudante, sendo que 23.1% refere encontrar-se desempregada. Esta maioria foi mais acentuada no grupo etário com idade igual ou superior a 35 anos, em que 85.3% revelou atividade laboral, estando as restantes 14.7% em situação inativa. (cf. Tabela 3)

### **Rendimento mensal do agregado familiar**

Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar cerca de 38.0% classificaram o rendimento mensal entre 501 e 1000 euros. Com valores percentuais menos significativos 24.0% têm rendimentos mensais igual ou superior a 1501, 23,6% entre os 1001 e 1500, recaindo a menor percentagem 10.6% nos rendimentos igual ou abaixo dos 500 euros. (cf. Tabela3)

### **Internet em casa**

A maioria das puérperas refere ter internet em casa (92.8%) enquanto que as restantes referem não ter (7.2%). (cf. Tabela3)

**Tabela 3:** Caracterização sociodemográfica da amostra em função da idade da puérpera.

Idade Variáveis	<=34 Anos		>=35 Anos		Total	
	Nº (140)	% (67,3)	Nº (68)	% (32,7)	Nº (208)	% (100.0)
<b>Nacionalidade</b>						
Portuguesa	135	96.4	66	97.1	201	96.6
Estrangeira	5	3.6	2	2.9	7	3.4
<b>Estado civil</b>						
Solteira/divorciada					42	20.2
Casada/união de facto					166	79.8
<b>Local residência</b>						
Cidade	62	44.3	40	58.8	102	49.0
Vila	34	24.3	7	10.3	41	19.7
Aldeia	44	31.4	21	30.9	65	<b>31.3</b>
<b>Habilitações literárias</b>						
Até ao3º Ciclo básico	24	17.1	4	5.9	28	13.5
Ensino secundário	51	36.4	21	30.9	72	34.6
Ensino Superior	65	46.4	43	63.2	108	51.9
<b>Situação profissional</b>						
Empregada	102	72.9	58	85.3	160	76.9
desempregada	38	27.3	10	14.7	48	23,3
<b>Rendimento mensal</b>						
Inferior ou igual a 500	18	13.4	4	6.1	22	11.0
Entre 501 e 1000	57	42.5	22	33.3	79	39.5
Entre 1001 e 1500	31	23.1	18	27.3	49	24.5
Igual ou superior a 1501	28	14.0	22	33.3	50	25,0
<b>Internet em casa</b>						
sim	127	90.7	66	97.1	193	92.8
não	13	9.3	2	2.9	15	7.2

### Profissão

O Instituto Nacional de Estatística - Portugal (1994), considera na classificação nacional de profissões 10 grandes grupos homogéneos de profissões que estão de algum modo, ligados entre si pela formação, pelo tipo de trabalho realizado e pelo nível de competências requeridas para a respetiva execução. Esta variável foi recodificada tendo por base classificação anteriormente mencionada nas seguintes categorias: trabalhadores não qualificados; profissões qualificadas e Quadros intermédios/superiores.

As profissões mais representativas nas puérperas da amostra foram as correspondentes ao pessoal dos serviços e vendedores (31.7%) seguido dos especialistas das atividades intelectuais e científicas (20.2%), dos técnicos e profissões de nível intermédio (15.9%), pessoal administrativo (6.7%) e trabalhadoras não qualificadas (2.9%). (cf. Tabela 4)

**Tabela 4:** Caracterização da amostra em função da profissão.

Variável	Total	
	Nº (208)	% (100.0)
Profissão Utilizados grupos da classificação nacional de profissões:		
Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas	0	0
Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	3	1.7
Grupo 2 -Especialistas das atividades intelectuais e científicas	42	23.5
Grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio	33	18.4
Grupo 4 - Pessoal administrativo	14	7.8
Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	66	36.9
Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	0.6
Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artifícios	13	7.3
Grupo 8 - Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem	1	0.6
Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados	6	3.4

### 3.3. Instrumento de colheita de dados

Para a recolha de informação elaborámos um instrumento de recolha de dados (Apêndice 1), constituído por um questionário e três escalas. O questionário permitiu-nos recolher dados relativamente ao contexto sociodemográfico, antecedentes obstétricos, dados relativos ao parto, recém-nascido. As escalas permitiram-nos recolher informações relativas às alterações psicoemocionais e à literacia em saúde mental positiva das puérperas, no momento da sua aplicação.

#### 3.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica

As questões relativas aos dados sociodemográficos foram constituídas pela idade, nacionalidade, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, situação laboral, profissão, rendimento mensal e internet em casa.

#### 3.3.2. Questionário de caracterização da gravidez, parto, pós-parto e neonatal

Procurámos conhecer os antecedentes obstétricos (o número de gravidezes, número de filhos vivos, se a gravidez foi normal ou de risco, duração da gravidez, vigilância pré-natal, doenças anteriores), dados relativos ao parto (nomeadamente o tipo de parto, local a

sua experiência em relação ao trabalho de parto, presença em curso de parentalidade). Em relação aos dados do recém-nascido (peso do RN e complicações).

### **3.4. Caracterização psicométrica das escalas**

Na segunda parte do instrumento de recolha de dados, foram selecionadas as escalas de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério - EAAPP (Sousa & Leal, 2010) e escalas de Literacia em Saúde Mental: Escala de conhecimento de saúde mental (ECMS) (Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2017) e Escala de conhecimento para uma boa saúde mental (EBSM) (Bjørnsen, Eilertsen, Ringdal, Espnes, & Moksnes, 2017).

Iniciou-se a avaliação de algumas das suas propriedades métricas principalmente os estudos de validade e de fiabilidade ou fidelidade. Estes dois constructos são essenciais para garantir a qualidade informativa dos dados de um instrumento (Coutinho, 2014).

A validade refere-se à qualidade dos resultados de investigação no sentido de os podermos aceitar como factos inquestionáveis, enquanto a fiabilidade nos assegura se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador (Coutinho, 2014). Para Anderson e Arsenault (1999) citado pela mesma autora, a validade é o complemento da fiabilidade ao indicar até que ponto o que medimos com o nosso instrumento reflete a realidade que queremos conhecer, ou por outras palavras dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida.

A estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens são as formas mais conhecidas de expressar a fidelidade (fiabilidade) de um instrumento. A estabilidade temporal, também entendida por fiabilidade teste-reteste, procura averiguar sobre a estabilidade do instrumento no tempo, ou seja se o instrumento utilizado dá resultados idênticos quando administrado em dois momentos diferentes.

Assim, a consistência interna ou homogeneidade dos itens, é a única medida possível de obter quando se possui um único teste que é administrado uma única vez. Esta refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento. Para a sua obtenção, o coeficiente a calcular deverá ter sempre presente a média das correlações entre todos os itens ou partes e o número de itens ou partes.

Reportando ao nosso estudo, a consistência interna ou homogeneidade dos itens foi orientada realizando-se os seguintes passos:

- Determinação do poder discriminativo que é obtido através do coeficiente de

correlação de Pearson das diversas questões com a nota global, procurando determinar o grau com que o item diferencia no mesmo sentido do teste global, dado que um item é tanto mais discriminativo quanto maior discrepância proporcionar entre dois grupos (valores mais altos e mais baixos da escala).

- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, que é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos do tipo escala de Likert ou rating. Em termos de procedimento o alfa de Cronbach, exige uma única aplicação do teste, mas em termos matemáticos procura avaliar em que grau a variância geral dos resultados da prova se associa ao somatório da variância item a item (Coutinho, 2014).
- Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. O teste é tratado matematicamente como se de dois testes se tratasse (duas médias e dois desvios padrão) e o coeficiente de correlação de Pearson deriva do facto de possuímos dois meios testes mais curtos que o original. A fidelidade do teste é sensível ao número e questões.

Teoricamente os valores de fidelidade podem tomar qualquer valor situado entre 0 e 1. Embora não haja regras muito rígidas, o ideal será que o coeficiente seja o mais elevado possível. A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa. Para Nunnally (1978); Stevens (1996) e Cronbach (1990), uma boa consistência interna deve exceder um *alpha* de 0,80, porém, são aceitáveis valores acima de 0,60, embora Maroco (2014), refira que valores de alfa superiores a 0,5 sejam considerados aceitáveis em ciências sociais. Já Pestana & Gageiro (2008) aponta como valores de referência: > 0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 média; 0,6 – 0,7 razoável; 0,5 – 0,6 Má; < 0,5 inaceitável.

A literatura aponta para três tipos de validade a considerar: validade de conteúdo, também considerada validade lógica, validade de critério que por sua vez pode subordinar dois tipos a validade concorrente e a validade preditiva e finalmente a validade de conceito ou de constructo.

A validade de constructo é a mais ampla e atual, englobando as validades anteriormente referidas. A validade de constructo deve acompanhar todo o processo de construção de um instrumento e não se expressar sob a simples forma de um coeficiente de correlação. A metodologia usada para a validade de conceito ou constructo é

diversificada e deve comportar três abordagens distintas, a lógica, a empírica e a estatística (Coutinho, 2014).

Neste estudo, para a escala de conhecimento de saúde mental (ECMS) não efetuamos uma abordagem estatística da escala mantendo a estrutura fatorial dos autores que a validaram, uma vez que se encontram em processo de validação em amostras mais alargadas. Já para a escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério – EAAPP e Escala de conhecimento para uma boa saúde mental (EBSM), dado tratar-se de escalas já validadas, procedemos ao estudo de algumas propriedades psicométricas, nomeadamente aos estudos de consistência interna dos itens e análise fatorial confirmatória (AFC) utilizando para o efeito o *software* AMOS 25 (*Analysis of Moment Structures*).

Como refere Marôco (2014 p.180) a análise fatorial confirmatória é um método confirmatório que se processa quando há informação prévia sobre a estrutura fatorial que é preciso confirmar, ou dito de outra forma, “a análise fatorial confirmatória, serve para confirmar padrões estruturais isto é, se determinados factores latentes são responsáveis pelo comportamento de determinadas variáveis manifestas específicas de acordo com um padrão pré-estabelecido noutra estudo...”

Nesse estudo foi considerada a matriz de covariâncias e adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros. Na análise do modelo fatorial consideramos os seguintes indicadores de qualidade de ajustamento global:

- **Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de ajustamento**, que comprova a probabilidade do modelo se ajustar aos dados. Um valor do  $\chi^2$  estatisticamente significativo indica discrepâncias entre os dados e o modelo teórico que está a ser testado. É influenciado pelo tamanho da amostra e assume a multinormalidade do conjunto de variáveis. Quanto maior o *qui quadrado* pior o ajustamento.
- **Razão entre *qui quadrado* e graus de liberdade ( $\chi^2/gf$ )**, avalia a qualidade do modelo *per se*. Considera-se ajustamento perfeito se ( $\chi^2/gf$ ) for igual a 1, bom quando inferior a 2, aceitável inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5.
- **Índice de Qualidade do Ajuste (GFI - *Goodness-of-Fit Index*)** que é ponderado em função dos graus de liberdade do modelo, em relação ao número de variáveis consideradas. São recomendados valores do GFI e AGFI superiores ou próximos a 0,95 e 0,90, respetivamente. Estas estatísticas não são influenciadas pelo tamanho da amostra dos participantes.
- **CFI (*Comparative Fit Index*)** é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao

modelo, valores superiores a 0,90 são a referência para aceitar o modelo.

- **Raíz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*)**, recomendam-se valores próximos a 0,06 e 0,08, (Hu & Bentler, 1999), com intervalo de confiança de 90% (*IC90%*), interpretam-se valores altos como indicação de um modelo não ajustado.
- **Root mean square residual (RMR)**, quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR=0 a indicar um ajustamento perfeito. São recomendados valores inferiores a 0,08.
- **Standardized root mean square residual (SRMR)**, é uma medida absoluta de ajuste e é definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0,08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste.

A qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada pelos pesos fatoriais ( $\lambda$ ) e pela fiabilidade individual dos itens ( $r^2$ ). Foi ainda avaliada a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) para cada um dos fatores. Os valores de referência para as cargas fatoriais são de 0,50 e da fiabilidade individual 0,25:

A fiabilidade compósita estima a consistência interna dos itens relativos ao fator, indicando o grau em que estes itens são consistentemente manifestações do fator. De forma geral, considera-se que uma  $FC \geq 0,70$  é indicadora de uma fiabilidade de constructo apropriado, embora para investigações exploratórias possam ser aceitáveis valores inferiores.

A variância extraída média (VEM) permite-nos avaliar a validade convergente que ocorre quando os itens que são reflexo de um fator saturam fortemente nesse fator, isto é, o comportamento desses itens é explicado essencialmente por esse fator (Maroco 2014). Como valores de referência é usual considerar valores de  $VEM \geq 0,50$ , como indicadores de validade convergente adequada.

#### **3.4.1. Escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério - EAAPP**

A Escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério foi construída com o objetivo de avaliar as alterações psicoemocionais do puerpério percebidas pelas puérperas.

Desenvolvida por Sousa e Leal (2007), deverá ser aplicada às puérperas no período pós-parto. Foi construída após uma revisão bibliográfica do construto blues pós-parto e, depois de definidas as suas dimensões constitutivas (subescalas), permitiu a formulação dos diferentes itens que as avaliavam. Inicialmente era constituída por 54 itens, mas após tratamento estatístico foram excluídos 38 itens, ficando a versão final com apenas 16 itens, cada um deles com relação a um fator distinto. Assim, os 16 itens da escala, dividem-se em 3 fatores:

- Ansiedade – engloba 8 itens (1,6,4,14,2,8,15,16);
- Sentimentos depressivos – engloba 4 itens (3, 7, 11, 12);
- Preocupação – engloba 4 itens (5, 9, 10, 13);

A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, mais elevados são os níveis de alterações psicoemocionais do puerpério percebido pelas puérperas. (cf. tabela nº4)

**Tabela 5:** Intervalos de referência para a interpretação dos resultados.

<b>Cotação</b>	<b>Parâmetros de Interpretação</b>
[1 – 3[	Ausência de alterações psicoemocionais do puerpério significativos
[3 – 5[	Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados
[5 – 6[	Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos

Fonte – Sousa e Leal, 2010

No estudo desenvolvido por Sousa & Leal, (2007) a EAAPP revelou qualidades psicométricas satisfatórias, em que a consistência interna apresentou um alfa de Cronbach 0,922 e 50,43% do total da variância explicada (Sousa & Leal, 2007).

#### **Caracterização psicométrica da escala EEAAPP para o presente estudo**

As estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala sobre alterações psicoemocionais do puerpério são apresentadas na tabela 5. Assim, dos 208 casos que foram considerados no estudo as estatísticas revelam que os índices médios, se encontram bem centrados, pois situam-se abaixo do valor médio da escala, o que denota

que a tendência de resposta aponta para ausência ou baixos níveis de alterações psicoemocionais do puerpério. (cf tabela 6)

Efetuada a primeira correlação dos itens com a nota global, ressalta que todos os itens apresentam um valor positivo, sendo que o valor mínimo obtido foi de  $r = 0.516$  no item 1 “Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebê e o máximo no item 5 ( $r = 0.814$ ) “Tive dificuldade em me acalmar”. (cf tabela 6)

Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de muito bons pois oscilam entre 0.943 e 0.949 com um alfa global de 0.948. O coeficiente de bipartição de split half revelou para a primeira metade um índice de 0.901, e para a segunda um valor ligeiramente mais elevado, de 0.918. (cf tabela 6), o que é indicador de homogeneidade entre ambas as partes.

**Tabela 6:** Consistência interna da escala de alterações emocionais do puerpério.

	Média	Desvio Padrão	R-item-total	$\alpha$ sem item
1. Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebê	2.96	1.316	0.516	0.949
2. Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebê	2.34	1.193	0.592	0.947
3. Senti-me triste e deprimida	2.20	1.266	0.750	0.944
4. Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebê	2.48	1.355	0.687	0.945
5. Tive dificuldade em me acalmar	2.22	1.212	0.814	0.943
6. Senti-me esgotada	2.72	1.347	0.706	0.945
7. Senti-me melancólica e desanimada	2.34	1.248	0.798	0.943
8. Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebê	2.49	1.282	0.701	0.945
9. Senti-me aterrorizada	1.61	1.011	0.658	0.946
10. Dei por mim a ficar agitada	2.06	1.214	0.710	0.945
11. Tive crises de choro	2.23	1.331	0.767	0.944
12. Senti-me sozinha	1.95	1.219	0.675	0.946
13. Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso	1.81	1.085	0.747	0.944
14. Senti dificuldades em relaxar	2.52	1.369	0.761	0.944
15. Senti cansaço mental	2.75	1.379	0.778	0.943
16. Senti-me cansada e/ou fraquejar	2.85	1.388	0.740	0.944
<b>Coefficiente Split Half</b>	<b>Primeira metade = 0.901</b>			
	<b>Segunda metade = 0.918</b>			
<b>Coefficiente alpha Cronbach global</b>	<b>0.948</b>			

Conforme referido, testamos a solução trifatorial encontrada pelos autores da escala original, realizando uma análise fatorial confirmatória.

Analisada a normalidade dos itens registamos que apresentam distribuição normal com valores absolutos de assimetria a oscilarem entre 0.143 e 2.046 e curtose entre 0.164 e

4.338 e um coeficiente de Mardia de 3.328, inferiores aos valores de referência de 3 (sk) 7 (ku) e 5 respectivamente.

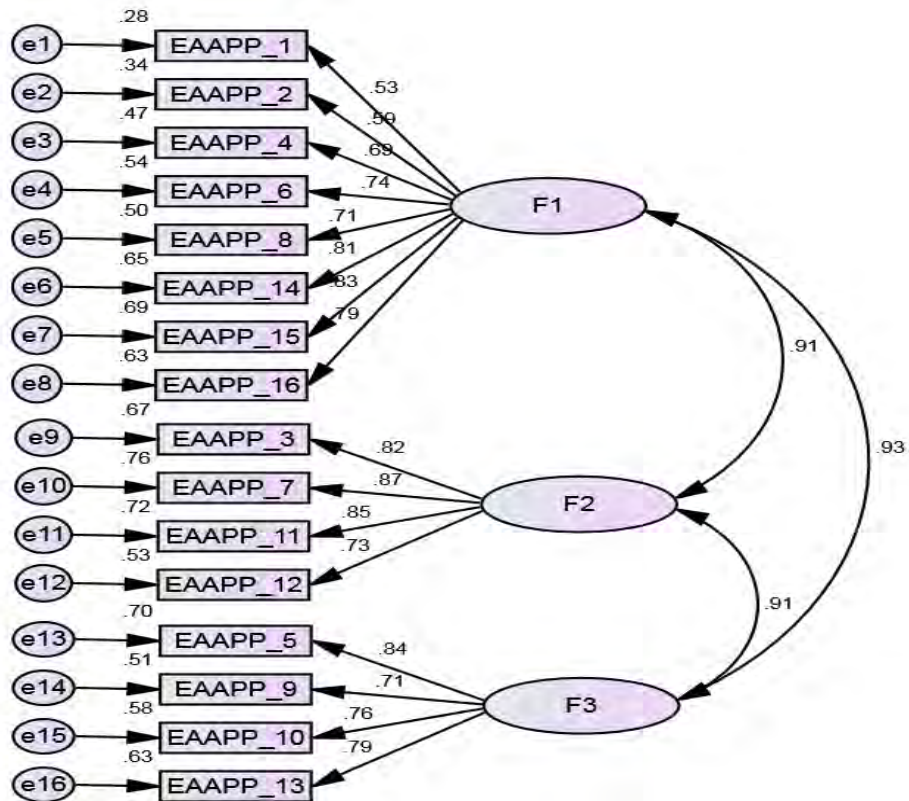
A tabela 7 apresenta os rácios críticos e as trajetórias entre as variáveis manifestas e as variáveis latentes, verificando-se que todos os itens apresentam significância estatística com os factores que lhes correspondem e pesos fatoriais (coeficientes lambda) a situarem-se acima de 0.50.

**Tabela 7:** Estimativas e rácios críticos e coeficientes lambda.

			<b>Estimativas</b>	<b>S.E.</b>	<b>C.R.</b>	<b>P</b>	<b>λ</b>
EAAPP_1	<---	F1	1.000				.530
EAAPP_2	<---	F1	1.005	.150	6.685	***	.587
EAAPP_4	<---	F1	1.337	.183	7.310	***	.688
EAAPP_6	<---	F1	1.425	.193	7.401	***	.737
EAAPP_8	<---	F1	1.301	.176	7.399	***	.707
EAAPP_14	<---	F1	1.584	.203	7.788	***	.806
EAAPP_15	<---	F1	1.637	.209	7.831	***	.828
EAAPP_16	<---	F1	1.583	.206	7.686	***	.795
EAAPP_3	<---	F2	1.000				.820
EAAPP_7	<---	F2	1.047	.069	15.088	***	.870
EAAPP_11	<---	F2	1.088	.075	14.531	***	.848
EAAPP_12	<---	F2	.856	.074	11.590	***	.728
EAAPP_5	<---	F3	1.000				.838
EAAPP_9	<---	F3	.709	.063	11.325	***	.713
EAAPP_10	<---	F3	.911	.073	12.552	***	.761
EAAPP_13	<---	F3	.848	.064	13.295	***	.793

A figura 2 reporta os pesos fatoriais acima descritos e configura ainda a fiabilidade individual dos indicadores denotando-se que os mesmos são superiores a 0.25 pelo que decidimos pela manutenção de todos os itens.

Quanto aos índices de bondade de ajustamento global na primeira avaliação verificou-se que a razão do qui quadrado com os graus de liberdade ( $\chi^2/g.l. = 4.385$ ) e o SRMR=0.0.069 apresentavam um ajuste adequado enquanto o GFI = 0.761; CFI = 0.859; RMR= 0.111 e RMSEA = 0,128 revelavam um ajuste pouco satisfatório.

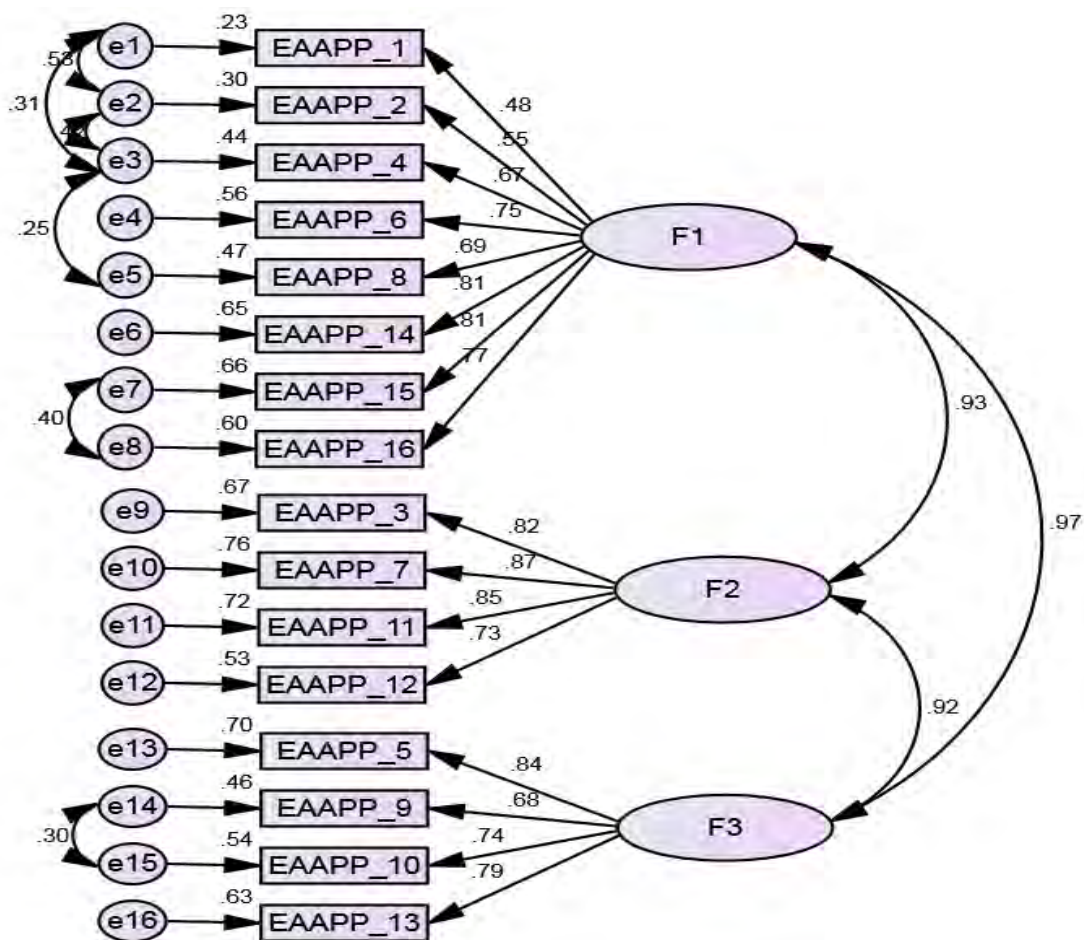


**Figura 2:** Análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais do puerpério inicial.

Procedeu-se por esse facto ao ajustamento do modelo através dos índices de modificação propostos pelo AMOS. A figura 3 reporta os dados, sendo possível observar problemas de multicolinearidade no item 4 “Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé” por este se encontrar relacionado com os itens 1,2,5 pelo que se decide eliminar este item.

Para além disso os índices de modificação mostram que deveriam correlacionar-se no fator 1 – ansiedade - os erros e1 vs e2; e1 vs e3; e2 vs e3; e3 vs e5; e7 vs e8; no fator 3 – preocupação – os erros e14 vs e15

Os índices de bondade de ajustamento global sofrem ligeira alteração mantendo-se adequados para a razão do qui quadrado com os graus de liberdade ( $\chi^2/g.l. = 2.852$ ) CFI = 0,928; RMR= 0.079 e SRMR=0.050 e pouco satisfatórios ainda para o GFI = 0.860 e RMSEA = 0,095.



**Figura 3:** Análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais do puerpério com índices de modificação.

Eliminado o item 4, obtemos a estrutura final do modelo que se apresenta na figura 4. Aferimos que o item 1 apresenta uma saturação inferior ao recomendado, mas decidimos mantê-lo no modelo dada a relevância do item para o fator. Os índices de bondade de ajustamento global mantêm a mesma tendência descrita anteriormente.

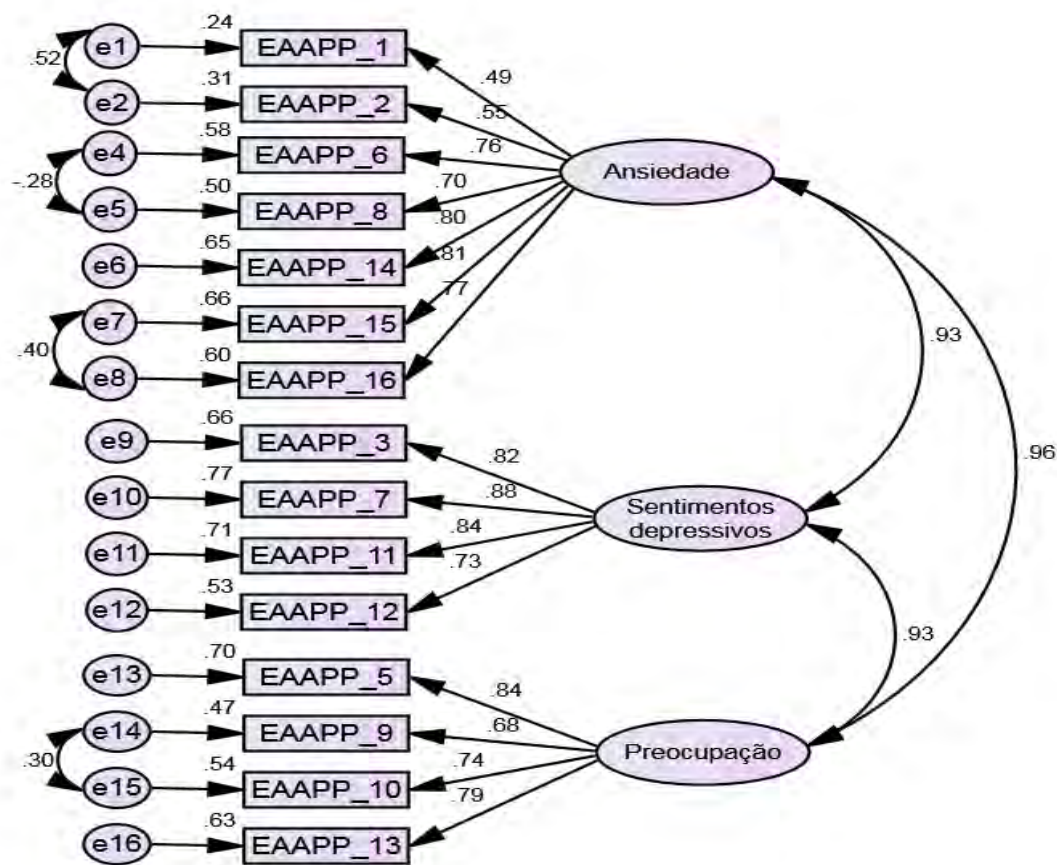
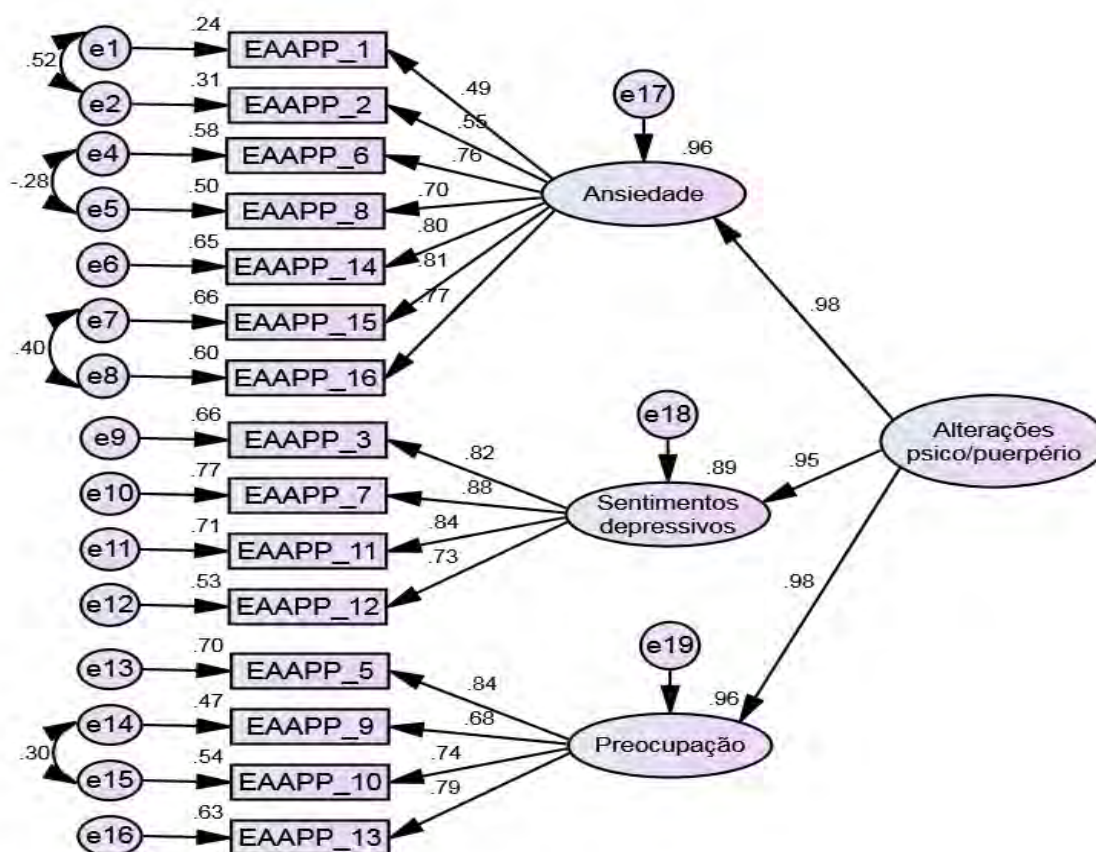


Figura 4: Análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais do puerpério com itens eliminados.

Uma vez que os fatores se apresentam correlações bastante elevadas é sugestivo da existência de um fator de 2ª ordem pelo que se propôs uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem e que designámos de **escala de alterações psicoemocionais**, conforme definição apresentada pelos autores originais. Ilustramos na figura 5 o modelo hierárquico de 2ª ordem. Neste modelo registamos que ansiedade é constituída por sete itens e que explicam as alterações psicoemocionais do puerpério em 96.0%, os sentimentos depressivos comportam 4 itens e explica 89.0% e o factor 3 (preocupação) também constituído por 4 itens explica 96.0% das alterações psicoemocionais do puerpério.

Os índices de bondade de ajustamento global são considerados bons, para ( $\chi^2/df=2.908$ ;  $CFI=0.929$ ;  $RMR= 0.076$ ;  $SRMR = 0.048$ ) e sofríveis para o ( $GFI=0.867$  e  $RMSEA=0.096$ ), o que revela que a escala utilizada carece de estudos mais aprofundado em amostras mais alargadas mas tende a revelar-se um bom indicador para avaliar as alterações psicoemocionais do puerpério.



**Figura 5:** Análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais final.

O quadro 3 sintetiza os resultados obtidos com os índices de ajustamento global obtidos nos diferentes momentos, e evidenciam alterações de melhoria com os índices de modificação e eliminação do item realizados. Reforça-se que apenas o CFI e o RMSEA não apresentam ajustamento adequado.

**Quadro 3:** Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da escala de alterações psicoemocionais do puerpério.

Modelo	$\chi^2_{gl}$	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (figura 1)	4.385	0.761	0.859	0.128	0.111	0.069
Modelo com índices de modificação (figura 2)	2.852	0.860	0.928	0.095	0.079	0.050
Modelo com itens eliminados (figura 3)	2.908	0.867	0.929	0.096	0.076	0.048
Modelo final (figura 4)	2.908	0.867	0.929	0.096	0.076	0.048

Completa-se a análise factorial confirmatória apresentando os resultados relativos aos índices de fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante. A fiabilidade compósita ao apresentar valores de 0,873 para o fator ansiedade, 0,889 para sentimentos depressivos e 0,848 para preocupação, revelou boa consistência interna dos itens relativos aos fatores. O indicador de validade convergente (VEM) mostrou-se normal para todos os fatores: ansiedade (VEM=0,504), sentimentos depressivos (VEM=0,669) e preocupação (VEM =0,584). Por sua vez em relação à validade discriminante apenas se denota não existir entre a ansiedade e a preocupação.

Afere-se ainda que a fiabilidade compósita estratificada é muito elevada (FC= 0.951) revelando boa consistência interna com uma validade convergente também adequada (VEM= 0.569). (cf. Quadro 4)

**Quadro 4:** Fiabilidade compósita e Variância extraída Média.

Fatores	F C	VEM	Validade discriminante		
			1 vs2	1 vs3	2vs3
Ansiedade	0.873	0.504	0.372	0.384	0.921
Sentimentos depressivos	0.889	0.669			
Preocupação	0.848	0.584			

Ainda no seguimento do estudo psicométrico da escala, procedemos seguidamente á análise da fiabilidade por subescala. No que respeita ao **fator ansiedade**, obtivemos bons valores de alfa uma vez que estes oscilam entre 0,849 no item 15 “. Senti cansaço mental” e 0.877 no item 1 “Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé “. O alfa de Cronbach desta subescala foi de 0.880.

Relativamente ao **fator sentimentos depressivos**, mantiveram-se bons valores de alfa oscilando entre 0.839 no item 7 “Senti-me melancólica e desanimada” e 0.886 no item 12 “Senti-me sozinha”. O alfa de Cronbach desta subescala foi de 0.888.

No que concerne ao **fator preocupação**, à semelhança das subescalas anteriores, verificaram-se bons valores de alfa oscilando entre 0.817 no item 10 “Dei por mim a ficar agitada” e 0.828 no item 9 “Senti-me aterrorizada”. Para esta subescala, o alfa de Cronbach foi de 0.862. (cf. tabela 8)

**Tabela 8:** Consistência Interna da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério, por fatores.

	Média	Desvio Padrão	R-item-total	$\alpha$ sem item
<b>Ansiedade Cronbach= 0.880</b>				
1. Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebê	2.96	1.316	0.546	0.877
2. Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebê	2.34	1.193	0.581	0.872
6. Senti-me esgotada	2.72	1.347	0.639	0.865
8. Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebê	2.49	1.282	0.654	0.863
14. Senti dificuldades em relaxar	2.52	1.369	0.735	0.853
15. Senti cansaço mental	2.75	1.379	0.758	0.849
16. Senti-me cansada e/ou fraquejar	2.85	1.388	0.732	0.853
<b>Sentimentos Depressivos Cronbach= 0.888</b>				
3. Senti-me triste e deprimida	2.20	1.266	0.761	0.853
7. Senti-me melancólica e desanimada	2.34	1.248	0.798	0.839
11. Tive crises de choro	2.23	1.2331	0.790	0.842
12. Senti-me sozinha	1.95	1.219	0.671	0.886
<b>Preocupação Cronbach= 0.862</b>				
5. Tive dificuldade em me acalmar	2.22	1.212	0.658	0.827
9. Senti-me aterrorizada	1.61	1.011	0.710	0.828
10. Dei por mim a ficar agitada	2.06	1.214	0.767	0.817
13. Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso	1.81	1.085	0.675	0.822

Os valores de alfa de Cronbach constantes na tabela 8, revelaram que a EAAPP apresenta forte consistência interna quer em cada um dos fatores, quer para a globalidade da escala.

**Tabela 9:** Alfa de Cronbach por fatores da escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério.

Fatores	alfa de Cronbach
Ansiedade	0.880
Sentimentos Depressivos	0.888
Preocupação	0.862
Fator global	0.944

Estudamos a validade convergente/discriminante dos itens apresentados efetuando uma correlação entre todos os itens com os fatores subjacentes e valor global da escala. Os resultados evidenciam todos os itens apresentam correlações positivas e significativas e nas suas subescalas a correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte. (cf. tabela 10)

**Tabela 10:** Correlação de Pearson entre os itens da escala e os fatores ansiedade, sentimentos depressivos, preocupação e fator global.

Itens	Fatores			Fator Global
	Ansiedade	Sentimentos depressivos	Preocupação	
1. Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebê	0.670	0.361	0.448	0.563
2. Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebê	0.687	0.444	0.545	0.623
3. Senti-me triste e deprimida	0.710	0.869	0.626	0.787
5. Tive dificuldade em me acalmar	0.778	0.731	0.846	0.837
6. Senti-me esgotada	0.745	0.706	0.628	0.755
7. Senti-me melancólica e desanimada	0.727	0.890	0.744	0.834
8. Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebê	0.752	0.573	0.681	0.731
9. Senti-me aterrorizada	0.572	0.621	0.825	0.696
10. Dei por mim a ficar agitada	0.664	0.608	0.859	0.746
11. Tive crises de choro	0.689	0.890	0.732	0.812
12. Senti-me sozinha	0.627	0.810	0.637	0.731
13. Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso	0.689	0.708	0.838	0.784
14. Senti dificuldades em relaxar	0.818	0.679	0.706	0.804
15. Senti cansaço mental	0.835	0.751	0.663	0.823
16. Senti-me cansada e/ou fraquejar	0.817	0.703	0.625	0.789

Um dos aspetos importantes no estudo da validade da escala consistiu na determinação da matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores e o valor global da escala. Os valores correlacionais apresentados revelaram-se bons, oscilando entre 0.793 no fator sentimentos depressivos vs fator preocupação e 0.807 entre fator preocupação vs fator ansiedade explicando 62.88% e 65.12% respetivamente. A correlação dos diferentes fatores com o total da escala foi igualmente boa, conforme se confirma na tabela 9 revelando que a maior percentagem de variância explicada se observa com a ansiedade com 91,58%. E a menor com a preocupação com 83.17%.

**Tabela 11:** Matriz de correlação de Pearson entre os fatores e as alterações psicoemocionais do puerpério e o valor global.

Fatores	Ansiedade	Sentimentos depressivos	Preocupação
Ansiedade	-		0.807**
Sentimentos depressivos	0.796**	-	
Preocupação	0.807**	0.793**	-
Fator global	0.957**	0.915**	0.912**

\*\*p<0.001

### **3.4.2. Escala de avaliação do conhecimento de saúde mental (ECSM)**

A Escala de avaliação do conhecimento de saúde mental é um questionário de autopreenchimento de 20 itens. Foi desenvolvido, em 2009, pelo Ministério da Saúde chinês, para avaliar o conhecimento público e a consciência da saúde mental: Itens 1-16 são declarações sobre saúde mental que requerem respondentes para escolher "verdadeiro", "falso" ou "desconhecido". As respostas corretas são "verdadeiros" registam-se nos itens 1, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 15 e 16, e "Falso" para os itens 2, 4, 6, 9, 10, 13 e 14. Um ponto é dada a cada resposta correta e 0 pontos a cada resposta incorreta ou desconhecida. Os Itens 17-20 questionam sobre se os entrevistados já ouviram falar de quatro dias alusivos à promoção da saúde mental, com 1 ou 0 pontos dados aos respondendo "sim" e "não", respetivamente. Foi efetuado pelos autores originais o estudo psicométrico da escala tendo obtido um Coeficientes  $\alpha$  de Cronbach que variou entre 0,57 a 0,73 e uma confiabilidade teste-reteste de 2 semanas de 0,68 medido pelos coeficientes de correlação intraclasse 29. No estudo, Yu et al., em 2015 a ECSM tinha um coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,61 (Yu et al., 2015).

Esta escala foi construída após uma revisão bibliográfica do construto blues pós-parto e, depois de definidas as suas dimensões constitutivas (subescalas), permitiu a formulação dos diferentes itens que as avaliavam (Yu et al., 2015).

A análise fatorial exploratória rendeu uma solução de três fatores, que abrange três aspetos da literacia em saúde mental, incluindo conhecimento das características da saúde mental e transtornos mentais (itens 1, 2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 15 e 16), crença na epidemiologia dos transtornos mentais (itens 4, 6, 9, 10, 13 e 14) e conscientização sobre atividades de promoção da saúde (itens 17 a 20), com Coeficientes  $\alpha$  de Cronbach variando de 0,62 a 0,67. (Yu et al., 2015)

Conforme referido anteriormente dado que esta escala está em processo de validação em amostras mais alargadas não foi efetuado o estudo psicométrico

### **3.4.3. Escala de avaliação de boa saúde mental (EBSM)**

A Escala de avaliação de boa saúde mental foi construída com o objetivo de medir o conhecimento da população sobre como obter e manter uma boa saúde mental (Bjørnsen et al., 2017). Após uma revisão bibliográfica do construto literacia em saúde mental e, depois de definidas as suas dimensões constitutivas (subescalas), foram formulados os diferentes itens que as avaliavam. Inicialmente era constituída por 32 itens, mas após tratamento estatístico foram excluídos 22 itens, ficando a versão final com apenas 10 itens para um

fator único chamado de medida de conhecimento de promoção da saúde mental. Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 5 pontos variando de 1, "completamente errado", a 5, "Completamente correto", além de 0, "não sei", sendo a variação total entre 10 e 50 pontos.

A interpretação dos resultados deve ir no sentido de que quanto maior a pontuação, mais elevados são os níveis de boa saúde mental.

### **Caracterização psicométrica da escala conhecimento para uma boa saúde mental (BSM)**

Calculadas as estatísticas por item verificou-se que os índices médios, na sua quase maioria estão bem centrados, pois situam-se acima do valor médio da escala, oscilando entre os 4.05. no item 4 "Tomar decisões baseadas na sua própria vontade" e os 4.84 no item 2 "Acreditar em si próprio". (cf tabela 30)

Efetuada a primeira correlação dos itens com a nota global, ressalta que todos os itens apresentam um valor positivo, sendo o valor mínimo de  $r= 0.282$  no item 1 "Lidar com situações stressantes de uma forma adequada" e o máximo no item 7 ( $r=0.551$ ) "Definir limites sobre o que é aceitável para si". (cf tabela 30). Os índices de alfa de Cronbach revelam-se adequados oscilando entre os 0.732 no item 8 "Definir limites sobre o que é aceitável para si" e os 0.767 no item 1 "Lidar com situações stressantes de uma forma adequada" para um alfa global de 0.769

**Tabela 12:** Estatísticas e correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de conhecimento para uma boa saúde mental.

	Média	Desvio Padrão	R-item-total	$\alpha$ sem item
1. Lidar com situações stressantes de uma forma adequada	4.76	0.790	0.282	0.767
2. Acreditar em si próprio	4.84	0.490	0.530	0.749
3. Ter boas rotinas de sono	4.74	0.702	0.332	0.761
4. Tomar decisões baseadas na sua própria vontade	4.05	1.199	0.456	0.750
5. Estabelecer limites para suas próprias ações	4.45	0.803	0.472	0.745
6. Sentir-se pertencente a uma comunidade	4.34	1.027	0.494	0.741
7. Dominar os seus pensamentos negativos	4.72	0.660	0.498	0.745
8. Definir limites sobre o que é aceitável para si	4.44	1.029	0.551	0.732
9. Sentir-se valioso, independentemente das suas próprias realizações	4.48	0.927	0.431	0.750
10. Vivenciar o sucesso escolar	4.34	1.101	0.435	0.751

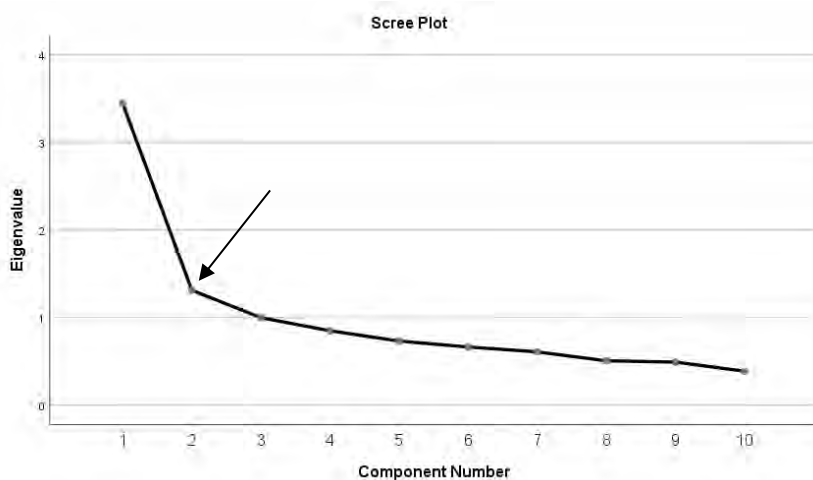
## Análise fatorial exploratória

Uma vez que os valores correlacionais dos itens são todos superiores a 0.20, procedemos de seguida ao estudo da análise fatorial da escala, sendo que o primeiro passo consistiu em analisar o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Dado o resultado obtido (KMO=0.812) classificamo-lo de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2005) de boa adequação. Por sua vez o teste de esfericidade Bartlett's mostrou que há diferenças significativas o que nos leva a continuar com a análise fatorial exploratória.

Realizamos com os 10 itens a análise fatorial exploratória conforme os procedimentos anteriormente descritos.

Efetuada a extração dos fatores obtiveram-se dois fatores com *engvalues* superiores a 1 e que no conjunto explicavam 47.58 % da variância total (cf. tabela 32).

O gráfico de scree plots corrobora com o número de componentes a reter conforme ponto de inflexão da curva



**Figura 6:** Gráfico de scree plots da escala de conhecimentos para uma boa saúde mental.

O fator 1 que designamos por exigências ou vivências externas ficou constituído pelos itens 4,5,6,8,9,10 e explica 34.46% da variância total.

O fator 2 designado por património interno explica 13.13% da variância total, e ficou constituído pelos itens 1,2,3 e 7.

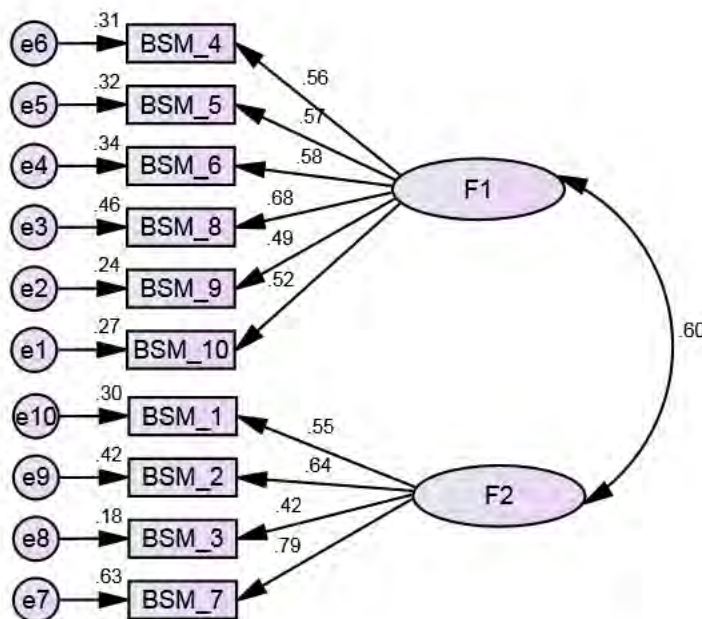
Entretanto, testámos a solução bifatorial realizando uma análise fatorial confirmatória conforme se observa na Figura 2. Não observamos problemas relativos à multicolinearidade

e casos extremos univariados e multivariados influentes de acordo com os critérios de distância de Mahalanobis, constatamos que os índices de bondade de ajustamento global da AFC evidenciam um ajuste bom em todos os indicadores em análise (Quadro 5).

**Quadro 5:** Índices de ajustamento da análise fatorial confirmatória da escala de conhecimento para boa saúde mental.

Modelo	$\chi^2/gf$	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (fig. 1)	1.790	0.941	0.935	0.062	0.041	0.058

Com exceção dos itens 9 do fator 1 e 3 do fator 2 todos os pesos de regressão são significativos ( $p < 0,001$ ) e superiores a ( $\lambda \geq 0,50$ ), mostrando a relevância do fator para predizer os itens. A fiabilidade individual é também adequada ( $r^2 \geq 0,25$ ). Decidimos manter os itens acima referidos dado por um lado a relevância do item para o fator e por outro lado o argumento apresentado por Marôco (2010) ao referir que em estudos iniciais são aceitáveis pesos factoriais iguais ou superiores a 0.40.



**Figura 7:** Análise fatorial confirmatória da escala de conhecimento para boa saúde mental.

A fiabilidade compósita ao apresentar valores de 0.739 para o fator 1 e 0.701 para o fator 2, revelou boa consistência interna dos itens relativos aos fatores mas o indicador de validade convergente (VEM) mostrou-se abaixo dos valores de referencia para os dois (fatores 1 VEM=0,324 e fator 2 VEM=0,381) o que é indicador de validade divergente. Encontramos validade discriminante na relação fator 1 e fator 2. A fiabilidade estratificada para a globalidade da escala é boa (FC= 0.837) mas a validade convergente mantém-se baixa (VEM= 0.347)

**Quadro 6:** Fiabilidade compósita e Variância extraída Média.

Fatores	F C	VEM	Validade discriminante
F1	0.739	0.324	0.360
F2	0.701	0.381	

Prosseguimos com o estudo psicométrico da escala analisando a consistência interna por subescala. No fator 1, obtivemos razoáveis a adequados valores de alfa uma vez que estes oscilam entre 0,664 no item 8 “*Definir limites sobre o que é aceitável para si*” e 0.712 no item 9 “*Sentir-se valioso, independentemente das suas próprias realizações* “. O alfa de Cronbach desta subescala foi de 0.733. (cf. tabela 13)

Relativamente ao fator 2, encontramos a mesma tendência para os índices de alfa de Cronbach oscilando estes entre 0.484 no item 7 “*Dominar os seus pensamentos negativos*” e 0.680 no item 3 “*Ter boas rotinas de sono*”. O alfa de Cronbach desta subescala foi de 0.666.(cf. tabela 13),

Em suma, os valores de alfa de Cronbach para cada subescala revelaram adequada consistência interna.

**Tabela 13:** Consistência Interna da Escala de Conhecimento para boa saúde mental, por fatores.

	Média	Dp	R-item-total	α sem item
<b>Fator 1 Cronbach= 0.733</b>				
4. Tomar decisões baseadas na sua própria vontade	4.05	1.199	0.467	0.699
5. Estabelecer limites para suas próprias ações	4.45	0.803	0.450	0.703
6. Sentir-se pertencente a uma comunidade	4.32	1.027	0.488	0.690
8. Definir limites sobre o que é aceitável para si	4.44	1.029	0.574	0.664
9. Sentir-se valioso, independentemente das suas próprias realizações	4.48	0.927	0.406	0.712
10. Vivenciar o sucesso escolar	4.34	1.109	0.446	0.703
<b>Fator2 Cronbach= 0.666</b>				
1.Lidar com situações stressantes de uma forma adequada	4.71	0.790	0.429	0.622
2. Acreditar em si próprio	4.84	0.490	0.488	0.595
3. Ter boas rotinas de sono	4.74	0.702	0.327	0.680
7. Dominar os seus pensamentos negativos	4.72	0.660	0.610	0.484

A tabela 14 apresenta a validade convergente/divergente dos itens. Aferimos que as correlações são positivas e significativas e nas suas subescalas a correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte. (cf. tabela 14)

**Tabela 14:** Validade convergente/ divergente dos itens.

Itens	Fatores		Fator Global
	Fator 1	Fator 2	
1. Lidar com situações stressantes de uma forma adequada	0.189	0.738	0.421
2. Acreditar em si próprio	0.445	0.673	0.597
3. Ter boas rotinas de sono	0.275	0.638	0.451
4. Tomar decisões baseadas na sua própria vontade	0.684	0.255	0.631
5. Estabelecer limites para suas próprias ações	0.602	0.316	0.590
6. Sentir-se pertencente a uma comunidade	0.670	0.302	0.638
7. Dominar os seus pensamentos negativos	0.375	0.805	0.592
8. Definir limites sobre o que é aceitável para si	0.733	0.292	0.683
9. Sentir-se valioso, independentemente das suas próprias realizações	0.590	0.296	0.572
10. Vivenciar o sucesso escolar	0.653	0.243	0.603

Um dos aspetos importantes no estudo da validade da escala consistiu na determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala. Os valores correlacionais apresentados revelaram-se bons, oscilando entre 0.427 e 0.943. A correlação dos diferentes fatores com o total da escala foi igualmente boa, conforme se confirma na tabela 37, com percentagem de variância explicada a oscilar entre 49.70% com o fator 2 e 88.92% com o fator 1

**Tabela 15:** Matriz de correlação de Pearson entre os fatores da escala de Conhecimento para boa saúde mental.

Fatores	Fator1	Fator2
Fator2	0.427**	-
Fator global	0.943**	0.705**

### 3.5. Critérios de operacionalização de variáveis

No estudo da literacia em saúde mental da puérpera é importante a análise das estatísticas sociodemográficas para caracterização da amostra.

Assim, opta-se por operacionalizar as variáveis de contexto sociodemográfico de acordo com o constante na tabela 16.

**Tabela 16:** Operacionalização das variáveis de contexto sociodemográfico.

Variável	Apresentação no questionário	Operacionalização	Tipo de variável
Idade da puérpera	Questão aberta	<=34 anos >=35 anos	Quantitativa
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa Estrangeira	Qualitativa, nominal
Estado civil	Solteira/divorciada Casada/União de facto Viúva	Solteira/divorciada Casada/União de facto Viúva	Qualitativa, nominal
Zona de Residência	Aldeia Vila Cidade	Aldeia Vila Cidade	Qualitativa, nominal
Habilitações Literárias	1º ciclo (até ao 4ºano) 2º ciclo (até ao 6ºano) 3º ciclo (até ao 9ºano) Secundário (até ao 12ºano) Curso técnico-profissional Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento	Ensino básico Ensino secundário Ensino superior	Qualitativa, ordinal
Profissão		Utilizados grupos da classificação nacional de profissões: Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos Grupo 2 -Especialistas das atividades intelectuais e científicas Grupo 3 - Técnicos e profissões de nível intermédio Grupo 4 - Pessoal administrativo Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificios Grupo 8 - Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados	Qualitativa, nominal
Situação laboral	Empregada Desempregada	Empregada Desempregada	Qualitativa, nominal
Rendimento mensal do agregado familiar			Qualitativa, ordinal
Internet em casa			Qualitativa, nominal

### **3.6. Procedimentos**

Em qualquer trabalho de investigação os direitos fundamentais das pessoas e as disposições ético-legais têm de ser tidas em atenção.

A aplicação do estudo no terreno exigiu a definição de diligências preliminares.

Assim, quanto ao instrumento de medida das alterações psicoemocionais (EAAPP) foi pedida autorização à autora da escala, Professora Doutora Isabel Leal (anexo I). Foi, também, elaborado o projeto de investigação e obtido parecer favorável da Comissão de Ética do ACES da Cova Da Beira (anexo II) e o parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (anexo III) e, posteriormente, foi solicitada autorização ao Diretor Executivo do ACES da Cova Da Beira (anexo IV) e ao Diretor Executivo do CHUCB (anexo V) para aplicação do instrumento de recolha de dados. No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras.

Obtida anuência, foi efetuado contacto pessoal com as unidades funcionais no sentido de se iniciar a recolha da informação. A recolha de dados foi realizada de forma livre e devidamente esclarecida, pois cada questionário fazia-se acompanhar da declaração de consentimento informado à participante/representante com os objetivos e o âmbito do estudo.

### **3.7. Análise de dados**

A análise de dados foi precedida de uma avaliação de todos os questionários, no sentido de serem eliminados aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Seguidamente, procedeu-se à sua codificação e introdução dos dados em tabela com recurso ao IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 24.

A análise de dados e apresentação dos resultados foi feita de forma sequencial, de acordo com a organização das variáveis e partes constituintes do instrumento de medida. Nesta análise, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial.

A análise descritiva dos dados é suportada em medidas de frequência, de tendência central ou de localização e medidas de variabilidade ou dispersão para além da distribuição,

de acordo com as características das variáveis em estudo. As medidas de simetria Skewness (SK) serão obtidas pelo quociente SK/erro padrão (EP) 1 para um nível de significância ( $p= 0.05$ ) e de igual forma para as medidas de achatamento Kurtose (K)2.

O coeficiente de variação amostral será interpretando do seguinte modo (Pestana & Gageiro, 2008, p. 81):

<b>Coeficiente de Variação</b>	<b>Classificação do Grau de Dispersão</b>
$\leq 15\%$	Dispersão fraca
16% - 30%	Dispersão média
$> 30\%$	Dispersão elevada

Na estatística inferencial foi utilizada a estatística paramétrica e não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições. A primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda, que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras. Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov, enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene visto tratar-se de um dos mais robustos (Maroco, 2007).

Os testes não paramétricos utilizaram-se como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes não se verificaram. Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- Testes t de Student e teste não paramétrico de U-Mann Whitney (UMW);
- Análise de variância a um factor (ANOVA) ou teste de Kruskal-Wallis;
- Regressão linear simples e regressão múltipla;
- Equações estruturais Path analysis;
- Teste t a uma amostra:
  - Teste t emparelhado;
  - Teste de independência do Qui-quadrado e resíduos ajustados que nos indicam qual a célula que apresenta o comportamento diferente da média. Pestana e Gageiro (2008, p.133) consideram neste âmbito, para uma probabilidade igual ou inferior a 0.05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1,96$  - Diferença estatística significativa (superior à média)
- $< 1,96$  - Diferença estatística não significativa (Inferior ou igual à média)

Na análise estatística a interpretação dos testes estatísticos foi realizada com um intervalo de confiança de 95% e com base nos seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  a  $p < 0.1$  – diferença estatística marginal
- $p \geq 0.1$  n.s. – diferença estatística não significativa

As respostas omissas foram alvo de tratamento estatístico com o intuito de determinar se as mesmas, ao revelarem-se significativas, poderiam pôr em causa a validade do estudo.

## 4. Resultados

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados. Propomos neste capítulo descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos dos dados recolhidos.

Os dados serão apresentados através de tabelas e quadros, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação. Uma vez que os dados apresentados são todos extraídos da mesma amostra omite-se essa indicação. O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta as diferentes questões de investigação.

### 4.1. Análise descritiva

Passamos à análise descritiva das variáveis contextuais à gravidez, ao parto, ao apoio pós-parto, ao acesso á informação e às alterações psicoemocionais do puerpério.

#### 4.1.1. Variáveis obstétricas

#### Número de filhos

A tabela 17, permite verificar que o número de filhos, variou entre zero e seis. A média calculada para a totalidade da amostra é de 1,60 filhos com desvio padrão de 0.805. A maioria das participantes (53.4%) eram primíparas, seguindo-se 46,6% que tinham pelo menos dois filhos. (cf. Tabela17)

A análise da paridade por grupo etário, indicou que a maioria das puérperas com idade igual ou inferior a 34 anos era primípara (58.6%), ao passo que na faixa etária igual ou superior a 35 anos a maioria tinha dois ou mais filhos (57.5%). (cf. tabela 17)

**Tabela 17:** Estatísticas relativas ao número de filhos.

	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Número de filhos	1	6	1.60	0.805	50.312	12.076	19.291

#### Gravidez planeada

Quanto à gravidez atual, a maioria das puérperas referiu ter sido uma gravidez planeada (78.4%). As participantes de ambos os grupos etários referiram ter planeado a sua gravidez (77.9% vs 79.4%).

### Gravidez desejada

Podemos afirmar que 78,4% desejaram a gravidez. As participantes de ambos os grupos referiram ter desejado a sua gravidez em iguais valores percentuais. (cf. tabela 18)

### Vigilância da gravidez

O grupo etário  $\leq 34$  anos, vigiou a gravidez em 68 casos contrapondo com as participantes de idade  $\geq 35$  anos em que todas afirmaram ter feito essa vigilância. Apenas 0,5% referiu não a ter realizado vigilância da gravidez. (cf. tabela 18)

### Gravidez de risco

As gestações na maioria das participantes decorreram sem patologia associadas (67.3%), mas quando estas ocorreram atingiu um valor percentual superior no grupo com idade  $\geq 35$  anos (32.7%) A faixa etária de idade compreendida entre os 19 e os 34 anos afirmou ter tido uma gravidez sem patologia (82.9%). Por sua vez as participantes de idade igual ou superior a 35 anos referiram ausência de patologia em 23 casos (33.8%). (cf. tabela 18).

**Tabela 18:** Distribuição das participantes segundo as variáveis contextuais à gravidez em função do grupo etário.

Grupo Etário Variáveis obstétricas	$\leq 19-34$		$\geq 35$		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	$\leq 19-34$	$\geq 35$
Número de gravidezes								
uma	71	50.7	22	32.4	93	44.7	2.5	-2.5
Duas ou mais	69	49.3	46	67.6	115	55.3	-2.5	2.5
Número de filhos								
Um filho	82	58.6	29	42.6	111	53.4	2.2	-2.2
Dois ou mais filhos	58	41.4	39	57.4	97	46.6	-2.2	2.2
Gravidez planeada								
Sim	109	77.9	54	79.4	163	78.4	-0.3	0.3
Não	31	22.1	14	20.6	45	21.6	0.3	-0.3
Gravidez desejada								
Sim	136	97.1	66	97.1	202	97.1	0.0	0.0
Não	4	2.9	2	2.9	6	2.9	0.0	0.0
Vigilância da gravidez								
Sim	139	99.3	68	100	207	99.5	-0.7	0.7
Não	1	0.7	0	0	1	0.5	0.7	-0.7
Centro de Saúde Maternidade/ Consulta externa					76	36.5		
Clínica privada					161	77.4		
Gravidez de risco					58	27.9		
Não	116	82.9	23	33,8	139	67.3	7.0	-7.0
Sim	24	17.1	45	66,2	69	32.7	-7.0	7.0

### **Local de parto**

No que concerne ao local onde foi realizado o parto, verificou-se que em 93.3% das puérperas ocorreu no Centro Hospitalar da Cova da Beira, e os restantes 6.7% noutros locais. Em ambos os grupos etários o CHCB foi o hospital escolhido. (cf. tabela 19)

### **Tipo de Parto e Prematuridade**

Em relação ao tipo de parto, verificou-se um equilíbrio nos resultados em que 51.4% corresponderam às puérperas com parto eutócico e 48.6% às puérperas com parto distócico. Contudo verificou-se uma maior percentagem de partos eutócicos no grupo etário 19-34 anos (55.7%) enquanto que as puérperas com idade superior ou igual a 35 anos tiveram um parto distócico em maior percentual (57.4%). (cf. tabela 19)

Quanto à idade gestacional aquando do parto a grande maioria das participantes (90.4 %) tiveram um recém-nascido de termo e 9.6% um recém-nascido prematuro. (cf. tabela 19)

### **Expetativas em Relação ao Trabalho de Parto**

Relativamente às expetativas das puérperas em relação ao parto, verificou-se um equilíbrio percentual entre as experiências melhor/ muito melhor, semelhante, nada/pouco semelhante respetivamente com 30.3%, 38,5% e 31.3% da amostra. Esta tendência foi comum aos dois grupos etários. (cf. Tabela 19)

### **Acompanhante no parto**

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto ocorreu para o global da amostra em 84.6%. Para esta variável, verificámos que em ambos os grupos etários o acompanhante foi o companheiro. (cf. tabela 19)

**Tabela 19:** Distribuição das participantes segundo as variáveis contextuais ao parto em função do grupo etário.

Grupo Etário Variáveis obstétricas	≤ 19-34		≥ 35		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	≤ 19-34	≥ 35
<b>Local de parto</b>								
CHCB	133	95.0	61	89.7	194	93.3	1.4	-1.4
Outros locais	7	5.0	7	10.3	14	6.7	-1.4	1.4
<b>Tipo de parto</b>								
Eutócico	78	55.7	29	42.6	107	51.4	1.8	-1.8
Distócico	62	44.7	39	57,4	101	48.6	-1.8	1.8
<b>Parto</b>								
≥ 38 semanas					188	90.4		
<38 semanas					20	9.6		
<b>Expectativas parto</b>								
Muito melhor/melhor	41	29.3	22	32.4	63	30.3	-0.5	0.5
Semelhante	52	37.1	28	41.2	80	38.5	-0.6	0.6
Pouco/nada semelhante	47	33.6	18	26.5	65	31.3	1.0	-1.0
<b>Acompanhante no parto</b>								
companheiro	120	85.7	56	82.4	176	84.6	0.6	-0.6
outros	20	14.3	12	17.6	32	15.4	-0.6	0.6
<b>Ajuda pós-parto</b>								
Em todos os campos	22	15.7	10	14.7	32	15.4		
Até três campos	118	84.4	58	85.3	176	84.6		
<b>Quem ajuda pós-parto</b>								
Só companheiro					62	29.8		
Companheiro e Mãe					100	48.1		
Companheiro/Mãe e outros					19	9.1		
Companheiros e outros					17	8.1		

### Tipo de ajuda

Após a alta da maternidade, a maioria das participantes (84.4% do grupo etário 1<=34 e 85.3% do grupo etário igual ou superior a 35anos) referiram ter pelo menos ajuda em três domínios, nomeadamente, “tomar conta da criança”, “nas tarefas domésticas “, “com restante família” e no “seu autocuidado”. (cf. tabela 20)

O tipo de ajudas que as participantes mais enumeraram foi a nos cuidados com RN (86.5%), seguida da “ajuda nas tarefas domésticas” com 73.6%, “ajuda no autocuidado” com 52.4% e por último a menos referida “ajuda nos cuidados com família” (36.5%). (cf. tabela 20)

### Pessoa que ajuda

Quando questionadas sobre quem a ajudou, a maior percentagem das participantes (48.1%) referiram ter ajuda do companheiro e da mãe simultaneamente, após a alta da maternidade. É também de salientar que 95.2% tiveram ajuda do companheiro, seguido de 60.6 % da mãe, sendo que apenas 18.35% teve ajuda de outros familiares. (cf. tabela 20)

**Tabela 20:** Tipo de ajuda e pessoa que ajuda a puérpera após a alta da maternidade.

<b>Ajuda</b>	<b>N=</b> <b>208</b>	<b>100 %</b>
Cuidados com RN	18	86.5
Cuidados puérpera	10	52.4
Cuidados com família	9	36.5
Cuidado com tarefas domésticas	15	73.6
	3	
<b>Pessoa que ajuda</b>		
Ninguém ajuda:	2	1
Companheiro	19	95.2
Mãe da puérpera a	8	60.6
Outra pessoa	12	6
	38	18.3

**Curso** **de preparação para o parto e parentalidade**

Para a totalidade da amostra estudada, prevaleceu um equilíbrio entre as puérperas que frequentaram o curso de parentalidade (49%) e as que não realizaram o curso (51%). Este equilíbrio verificou-se também em ambos os grupos etários. (cf tabela 21)

#### **Dúvidas acerca do parto, pós-parto e dos cuidados com recém-nascido**

Inquirimos as participantes como esclareciam as dúvidas acerca do parto, pós-parto e sobre os cuidados a prestar à criança. Analisando as respostas verificamos que os dois grupos etários se comportam de um modo semelhante em relação à ordem que ocupam os diferentes intervenientes nos esclarecimentos das dúvidas. É de referir que os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos ocupam um lugar de destaque relativamente às fontes de informação das puérperas. De facto, nas dúvidas relativas ao parto, ao pós-parto e aos cuidados com RN as participantes 38.9% recorreram a enfermeiros e médicos, com 41.8% e 35.1% respetivamente. Esta tendência manteve-se em ambos os grupos etários. (cf. tabela 21)

Por outro lado, o “médico” é a principal fonte de informação, em questões relacionadas com o parto (69.2%), seguido do “enfermeiro” com 58.2%. (cf. tabela 21)

Para esclarecimento das dúvidas relativas ao pós-parto e aos cuidados a prestar à criança, a situação inverte-se, sendo o “enfermeiro” o profissional de saúde mais procurado com (74.5% vs 84.1%) respetivamente seguido do “médico” com 68.3% e 60.6%. (cf. tabela 21)

Ainda relativamente às questões sobre o parto, figura como a terceira fonte de informação mais mencionada a “internet” com 42.3%. Efetivamente é um dado que nos parece interessante dado o lugar que ocupa esta rede aberta de comunicações mundial, como fonte de esclarecimento nas áreas mencionadas. A disponibilidade e a facilidade de acesso a este meio fazem com que detenha um lugar cimeiro, relativamente a “livros” e a “familiares”. (cf. tabela 21)

Depois dos profissionais de saúde, as “outras mães”, são as pessoas que as pessoas que as puérperas mais procuram para esclarecer dúvidas sobre o pós-parto (35,6%). (cf. tabela 21)

Para esclarecimento de questões sobre os cuidados com o RN, a “mãe” ocupa um lugar de relevo (38,9%), logo a seguir aos profissionais de saúde. (cf. tabela 21)

A fonte de informação “livros”, ocupa sempre o último lugar no esclarecimento de dúvidas em relação ao parto, pós-parto e cuidados a prestar ao RN. (cf. tabela 21)

**Tabela 21:** Esclarecimento de dúvidas relativas ao parto, pós-parto e cuidados com o RN.

	Dúvidas parto		Dúvidas pós-parto		Dúvidas recém-nascido	
	N	%	N	%	N	%
<b>Mãe</b>	49	23.6	52	25.0	81	38.9
<b>Enfermeiro</b>	121	58.2	155	74.5	175	84.1
<b>Médico</b>	144	69.2	142	68.3	126	60.6
<b>Familiares</b>	41	19.7	36	17.3	45	21.6
<b>Outras mães</b>	77	37.0	74	35.6	68	32.7
<b>Livros</b>	39	18.8	23	11.1	23	11.1
<b>Internet</b>	88	42.3	61	29.3	41	19.7

**Tabela 22:** Variáveis contextuais ao acesso à informação em função do grupo etário.

Grupo Etário	≤ 19-34		≥ 35		Total		Residuais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	≤ 19-34	≥ 35
<b>Variáveis obstétricas</b>								
<b>Curso de Parentalidade</b>								
Frequentou	70	50.0	32	47.1	194	49.0	0.4	-0.4
Não frequentou	70	50.0	36	52.9	14	51.0	-0.4	0.4
<b>Dúvidas parto</b>								
Só médicos	32	22.9	17	25.0	49	23.6	-0.3	0.3
Só enfermeiros	18	12.9	13	19.1	31	14.9	-1.2	1.2
Só médicos/enfermeiros	55	39.3	26	38.2	81	38.9	0.1	-0.1
Todas as outras fontes	35	25.0	12	17.6	47	22.6	1.2	-1.2
<b>Dúvidas pós-parto</b>								

Só médicos	20	14.3	13	19.1	33	15.9	-0.9	0.9
Só enfermeiros	30	21.4	16	23.5	46	22.1	-0.3	0.3
Só médicos/enfermeiros	57	40.7	30	44.1	87	41.8	-0.5	0.5
Todas as outras fontes	16	11.4	4	5.9	20	9.6	1.3	-1.3
Só profissionais/Mãe	17	12.1	5	1.9	22	10.6	1.1	-1.1
<b>Dúvidas recém-nascido</b>								
Só médicos	10	7.1	10	14.7	20	9.6	-1.7	1.7
Só enfermeiros	48	34.3	21	30.9	69	33.2	0.5	-0.5
Só médicos/enfermeiros	44	31.4	29	42.6	73	35.1	-1.6	1.6
Todas as outras fontes	13	9.3	0	0.0	13	6.3	2.6	-2.6
Só profissionais/Mãe	25	17.9	8	11.8	33	15.9	1.1	-1.1

### Informação acerca de saúde mental

Das participantes que constituem a amostra, 41,8% referiram que lhes foi fornecida informação sobre saúde mental, sendo que, a grande maioria (88.5%) informou ter sido fornecida por enfermeiros secundada pelos médicos com 28,7%. As participantes revelaram também que a informação contribuiu muito/alguma coisa 46%vs49.4% para a qualidade de vida destas. (cf. tabela 23)

**Tabela 23:** Estatísticas relativas da pessoa que forneceu informação sobre saúde e de que forma para a de vida contribuiu qualidade destas.

Pessoa	Informação saúde mental	
	N=87	41.8 %
Enfermeiro	77	88.5
Médico	25	28.7
Familiares	11	12.6
Amigos	5	5.7
<b>Contribuição:</b>		
Muito	40	46
Alguma coisa	43	49.4
Pouco	3	3.4
nada	1	1.1

#### 4.1.2. Variáveis Psicoemocionais do Puerpério

As estatísticas das alterações psicoemocionais revelaram para a ansiedade um índice mínimo de 7 e um máximo de 39 com uma média de 18.62 ( $\pm 7.07$ ). Nos fatores sintomas depressivos e preocupação os índices mínimos foram de 4, mas o máximo foi de 22 e 21 respetivamente com médias e desvios padrão de ( $8.72 \pm 4.38$ ) e ( $7.70 \pm 3.81$ ). Para

o fator global a amplitude encontrada oscilou entre os 15 pontos e 82 pontos com um índice médio de 35.04 e desvio padrão de 14.25. Os coeficientes de variação são reveladores de dispersões elevadas e os valores de assimetria e curtose apresentam curvas normais para as subescalas excepto para a preocupação que se configura como leptocurtica. No que respeita às assimetrias verifica-se tendência para enviesar á esquerda no fator sintomas depressivos, preocupação e fator global. (cf. tabela 24)

**Tabela 24:** Estatísticas das alterações psicoemocionais em função da idade das puérpera.

Fatores	Min.	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Ansiedade</b>	7.00	39.00	18.620	7.074	37.969	0.531	-1.550
<b>Sintomas depressivos</b>	4.00	22.00	8.721	4.382	50.246	5.165	-0.630
<b>Preocupação</b>	4.00	21.00	7.702	3.811	49.493	7.077	3.345
<b>Fator global</b>	15.00	82.00	35.043	14.252	40.670	4.254	-0.336

Ainda na continuidade da análise da tabela anterior procuramos saber se a idade influencia as alterações psicoemocionais. Dos resultados obtidos, aferimos que a ansiedade é mais elevada nas puérperas com idade inferior ou igual a 34 anos, enquanto que a depressão, preocupação e fator global pontuam mais nas puérperas com idade superior ou igual a 35 anos. (cf. tabela 25).

**Tabela 25:** Estatísticas das alterações psicoemocionais e grupos etários.

fatores	Grupos etários	<= 34 anos	>= 35 anos
		Média	Média
<b>ansiedade</b>		104,06	103,06
<b>depressão</b>		100,90	111,90
<b>preocupação</b>		104,38	104,75
<b>fator global</b>		104,05	105,43

Analisamos as estatísticas do fator ansiedade, por item tendo como referência os pontos de corte apresentados pelos autores da escala. Para o primeiro item registamos que 47.1% das puérperas apresentavam sinais moderados de insegurança na prestação de cuidados ao recém-nascido, com destaque nas puérperas em ambos os grupos etários (45.7% e 50%). Adicionalmente, 38.0% das puérperas referiram sentir-se esgotadas, 35.6%

referiu cansaço mental e 39.5% sentiu-se cansada fisicamente e/ou a fraquejar. Como ponto comum a estes três itens, verificamos uma maior frequência nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. (cf. tabela 26).

**Tabela 26:** Frequências absolutas e relativas da ansiedade por item em função da idade.

	≤ 19-34		≥ 35		Total		Residuais	
	Nº140	67.3%	Nº 68	32.7%	Nº 208	100%	≤ 19-34	≥ 35
<b>1 – Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	59	42.1	29	42.6	88	42.3	-0.1	0.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	64	45.7	34	50	98	47.1	-0.6	0.6
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	17	12.1	5	7.4	22	10.6	1.1	-1.1
<b>2 – Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	86	61.4	47	69.1	133	63.3	-1.1	1.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	48	34.3	19	27.9	67	32.2	0.9	-0.9
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	6	4.3	2	2.9	8	3.8	0.5	-0.5
<b>6. Senti-me esgotada</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	72	51.4	33	48.5	105	50.5	0.4	0.9
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	51	36.4	28	41.2	79	38.0	-0.7	0.7
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	17	12.1	7	10.3	24	11.5	0.4	-0.4
<b>8. Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebé</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	82	58.6	51	36,4	7	5.0	0.6	-0.6
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	51	36.4	26	38.2	77	37.0	-0.3	0.3
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	7	5.0	5	7.4	12	5.8	-0.7	0.7
<b>14. Senti dificuldades em relaxar</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	80	57.1	35	51.5	115	55.3	0.8	-0.8
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	42	30.0	29	42.6	71	34.1	-1.8	1.8
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	18	12.9	4	5.9	22	10.9	1.5	-1.5
<b>15. Senti cansaço mental</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	70	50.0	35	51.5	105	50.5	-0.2	0.2
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	47	33.6	27	39.7	74	35.6	-0.9	0.9

Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	23	16.4	6	8.8	29	13.9	1.5	-1.5
<b>16. Senti-me cansada e/ou fraquejar</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	64	45.7	35	51.5	99	47.6	-0.8	0.8
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	55	39.3	27	39.7	82	39.4	-0.1	0.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	21	15.0	6	8.8	27	13.0	1.2	-1.2

No fator sentimentos depressivos, constatamos uma consistência nas respostas das puérperas a cada item, com os dados gerais constantes na tabela 27. Os resultados indicaram que 35.3% das puérperas com idade igual ou superior a 35 anos de idade assinalaram sentimentos de tristeza e depressão em níveis moderados. Encontramos resultados iguais ao nível da melancolia e desânimo (33.8%) no mesmo grupo etário. (cf. tabela 27) Em relação às crises de choro e sentimentos de solidão, 29.4% e 29.4% das puérperas, respetivamente, manifestaram sinais moderados de alterações a estes níveis. Existe um equilíbrio em ambos os grupos etários.

**Tabela 27:** Frequências absolutas e relativas de sentimentos depressivos por item em função da idade.

	≤ 19-34		≥ 35		Total		Residuais	
	Nº140	67.3%	Nº 68	32.7%	Nº 208	100%	≤ 19-34	≥ 35
<b>3. Senti-me triste e deprimida</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	98	70.0	40	58.8	138	66.3	1.6	-1.6
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	53	23.6	24	35.3	57	27.4	-1.8	1.8
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	9	6.4	4	5.9	13	6.3	0.2	-0.2
<b>7. Senti-me melancólica e desanimada</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	90	64.3	43	63.2	133	63.9	0.1	-0.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	37	26.4	23	33.8	60	28.8	-1.1	1.1
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	13	9.3	2	2.9	15	7.2	1.7	-1.7
<b>11. Tive crises de choro</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	96	68.6	43	63.2	139	66.8	0.8	-0.8
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	29	20.7	20	29.4	49	23.6	-1.4	1.4
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	15	10.7	5	7.4	20	9.6	0.8	-0.8

<b>12. Senti-me sozinha</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	110	78.6	45	66.2	155	74.5	1.9	-1.9
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	21	15.0	20	29.4	41	19.7	-2.5	2.5
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	9	6.4	3	1.4	12	5.8	0.6	-0.6

Em relação ao fator preocupação, a maioria das puérperas não apresentou alterações significativas. No entanto, nos itens relacionados com a “dificuldade em acalmar”, 27.9% apresentou alterações moderadas e em relação ao “dei por mim a ficar agitada”, 24.5% também apresentou alterações a este nível.

**Tabela 28:** Frequências absolutas e relativas da preocupação por item em função da idade.

	≤ 19-34		≥ 35		Total		Residuais	
	Nº140	67.3%	Nº 68	32.7%	Nº 208	100%	≤ 19-34	≥ 35
<b>5. Tive dificuldade em me acalmar</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	91	65.0	47	69.1	138	66.3	-0.6	0.6
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	39	27.9	19	27.9	58	27.9	0.0	0.0
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	10	7.1	2	2.9	12	5.8	1.2	-1.2
<b>9. Senti-me aterrorizada</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	120	85.7	59	86.8	179	86.1	-0.2	0.2
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	15	10.7	8	11.8	23	11.1	-0.2	0.2
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	5	3.6	1	1.5	6	2.9	0.8	-0.8
<b>10. Dei por mim a ficar agitada</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	98	70.0	49	72.1	147	70.7	-0.3	0.3
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	33	23.6	18	26.5	51	24.5	-0.5	0.5
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	9	6.4	1	1.5	10	4.8	1.6	1-6
<b>13. Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso</b>								
Ausência de alterações psicoemocionais significativos	109	77.9	53	77.9	162	77.9	0.0	0.0
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério moderados	26	18.6	14	20.6	40	19.2	-0.3	0.3
Presença de níveis de alterações psicoemocionais do puerpério severos	5	3.6	1	1.5	6	2.9	0.8	-0.8

Para podermos comparar a média da ansiedade, dos sentimentos depressivos, da preocupação e do total das alterações psicoemocionais entre as puérperas com um filho e

dois ou mais filhos, foi efetuado um teste t para amostras independentes. Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas com um filho apresentaram médias mais elevadas de ansiedade, depressão, preocupação e total de alterações psicoemocionais, ou seja, para todos os fatores da escala EAAPP. As diferenças apresentaram-se altamente significativas estatisticamente. (cf. tabela 29)

**Tabela 29:** Teste t para diferença de médias entre o número de filhos e as alterações psicoemocionais da puérpera.

Nº de Filhos	Um filho		Dois ou mais		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
<b>Fatores EAAPP</b>							
Ansiedade	20,83	6,65	16,09	6,72	0.612	5.099	0.000
Depressão	9,64	4,42	7,6701	4,11	<b>0.240</b>	<b>3.310</b>	<b>0.001</b>
Preocupação	8,8198	4,13	6,4227	2,95	<b>0.010</b>	<b>4.755</b>	<b>0.000</b>
Fator global	39,29	14,14	30,19	12,81	<b>0.465</b>	<b>4.837</b>	<b>0.000</b>

#### 4.1.3. Conhecimentos para boa saúde mental

A Escala do conhecimento para uma boa saúde mental é calculado pela soma dos valores dos domínios, sendo que, quanto maior o valor obtido, maior o nível de literacia em boa saúde mental apresentado pela puérpera.

Os dados relativos ao valor global da escala indicam que variam entre um mínimo de 27.00 e um máximo de 50,00, com média de 45.106 ( $\pm$  5.121). (cf. tabela 30)

No fator 1 encontramos um valor mínimo de 9.0 e o máximo de 30,00 com média 26,10 ( $\pm$  4,19). Quanto ao fator 2 verificamos que os índices obtidos oscilam entre 10.0 e 20,00 com média de 19.00 ( $\pm$  1,89). Os coeficientes de variação indicam fraca a moderada dispersão e as medidas de assimetria e curtose revelam curvas leptocúrticas e enviesadas à direita (cf. tabela 30)

**Tabela 30:** Estatísticas relativas à escala de conhecimento para uma boa saúde mental.

Fatores	Min.	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Fator 1- exigências ou vivências externas	9.0	30.0	26,101	4,19	16,053	-7,787	6,071
Fator 2- património interno	10.00	20.00	19,009	1,892	9,953	-3,723	19,804

<b>global da escla</b>	27.00	50.00	45,106	5,121	11,353	-8,160	5,101
------------------------	-------	-------	--------	-------	--------	--------	-------

Face aos resultados obtidos e tendo como base os percentis 25 e 75, estabelecemos para o fator global grupos de corte que permitiram classificar esta variável em três grupos distintos como se configura na tabela 31

**Tabela 31:** Classificação dos conhecimentos de boa saúde mental.

<b>Cotação</b>	<b>Parâmetros de Interpretação</b>
Inferior ou igual a 43	Maus conhecimentos para uma boa saúde mental
Entre 44 – 48	Suficientes conhecimentos para uma boa saúde mental
Superior ou igual a 49	Bons conhecimentos param uma boa saúde mental

A tabela 32 apresenta os resultados obtidos. Apuramos que 29.8% das participantes revela bons conhecimentos em saúde mental. Percentuais iguais são obtidos entre as que possuem suficientes e fracos conhecimentos (35.1%).

Com estes resultados respondemos à primeira questão que procurava saber qual o nível de literacia para uma boa saúde mental.

**Tabela 32:** Nível de conhecimento para uma boa saúde mental.

<b>Classificação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Bons conhecimentos	62	35.1
Suficientes conhecimentos	73	35.1
Fracos conhecimentos	73	29.8
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

#### **4.2. Análise Inferencial**

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da

validade das questões de investigação, associando as variáveis em estudo, à variável endógena.

Deste modo, a segunda questão de investigação procurava saber:

---

**Qual a relação entre a literacia em saúde mental e variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, local de residência, habilitações literárias, situação profissional, rendimentos e *internet*)?**

---

**4.2.1. Relação entre a literacia em saúde mental e variáveis sociodemográficas**

**Relação entre idade e conhecimentos para uma boa saúde mental**

De modo a percebermos de que forma a idade influencia a literacia em saúde mental foi efetuado o teste U-Mann Whitney.

Verificou-se pelas ordenações médias que as puérperas com idade inferior ou igual a 34 anos possuem mais conhecimentos para uma boa saúde mental do que as de idade igual ou superior a 35 anos, mas os resultados encontrados não são suficientes para evidenciar significância estatística pelo que infirmamos da relação entre as variáveis em estudo. (cf. tabela 33)

**Tabela 33:** Teste de U Mann Whitney, entre o conhecimento para uma boa saúde mental e grupos etários.

Idade	<=34 anos	>=35 anos	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	106.61	100.16	4465.000	0.464
Património interno	104.95	103.57	4696.500	0.858
Boa saúde mental (total)	106.12	101.16	4533.000	0.574

**Relação entre nacionalidade e conhecimentos para uma boa saúde mental**

Analisando a forma como os conhecimentos em saúde mental das puérperas variavam em função da sua nacionalidade, foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que os conhecimentos para uma boa saúde mental são superiores nas puérperas estrangeiras. No entanto, os resultados encontrados não são

suficientes díspares para evidenciarem significância estatística entre as variáveis em estudo. (cf. tabela 34)

**Tabela 34:** Teste de U Mann Whitney entre nacionalidade e conhecimentos para uma boa saúde mental.

Nacionalidade	Portuguesa	Estrangeira	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	103.64	129.21	530.500	0.264
Património interno	104.61	104.43	682.000	0.875
Boa saúde mental (total)	103.72	127.00	546.00	0.311

### Relação entre estado civil e conhecimentos para uma boa saúde mental

Com a finalidade de verificar se existem diferenças estatísticas entre o estado civil das participantes face aos conhecimentos para uma boa saúde mental, aplicámos o teste de Mann-Whitney (tabela 35). As ordenações médias indicam que as puérperas que vivem sem companheiro apresentam índices mais elevados no que respeita às exigências ou vivências externas e boa saúde mental, enquanto que as que vivem com companheiro apresentam maiores índices relacionados com o património interno.

Encontramos, contudo, um valor de “p” superior ao nível de significância fixado ( $\alpha=0,05$ ), sendo por isso legítimo concluir que o estado civil não influencia a literacia em saúde mental das puérperas.

**Tabela 35:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o estado civil da puérpera.

Estado Civil	Sem companheiro	Com companheiro	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	110.06	103.09	3252.500	0.498
Património interno	98.56	106.00	3236.500	0.411
Boa saúde mental (total)	106.13	104.09	3417.500	0.843

### Relação entre local de residência e conhecimentos para uma boa saúde mental

Analisamos ainda a influência do local de residência sobre o conhecimento em saúde mental na puérpera através do teste Kruskal-Wallis. Do resultado obtido, ressalta que as

puérperas residentes na cidade revelam melhores níveis de conhecimento para uma boa saúde mental em todos os fatores da escala que as congêneres residentes na vila e aldeia. Por sua vez as puérperas residentes na aldeia obtêm maiores pontuações em relação ao património interno e boa saúde mental que as residentes da vila, enquanto nestas se regista um score mais elevado nas exigências ou vivências externas quando comparadas com as residentes na aldeia.

Pelos valores de p encontramos significância estatística apenas para o património interno o que nos leva a afirmar que existe relação entre estas variáveis. (cf. tabela 36).

**Tabela 36:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o local de residência da puérpera.

Local de residência	Aldeia	Vila	Cidade	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	98.34	100.66	109.97	1.726	0.422
Património interno	105.47	85.01	111.72	7.616	<b>0.022</b>
Boa saúde mental (total)	100.06	93.37	101.80	3.305	0.192

### Relação entre o nível de escolaridade e conhecimentos para uma boa saúde mental

A relação entre o nível de escolaridade e a literacia em saúde mental foi analisado com recurso ao teste de Kruskal Wallis. Apuramos que as puérperas com o ensino superior apresentam níveis mais elevados de conhecimentos para uma boa saúde mental do que as que possuem o ensino secundário e ensino básico. Constatam-se porém que somente existem diferenças significativas no Património interno no fator global - Boa saúde mental. Estas diferenças permitem-nos afirmar que a literacia em saúde da puérpera é influenciada pelas habilitações literárias das puérperas. (cf. Tabela37) inferindo-se ainda que os conhecimentos para uma boa saúde mental aumentam com o nível de escolaridade.

**Tabela 37:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e as habilitações literárias da puérpera.

Habilitações Literárias	Até 3ª ciclo	Secundário	Superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	85.93	104.49	109.32	3.429	0.180
Património interno	69.07	101.52	115.67	17.915	<b>0.000</b>
Boa saúde mental (total)	75.96	103.11	112.82	8.518	<b>0.014</b>

### Relação entre a situação laboral e conhecimentos para uma boa saúde mental

Analisando a forma como os conhecimentos em saúde mental variavam em função da situação laboral foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que os conhecimentos para uma boa saúde mental foram superiores nas puérperas ativas profissionalmente. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para as Exigências ou vivências externas e Boa saúde mental e significância marginal para o Património interno. Estas diferenças permitem-nos afirmar que a literacia em saúde mental da puérpera é influenciada pela sua situação profissional. (cf. Tabela 38)

**Tabela 38:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a situação profissional da puérpera.

Situação Profissional	Empregada	Desempregada	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	110.39	84.85	2897.000	<b>0.009</b>
Património interno	107.79	93.53	3313.500	<b>0.098</b>
Boa saúde mental (total)	110.43	84.72	2890.500	<b>0.009</b>

### Relação entre o rendimento mensal e conhecimentos para uma boa saúde mental

Na tabela 39 são apresentados os dados dos grupos do rendimento mensal familiar e a sua relação com a literacia em saúde mental. Verificamos que em todos os domínios as ordenações médias na sua maioria são menores nas puérperas que possuem rendimentos mais parcos. Deduz-se também que os conhecimentos aumentam à medida que aumentam os rendimentos, sendo superiores nos grupos com rendimento familiar mensal  $>1501$  euros com excepção do património interno. Todavia, não encontramos significância estatística entre as variáveis o que nos leva a afirmar que não existe relação entre a variável rendimentos e a literacia em saúde mental da puérpera. (cf. Tabela 39)

**Tabela 39:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e os rendimentos do agregado familiar da puérpera.

Rendimento	$\leq 500\text{€}$	[501€-1000€]	[1001€-1500€]	$\geq 1501\text{€}$	$\chi^2$	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	98.36	96.58	101.95	106.22	0.933	0.817
Património interno	92.86	102.91	101.83	98.76	0.796	0.850
Boa saúde mental (total)	94.59	96.80	102.56	106.92	1.248	0.741

### Relação entre a existência de internet em casa e conhecimentos para uma boa saúde mental

Pela análise das ordenações médias expostas na Tabela 40, verificámos que as puérperas que possuem internet em casa revelam melhores conhecimentos em todos os domínios da escala com significância estatística para a boa saúde mental e significância marginal a 10% para as exigências ou vivências externas. Desta forma pudemos afirmar que existe relação entre o acesso à internet na residência e a literacia em saúde mental da puérpera para as duas variáveis referidas. (cf. Tabela 40)

**Tabela 40:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a internet na residência da puérpera.

Internet	Sim	Não	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	106.59	77.63	1044.500	<b>0.070</b>
Património interno	105.65	89.73	1226.000	0.258
Boa saúde mental (total)	106.81	74.13	1001.000	<b>0.045</b>

### 4.2.2. Relação entre a literacia em saúde mental e as variáveis obstétricas

#### Relação entre o número de gravidezes e conhecimentos para uma boa saúde mental

Com vista a testar a relação entre a existência de gravidez anterior e a literacia em saúde mental, recorremos ao Teste t-Student para amostras independentes. Através da observação da Tabela 41 verificamos que as médias obtidas são superiores em todas os domínios, nas participantes em tiveram apenas uma gravidez. Não assumindo variâncias homogêneas apenas no património interno conforme teste de Levene, o teste t não revela significância estatística entre as variáveis ( $p > 0,05$ ), ou seja, ao número de gravidezes não influencia os conhecimentos da literacia em saúde mental.

**Tabela 41:** Teste t para diferença de médias entre número de gravidezes e conhecimentos para uma boa saúde mental.

Nº de gravidezes	Uma gravidez		Dois ou mais gravidezes		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Exigências ou vivências externas	26.23	3.87	25.91	4.08	0.633	0.437	0.663
Património interno	19.15	1.53	18.93	1.98	0.023	1.034	0.302
Boa saúde mental (total)	45.38	4.83	44.84	4.86	0.546	0.712	0.477

### Relação entre o número de filhos e conhecimentos para uma boa saúde mental

Para podermos comparar a paridade com o conhecimento em saúde mental das puérperas foi efetuado um teste t para amostras independentes. Pelos resultados obtidos, verificámos que as médias são semelhantes nos dois grupos nos vários fatores das escalas. Assumindo igualdade de variâncias, os resultados obtidos não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 42)

**Tabela 42:** Teste t para diferença de médias entre número de filhos e entre conhecimentos para uma boa saúde mental.

Nº de Filhos	Um filho		Dois ou mais		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Exigências ou vivências externas	26.36	3.83	25.79	4.22	0.461	1.031	0.304
Património interno	18.96	1.79	19.05	2.00	0.696	-0.332	0.740
Boa saúde mental (total)	45.33	4.92	44.84	5.34	0.515	0.685	0.494

### Relação entre o planeamento da gravidez e conhecimentos para uma boa saúde mental

Com o intuito de avaliar a relação entre o planeamento da gravidez e o conhecimento em saúde mental das puérperas aplicou-se o Teste de Mann Whitney. Pela análise da Tabela 43, verificámos que as puérperas que planearam a gravidez apresentam melhores conhecimentos para uma boa saúde mental. Relativamente às que não planearam a gravidez. Para o património interno existe significância marginal ( $p < 0,1$ ). Desta forma, podemos concluir que existe relação entre o planeamento da gravidez e conhecimento para uma boa saúde mental.

**Tabela 43:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o planeamento da gravidez.

Gravidez Planeada	Sim	Não	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	106.82	96.10	3289.500	0.285
Património interno	107.70	92.92	3146.500	<b>0.094</b>
Boa saúde mental (total)	107.81	92.51	3128.000	0.128

### Relação entre a vigilância da gravidez e conhecimentos para uma boa saúde mental

Analisando as médias, constatamos que as puérperas que fizeram uma vigilância da gravidez, possuem melhores conhecimentos para boa saúde mental. Contudo não se verificam diferenças estatísticas significativas entre as variáveis. Pode-se constatar que uma vigilância da gravidez não influencia o conhecimento em saúde mental. (cf. Tabela 44).

**Tabela 44:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a vigilância da gravidez.

Vigilância da gravidez	Sim	Não	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	105.58	102.63	4874.000	0.731
Patrimônio interno	106.66	100.76	4731.500	0.435
Boa saúde mental (total)	106.29	101.39	4779.500	0.569

### Relação entre o tipo de gravidez e conhecimentos para uma boa saúde mental

De modo a percebermos de que forma os conhecimentos em saúde mental variavam em função do risco de gravidez, foi efetuado o teste de Kruskal-Wallis, verificando-se pelas ordenações medias, que para todos os fatores os conhecimentos foram superiores nas puérperas cuja gravidez foi considerada de risco comparativamente às que tiveram uma gravidez classificada como normal. No entanto, as diferenças não apresentaram significância estatística. (cf. tabela 45)

**Tabela 45:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o tipo de gravidez.

Gravidez	Normal	De Risco	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	102.09	109.36	0.688	0.407
Patrimônio interno	101.94	109.65	0.997	0.318
Boa saúde mental (total)	101.30	110.94	1.200	0.273

### Relação entre duração da gravidez e conhecimentos para uma boa saúde mental

Com a finalidade de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre gravidez de termo/ pré-termo e o conhecimento em saúde mental das puérperas, aplicámos o teste de Mann-Whitney (Tabela 46). Assim encontrando um valor de “p”

superior ao nível significância fixado ( $\alpha=0,05$ ), considerámos desta forma, que não existe diferença significativa entre os grupos, sendo legítimo concluir que a duração da gravidez não influencia o conhecimento em saúde mental. Contudo, podemos verificar que as puérperas que tiveram uma gravidez de termo, têm maiores conhecimentos para uma boa saúde mental. (cf. tabela 46)

**Tabela 46:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a duração da gravidez.

Duração Gravidez	>= 38 semanas	< 38 semanas	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	104.92	100.55	1801.000	0.755
Património interno	105.02	99.65	1783.000	0.664
Boa saúde mental (total)	104.68	102.80	1846.000	0.894

#### Relação entre o local de parto e conhecimentos para uma boa saúde mental

Para podermos comparar os conhecimentos para uma boa saúde mental das puérperas que tiveram o parto no CHCB ou em outros locais foi efetuado um teste Teste de Mann Whitney para amostras independentes. Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas que tiveram o parto no CHCB apresentam melhores conhecimentos para o património interno enquanto as puérperas que tiveram o seu filho noutros locais, possuem conhecimentos mais elevados para as exigências ou vivências externas e para boa saúde mental. Contudo não se constatou significância estatística entre as variáveis. (cf. tabela 47)

**Tabela 47:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o local de parto.

Local do Parto	CHCB	Outros Locais	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	104.10	110.11	1279.50	0.715
Património interno	104.95	98.29	1271.00	0.646
Boa saúde mental (total)	104.04	110.82	1269.50	0.682

#### Relação entre complicações no recém-nascido e conhecimentos para uma boa saúde mental

Analisando a forma como os conhecimentos em saúde mental das puérperas variavam em função da ocorrência de complicações no recém-nascido, foi utilizado o teste U-Mann Whitney. Verificámos pelas ordenações médias que as puérperas que tiveram RN sem complicações apresentam melhores índices de conhecimentos para uma boa saúde mental. No entanto, os resultados obtidos não mostram significância estatística. (cf. Tabela 48)

**Tabela 48:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e complicações de RN.

Complicações	Não	Sim	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	106.16	93.82	2221.00	0.308
Património interno	106.17	93.79	2220.00	0.245
Boa saúde mental (total)	106.21	93.50	2212.00	0.295

#### Relação entre o tipo de parto e conhecimentos para uma boa saúde mental

De modo a percebermos de que forma o tipo de parto influencia a literacia em saúde mental foi efetuado um teste t para amostras independentes.

Verificou-se pelas ordenações médias que as puérperas que tiveram um parto eutócico possuem mais conhecimentos para uma boa saúde mental do que as que tiveram um parto distócico, mas os resultados encontrados não são suficientes dispare para evidenciarem significância estatística pelo que infirmamos da a relação entre as variáveis em estudo. (cf. tabela 49)

**Tabela 49:** Teste t para diferença de médias entre tipo de parto e conhecimentos para uma boa saúde mental.

Tipo de Parto	Eutocico		Distocico		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Exigências ou vivências externas	26.29	3.91	25.89	4.13	0.529	0.731	0.466
Património interno	19.08	1.66	18.92	2.11	0.183	0.621	0.535
Boa saúde mental (total)	45.38	4.93	44.81	5.31	0.300	0.804	0.423

#### Relação entre a experiência do parto e conhecimentos para uma boa saúde mental

Procurou-se também determinar em que medida a experiência do parto de acordo com as expetativas das puérperas influenciava o conhecimento em saúde mental. Conforme resultados da tabela 50 notamos que estes são bastante semelhantes nos diferentes três

tipos de experiência de parto, contudo, são as puérperas que classificaram a sua experiência como melhor/muito melhor que apresentam melhores índices de conhecimentos. Contudo, não se verificaram diferenças estatísticas significativas. (cf. tabela 50)

**Tabela 50:** Análise de variância entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a experiência da puérpera em relação ao parto de acordo com as suas expectativas.

Expectativas de Parto	Muito Melhor/Melhor		Semelhante		Pouco ou Nada Semelhante		f	p
	Med	dp	Med	dp	Med	dp		
Exigências ou vivências externas	26.76	3.40	26.11	4.06	25.44	4.44	1.727	0.180
Património interno	19.20	1.51	18.80	2.21	19.06	1.78	0.854	0.427
Boa saúde mental (total)	45.96	4.14	44.91	5.34	44.50	5.63	1.399	0.249

### **Relação entre o acompanhamento no parto e conhecimentos para uma boa saúde mental**

Tendo como finalidade estudar a relação entre o acompanhamento e o conhecimento em saúde mental da amostra, recorremos, ao Teste U de Mann-Whitney. Constata-se, pela análise das médias expostas na Tabela 51 que as puérperas que tiveram como acompanhante o seu companheiro/ marido apresentam índices mais elevados de conhecimento em saúde mental. Para o património interno regista-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), sendo que para a boa saúde mental se verifica uma significância marginal. Desta forma, podemos concluir que existe relação entre o acompanhamento e o conhecimento em saúde mental. (cf. tabela 51)

**Tabela 51:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e presença de acompanhante no parto.

Acompanhante Parto	Companheiro	Outros Familiares	z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	106.61	92.92	2445.500	0.232
Património interno	108.01	85.20	2198.500	<b>0.024</b>
Boa saúde mental (total)	107.51	87.94	2286.000	<b>0.088</b>

### **Relação entre o curso de preparação para o parto / parentalidade e conhecimentos para uma boa saúde mental**

Tendo como objetivo verificar a relação entre frequência do curso de preparação para o parto / parentalidade durante a gravidez e o conhecimento em saúde mental da puérpera, recorremos ao Teste t-Student para amostras independentes. Podemos constatar que os conhecimentos para boa saúde mental são superiores no grupo que frequentou o curso de preparação para o parto/parentalidade. Através da observação e análise da Tabela 52, verificamos que não existe igualdade de variâncias através do teste de Levene e existem diferenças estatísticas significativas para o património interno e significância marginal para a boa saúde mental. (cf. tabela 52)

**Tabela 52:** Teste t para diferença de médias entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a realização do curso de parentalidade.

Curso de Preparação	Sim		Não		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Exigências ou vivências externas	26.45	3.37	25.76	4.54	0.043	1.24	0.216
Património interno	19.32	1.35	18.69	2.26	0.000	2.43	<b>0.016</b>
Boa saúde mental (total)	45.77	4.10	44.46	5.88	0.003	1.87	<b>0.063</b>

### Relação entre o esclarecimento de dúvidas e conhecimentos para uma boa saúde mental

De forma a analisar a maneira como variavam os conhecimentos em saúde em função de quem as puérperas recorrerem para o esclarecimento de dúvidas acerca do parto foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Verificámos que as puérperas que recorreram exclusivamente aos profissionais de saúde (enfermeiros+médicos) apresentavam melhores conhecimentos para uma boa saúde mental. Contudo não se apurou significância estatística entre as variáveis. (cf. tabela 53)

**Tabela 53:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o esclarecimento de dúvidas da puérpera acerca do parto.

Dúvidas Parto	Só Médico	Só Enfermeiro	Só Profissionais de Saúde	Outros	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	101.11	100.10	107.96	104.97	0.604	0.895
Património interno	102.62	92.19	114.75	96.91	5.847	0.119
Boa saúde mental (total)	102.03	99.53	110.17	100.59	1.228	0.746

Recorreu-se igualmente de um teste de Kruskal-Wallis. para podermos comparar a média dos conhecimentos em saúde mental em função do esclarecimento de dúvidas das

puérperas acerca do puerpério. Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas que recorreram exclusivamente aos profissionais de saúde (enfermeiros+médicos) apresentavam melhores conhecimentos em saúde mental seguidas do grupo de puérperas que recorreram a profissionais e mãe, exclusivamente. Os resultados apontam para uma significância estatística no património interno e na boa saúde mental. Podendo assim afirmar-se que a literacia acerca do puerpério é influenciada pelo tipo de esclarecimento que estas recorrem. (cf. tabela 54)

**Tabela 54:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o esclarecimento de dúvidas da puérpera sobre puerpério

Dúvidas Pós-Parto	Só Médico	Só Enfermeiro	Só Profissionais de Saúde	Outros	Só Profissionais de Saúde e Mãe	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	91.47	96.1	117.22	90.93	103.64	7.506	0.111
Património interno	80.53	95.97	117.72	99.65	110.41	14.096	<b>0.007</b>
Boa saúde mental (total)	86.38	94.90	119.04	91.50	106.07	10.332	<b>0.035</b>

### **Relação entre o esclarecimento de dúvidas sobre o recém-nascido e conhecimentos para uma boa saúde mental**

Analisando a forma como as puérperas esclarecem as suas dúvidas dos cuidados com o recém-nascido foi utilizado como nas variáveis anteriores o Teste de Kruskal-Wallis. Pelos resultados obtidos, verificámos que as puérperas que revelam melhores conhecimentos para uma boa saúde mental são as que recorreram exclusivamente aos profissionais e mãe, sendo as ordenações mais baixas as do grupo que só recorreram a médicos. Contudo, os resultados não apontam para uma significância estatística entre as variáveis. (cf. tabela 55)

**Tabela 55:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o esclarecimento de dúvidas da puérpera acerca dos cuidados com RN.

Dúvidas Recém-Nascido	Só Médico	Só Enfermeiro	Só Profissionais de Saúde	Outros	Só Profissionais de Saúde e Mãe	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	93.90	98.82	104.86	120.65	115.65	3.375	0.497
Património interno	109.93	92.99	107.25	115.23	114.95	5.594	0.232
Boa saúde mental (total)	98.65	97,28	104.56	108.08	117.70	3.478	0.481

### Relação entre a informação sobre saúde mental e conhecimentos para uma boa saúde mental

Das 208 puérperas que compõem a nossa amostra, 87 (41,8%) referiram que lhes foi fornecida informação sobre saúde mental. De forma, a analisar como a informação dada acerca de saúde mental influencia o conhecimento em saúde mental das puérperas foi aplicado Teste t para amostras independentes. Pode-se constatar que as puérperas que receberam informação apresentam conhecimentos ligeiramente superiores às que não receberam informação. No entanto, não se verificam diferenças estatísticas (cf. tabela 56)

**Tabela 56:** Teste t para diferença de médias entre quem recebeu informação acerca de saúde mental e entre conhecimentos para uma boa saúde mental.

Informação Saúde Mental	Sim		Não		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Exigências ou vivências externas	26.27	3.50	25.97	4.35	0.212	0.531	0.596
Património interno	18.88	2.10	19.09	1.72	0.080	-0.773	0.440
Boa saúde mental (total)	45.16	4.78	45.06	5.36	0.473	0.131	0.896

### Relação entre informação fornecida pelos enfermeiros e conhecimentos para uma boa saúde mental

A grande maioria (88.5%) das puérperas que recebeu informação referiu ter sido fornecida por enfermeiros, assim foi aplicado o teste de U Mann Whitney para avaliar de que modo o conhecimento em saúde mental das puérperas é influenciado pela informação recebida por enfermeiros. Verificámos que as puérperas que receberam informação por enfermeiros apresentam melhores ordenações médias para todos os fatores comparativamente com as que não receberam informação por enfermeiros. As diferenças estatísticas encontradas revelam uma significância marginal no património interno. (cf. tabela 57)

**Tabela 57:** Teste de U Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e informação fornecida por enfermeiros.

Enfermeiros	Não	Sim	Z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	41.70	44.30	362.000	0.757
Património interno	32.45	45.50	269.500	<b>0.075</b>
Boa saúde mental (total)	36.75	44.94	312.500	0.331

### Relação entre informação transmitida por médicos e conhecimentos para uma boa saúde mental

Cerca de 28,7% das puérperas que recebeu informação referiu ter sido fornecida por médicos, seguidos dos familiares e por último os amigos.

Os resultados da análise das tabelas 58, 59 e 60 e dos valores do teste de Mann-Whitney, demonstram-nos a existência de diferença estatisticamente apenas entre os médicos, sendo que para amigos e familiares não se verificou significância estatística. O teste Mann-Whitney permitiu identificar a existência de diferença significativa nas puérperas que recorreram a médicos na boa saúde mental. Logo, podemos afirmar que a puérpera a quem recorre para esclarecimento de dúvidas tem poder explicativo sobre a que o conhecimento em saúde mental. (cf. tabela 58,59 e 60)

**Tabela 58:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e informação fornecida por médicos.

Médicos	Não	Sim	Z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	47.34	35.72	568.000	<b>0.050</b>
Património interno	45.91	39.26	656.500	0.197
Boa saúde mental (total)	47.67	34.90	547.500	<b>0.032</b>

**Tabela 59:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e informação fornecida por familiares.

Familiares	Não	Sim	Z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	44.32	41.82	394.000	0.757
Património interno	44.80	52.27	327.000	0.178
Boa saúde mental (total)	43.70	46.05	395.500	0.772

**Tabela 60:** Teste de Mann Whitney entre conhecimentos para uma boa saúde mental e informação fornecida por amigos.

Amigos	Não	Sim	Z	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	44.37	37.90	174.500	0.574
Património interno	43.45	53.10	159.500	0.336
Boa saúde mental (total)	44.01	43.90	204.500	0.993

### Relação entre a qualidade de vida e conhecimentos para uma boa saúde mental

A fim de verificar se existe ou não diferença significativa entre a melhoria de qualidade de vida da puérpera e o seu conhecimento em saúde mental, utilizámos teste de Kruskal-Wallis. Pela análise da Tabela, observa-se uma tendência para um nível de conhecimentos aumentado consoante menor impacto na melhoria da qualidade de vida, não existindo diferença estatisticamente significativa. (cf. tabela 61)

**Tabela 61:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a qualidade de vida da puérpera.

Melhoria na Qualidade de Vida	Muito	Alguma Coisa	Pouco	$\chi^2$	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	45.34	40.62	60.33	2.198	0.333
Património interno	43.48	42.44	59.00	1.680	0.432
Boa saúde mental (total)	44.59	41.16	62.50	2.225	0.329

### Relação entre o tipo de ajuda e conhecimentos para uma boa saúde mental

Com a finalidade de estudar a relação entre o tipo de ajuda que a puérpera tem após alta da maternidade e o conhecimento em saúde mental foi aplicado o Teste de Kruskal-Wallis. Pela análise da Tabela 62, observa-se uma tendência para quanto maior for a ajuda que a puérpera tiver mais elevado é o nível de conhecimento em saúde mental. Este revelou diferenças estatisticamente marginais para as exigências ou vivencias externas e para a boa saúde mental. (cf. tabela 62)

**Tabela 62:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e o tipo de ajuda que a puérpera tem após alta da maternidade.

Tipo de Ajuda	Todos os tipos de Ajuda	Até 3 Tipos de Ajuda	$\chi^2$	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	122.31	101.26	3.381	<b>0.066</b>
Património interno	116.67	102.29	2.038	0.153
Boa saúde mental	122.88	101.16	3.575	<b>0.059</b>

### Relação entre a pessoa que ajuda e conhecimentos para uma boa saúde mental

Com a finalidade de estudar a relação entre quem ajuda a puérpera após alta da maternidade e o conhecimento em saúde mental recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis. Este revelou diferenças estatisticamente significativas no património interno. (cf. tabela 63)

**Tabela 63:** Teste de Kruskal-Wallis entre conhecimentos para uma boa saúde mental e a pessoa que ajuda a puérpera após alta da maternidade.

Quem Presta Ajuda	Só Companheiro	Companheiro e mãe	Companheiro, mãe e outros	Companheiro e outros	Outras Situações	$\chi^2$	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Exigências ou vivências externas	111.65	101.30	98.61	113.09	88.80	2.417	0.660
Património interno	106.68	104.38	120.89	110.65	50.60	12.764	<b>0.012</b>
Boa saúde mental	110.85	101.24	104.13	115.82	79.25	3.394	0.494

#### 4.2.3. Relação entre literacia em saúde mental e as alterações psicoemocionais do puerpério

No intuito de dar resposta à última questão de investigação efetuamos uma regressão linear múltipla univariada dado que é o método estatístico mais adequado quando se pretende analisar a relação entre uma endógena e múltiplas variáveis exógenas todas de natureza quantitativa.

Como método de selecção da amostra foi utilizado o método “enter”.

#### Relação entre variáveis independentes (idade, variáveis psicoemocionais) e exigências ou vivências externas

Estudamos em primeiro lugar a relação entre as exigências ou vivências externas para uma boa saúde mental e idade e os fatores da EAAPP. A tabela 64 mostra os valores correlacionais, obtidos denotando-se que com excepção da preocupação todas as variáveis presentes no estudo apresentam correlações negativas, mas não significativas inferindo-se assim que as participantes no estudo mais jovens, com menores índices de ansiedade, de

depressão, mas mais preocupadas revelam melhores conhecimentos para a boa saúde mental (cf. Tabela 64)

**Tabela 64:** Correlações de Pearson entre a idade, os fatores da EAAPP e as exigências ou vivências externas.

Exigências ou vivências externas	r	p
Idade	-0.056	0.210
Ansiedade	-0.039	0.288
Depressão	-0.013	0.423
Preocupação	0.028	0.347

Submetidas as variáveis a uma regressão linear múltipla, os resultados mostram que nenhuma das variáveis se pautou como preditiva como é comprovado pelo teste F e valores de t.

Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que a ansiedade e preocupação são as que apresenta maior valor preditivo, seguidas da idade e dos sintomas depressivos. Apenas a preocupação estabelece uma relação directa com as exigências ou vivências externas o que nos permite afirmar uma vez mais que as puérperas mais jovens com menores índices de ansiedade, de depressão mas mais preocupadas revelam melhores conhecimentos para a boa saúde mental (cf. Quadro 7)

Pela análise da VIF (variance inflation factor) que serve para diagnosticar a multicolinearidade verificamos que oscilou entre (VIF = 1.023) na idade e (VIF =3.570) na ansiedade concluindo-se pelos resultados que as variáveis presentes no modelo não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0 (Marôco, 2018) (cf. Quadro 7)

Pela constante e pelos coeficientes B podemos determinar o modelo final ajustado para as exigências ou vivências externas que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Exigências ou vivências externas} = 28.250 - 0.050 \text{ idade} - 0.099 \text{ ansiedade} - 0.011 \text{ depressão} + 0.185 \text{ preocupação}$$

**Quadro 7:** Regressão múltipla entre variáveis independentes (idade e fatores da EAAPP) e exigências ou vivências externas.

Variável dependente: exigências ou vivências externas					
R=0,123					
R <sup>2</sup> =0,015					
R <sup>2</sup> Ajustado=-0.004					
Erro padrão de estimativa=4.027					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.015					
F=0.781					
p=0,538					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	28.250				
<b>Idade</b>	-0.050	-0.060	-0.850	0.396	1.023
<b>Ansiedade</b>	-0.099	-0.175	-1.330	0.185	3.570
<b>Depressão</b>	-0.011	-0.012	-0.094	0.926	3.374
<b>Preocupação</b>	0.185	0.175	1.348	0.179	3.484

### **Relação entre variáveis independentes (idade, variáveis psicoemocionais) e patrimônio interno**

Estudamos em segundo lugar a relação entre o patrimônio interno para uma boa saúde mental com as mesmas variáveis já mencionadas. Os valores correlacionais (cf. Tabela 65), indicam que a idade estabelece uma relação positiva entre o ínfimo e o fraco e não significativas. Já com a ansiedade a depressão e a preocupação as correlações são negativas oscilando também entre o ínfimo e o fraco com significância estatística para a ansiedade. (cf. Tabela 65)

Infere-se assim que as puérperas mais jovens com menores índices de ansiedade de depressão e com menores níveis de preocupação são as que possuem mais conhecimentos de boa saúde mental.

**Tabela 65:** Correlações de Pearson entre idade, fatores da EAAPP e património interno.

Património interno	r	p
Idade	0.022	0.375
Ansiedade	-0.154	<b>0.013</b>
Depressão	-0.071	0.154
Preocupação	-0.122	0.039

Efetuamos entretanto a regressão linear múltipla cujos resultados se apresentam no quadro 8 . Inferimos que as variáveis no seu conjunto explicam 3.2% do modelo total com um erro padrão de estimativa de 1.879. Os valores de F não são estatisticamente significativos o mesmo ocorrendo para os valores de t, pelo que podemos afirmar que nenhuma das variáveis é preditiva do património interno embora a ansiedade apresente significância estatística a 10.0%.

Os coeficientes padronizados beta indicam que a variável com maior peso é a ansiedade, seguida da depressão, sendo a idade a que apresenta menor peso. Os resultados indicam ainda que as puérperas mais velhas, com maiores índices de ansiedade com maiores níveis de depressão e menos preocupadas são as que manifestam mais conhecimentos no património interno para uma boa saúde mental.

Pela VIF aferimos que as variáveis em equação não são multicolineares.

A fórmula para a determinação do modelo de regressão é dado pela expressão:

$$\text{Património interno} = 19.800 - 0.001 \text{ idade} - 0.233 \text{ ansiedade} + 0.168 \text{ depressão} - 0.068 \text{ preocupação}$$

**Quadro 8:** Regressão múltipla entre variáveis independentes (idade e fatores da EAAPP) e património interno.

Variável dependente: património interno					
R=0,179					
R <sup>2</sup> =0,032					
R <sup>2</sup> Ajustado=-0.013					
Erro padrão de estimativa=1.879					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.032					
F=1.685					
p=0,155					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	19.800				
<b>Idade</b>	0.000	-0.001	-0.010	0.992	1.023
<b>Ansiedade</b>	-0.062	-0.233	-1.784	0.076	3.570
<b>Depressão</b>	0.073	0.168	1.328	0.186	3.374
<b>Preocupação</b>	-0.034	-0.068	-0.528	0.598	3.484

### **Relação entre variáveis independentes (idade, variáveis psicoemocionais) e conhecimentos para boa saúde mental**

Finalmente estabelecemos a relação entre as variáveis independentes e os conhecimentos para uma boa saúde mental. Da correlação obtida, aferimos que os índices são ínfimos e não significativos a oscilarem entre  $r = -0.036$  (idade) e  $r = 0.087$  (ansiedade). Todas as variáveis estabelecem correlações negativas pelo que se pode afirmar que quanto mais jovens e com menores índices de ansiedade, depressão e preocupação, maiores os níveis de conhecimentos para uma boa saúde mental. (cf. Tabela 66)

**Tabela 66:** Correlações de Pearson entre a idade, os fatores da EAAPP e os conhecimentos para uma boa saúde mental.

Conhecimentos para boa saúde mental	r	p
Idade	-0.036	0.303
Ansiedade	-0.087	0.105
Depressão	-0.037	0.299
Preocupação	-0.024	0.367

Efetuada a regressão múltipla para o fator global verificamos uma vez mais que ansiedade se constituiu como preditiva a 10.0%. A percentagem de variância explicada no conjunto de todas as variáveis é ínfima (1,7%) com um erro padrão de estimativa de 5.127. Os valores de F e t não são explicativos reforçando assim a inexistência de variáveis preditoras. (cf. Quadro 9)

Os coeficientes padronizados beta dão referência que a ansiedade possui o maior peso preditivo. Já a idade figura como a variável com menor peso. Estas duas variáveis estabelecem uma relação inversa enquanto que a depressão e as preocupações uma relação directa, podendo assim afirmar-se que as parturientes mais jovens e com menores índices de ansiedade, mas com maiores índices de depressão e preocupação são as que apresentam mais conhecimentos para uma boa saúde mental.

Pelos valores de VIF aferimos que não existe problemas de multicolinearidade. (cf. Quadro 9)

A equação de regressão obtida é dada pela seguinte fórmula:

$$\text{Conhecimento para boa saúde mental} = 48.500 - 0.051 \text{ idade} - 0.162 \text{ ansiedade} + 0.062 \text{ depressão} + 0.151 \text{ preocupação}$$

**Quadro 9:** Regressão múltipla entre variáveis independentes (idade e fatores da EAAPP) e Conhecimentos para boa saúde mental.

<b>Variável dependente: Conhecimentos para boa saúde mental</b>					
R=0,129					
R <sup>2</sup> =0,017					
R <sup>2</sup> Ajustado=-0,003					
Erro padrão de estimativa=5.127					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.017					
F=0.857					
p=0,491					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente B</b>	<b>Coefficiente beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>VIF</b>
Constante	48.050				
<b>Idade</b>	-0.051	-0.047	-0.671	0.503	1.023
<b>Ansiedade</b>	-0.162	-0.223	-1.698	0.091	3.570
<b>Depressão</b>	0.062	0.053	0.413	0.680	3.374
<b>Preocupação</b>	0.151	0.112	0.865	0.388	3.484

## **5. Discussão**

Após a apresentação dos resultados torna-se pertinente responder às questões de investigação e aos objetivos do nosso estudo. Deste modo, a discussão dos dados, permite-nos referir, o que empiricamente mais se evidenciou e que importa salientar, não descurando a identificação das limitações identificadas no decurso da realização do presente estudo.

Assim, a discussão dos resultados é uma fase crucial de um estudo científico, pois permite-nos compreender os dados recolhidos e confrontá-los com o quadro concetual de referência e com dados de outros estudos de investigação.

O presente capítulo contém a discussão metodológica e a discussão dos resultados, a qual é feita tendo em conta as questões de investigação e os objetivos inicialmente delineados. Previamente, à discussão dos resultados obtidos considera-se importante fazer uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, referindo e justificando algumas das dificuldades e limitações que surgiram nas diferentes etapas do processo de investigação.

### **5.1. Discussão metodológica**

Desde o início da conceptualização do estudo, que uma das preocupações consistiu em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada foi a que pareceu ser a mais correta para facilitar e tornar possível a realização deste estudo. Os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos traçados, estando igualmente concordantes com as características da amostra. No entanto, durante a elaboração desta investigação confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que se passam a descrever.

Salienta-se que o instrumento de recolha de dados ter sido disponibilizado por profissionais de saúde dos serviços, nos diferentes serviços, com indicação para, após o preenchimento por parte das participantes, serem devolvidos.

Reconhecemos a extensão do questionário, podendo ser exaustivo a nível de preenchimento, o que poderá ter implicado o não preenchimento na totalidade, não podendo desta forma ser incluídos no número final de questionários pretendidos. Mesmo assim, considera-se o tamanho da amostra suficientemente elevado o que pode traduzir-se em resultados fiáveis, na medida em que a margem de erro que se pode cometer com um intervalo de confiança de 95% é de 4.88%, ainda que, como já referido, o tipo de

amostragem (não probabilística), não sendo representativa, impede que se faça a generalização dos resultados a outra população de puérperas. O presente estudo necessita, assim, de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas.

Ainda a este propósito importa salientar que recorreremos a instrumentos validados e outros não validados e adaptados para a população portuguesa pelo que efetuamos para as escalas estudos de fiabilidade (consistência interna) e análise fatorial confirmatória. Considera-se, assim, que os instrumentos de recolha de dados foram adequados ao estudo, tendo em conta as questões de investigação e respetivos objetivos.

Considera-se também uma limitação metodológica o facto de as participantes terem sido recrutadas segundo um processo de amostragem intencional por conveniência, o que pode trazer alguns vieses nos resultados. Apesar de ser de fácil realização e pouco dispendioso, é um tipo de amostragem não probabilístico, podendo a amostra não ser representativa da população, para além de que os resultados dependem da sinceridade, honestidade e disponibilidade das participantes.

O estudo empírico, com corte transversal, descritivo e correlacional, pretendeu avaliar o nível de literacia em saúde mental das puérperas e identificar a relação entre a variável dependente e independentes. Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo.

O facto do presente estudo ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Assim, considera-se vantajoso o facto de ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. Todavia, as desvantagens prendem-se com o aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, ou seja, na perceção retrospectiva do respondente, não havendo um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da realização de um estudo longitudinal. Considera-se também que há sempre limitações quando se trabalha com este tipo de instrumento de recolha de dados e com uma amostra possivelmente “saturada” em termos de aplicação de questionários.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual facultou um conhecimento mais concreto da literacia em saúde mental das puérperas, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicoemocionais.

## **5.2. Discussão dos resultados**

Para analisar que determinantes estão implícitos na literacia em saúde mental das puérperas, colocámos três questões de investigação e iremos seguidamente proceder à sua análise.

Uma limitação do presente estudo, ao nível da discussão dos resultados, prendeu-se com o facto de não terem sido encontrados estudos na literatura, de carácter similar, nacionais e recentes, que pudessem confirmar ou contrapor os dados da nossa pesquisa, pelo que serão abordados maioritariamente estudos internacionais.

### **5.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde mental da puérpera.**

O número de puérperas estudadas é de 208, sendo que 29.8% das participantes revela bons conhecimentos para uma boa saúde mental. Percentuais iguais são obtidos entre as que possuem fracos e suficientes conhecimentos para uma boa saúde mental (35.1%). Resultados idênticos foram encontrados num estudo realizado por Neto em 2016 com 404 grávidas, no qual 36,9% das participantes têm um nível problemático de literacia em saúde no global. No domínio cuidados de saúde, 40,1% da amostra tem um nível suficiente de literacia em saúde. Quanto ao domínio prevenção da doença foi verificado que 38,4% das grávidas tinham uma literacia em saúde suficiente. Outro estudo que corrobora com os resultados obtidos foi Kohan et al. (2007) com 150 grávidas em que 18% das mulheres apresentavam boa literacia em saúde, 48% tinham um nível de literacia em saúde médio e 34% tinham um nível fraco de literacia em saúde. Paralelamente, em Portugal em 2014, a Escola Nacional de Saúde Pública, menciona que a maioria da população portuguesa tem um nível de literacia em saúde no global e nos diferentes domínios, problemático (Escola Nacional de Saúde Pública, 2014).

Constatamos pelos resultados obtidos que a nacionalidade não influencia os conhecimentos para uma boa saúde mental da puérpera. No entanto, vários são os autores que afirmam que a literacia em saúde resulta da convergência de vários fatores dos quais destacam os fatores sociais e culturais (Nutbeam, 2000; Nielsen-Bohlman et al., 2004; Freedman, 2009, Federman et al., 2009, Santos, 2010). Srivastava, 2011, partilha da mesma opinião quando discute sobre saúde mental. A autora afirma que um corpo crescente de evidências interculturais indica que vários fatores psicológicos, sociais e comportamentais podem proteger a saúde e apoiar a saúde mental positiva.

Apesar de se falar muito hoje do adiamento da maternidade, verificamos que a idade das participantes prevaleceu no intervalo dos 19-34 anos, grupo etário, considerado por vários autores, entre eles Graça (2010) como ideal para que a gravidez decorra sem complicações. No nosso estudo verificou-se que são as puérperas mais jovens que apresentam melhores conhecimentos para uma boa saúde mental, no entanto, sem significância estatística pelo que a variável idade não influenciou o nível de conhecimentos para uma boa saúde. Os dados obtidos são contrários ao estudo da Escola Nacional de Saúde Pública (2014) que afirma que à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde diminui. Este facto é justificado pela homogeneidade da nossa amostra no que diz respeito à idade que varia entre 19 anos e 46 anos, sendo que o estudo da Escola Nacional de Saúde Pública foi realizado na população geral e com idade superior a 16 anos. O estudo de Neto, em 2016, relata resultados idênticos com os nossos resultados, onde afigura no seu estudo que a literacia em saúde da grávida não é influenciada pela idade.

Relativamente ao estado civil, 79,8% da amostra referiu ter companheiro, e não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre o estado civil e a literacia em saúde mental das puérperas. Este resultado é corroborado por alguns autores, nomeadamente Monteiro (2009) que refere que o ambiente familiar estável pode não influenciar, só por si, a literacia em saúde. Contudo, em 2016, Henshaw, Durkin, & Snell, no seu estudo de investigação vêm realçar o papel significativo dos parceiros no reconhecimento das mudanças de humor das mulheres familiares, parecendo ser fortemente considerada no processo das puérperas autodiagnosticar alterações patológicas ou não no seu humor.

A distribuição das participantes no estudo demonstrou que 49,0 % reside na cidade, 31,3% que reside na aldeia e 19,7% vive em vilas. Em relação ao local de residência, a amostra referiu habitar maioritariamente na cidade (49,0%) e encontramos diferenças bastante significativas ( $p < 0,01$ ) entre a variável local de residência e o para o património interno (fator 2 da EBSM). Estas diferenças verificam-se essencialmente entre as puérperas que residem nas cidades e aquelas que residem na aldeia e na vila. Podemos constatar que as participantes residentes nas cidades foram as que obtiveram conhecimentos mais elevados para as exigências ou vivências externas, para o património interno e para a boa saúde mental. Importa ainda salientar que as puérperas residentes em aldeias são as que apresentam conhecimentos baixos para uma boa saúde mental. Estes resultados são corroborados por alguns autores que mencionam diferentes fatores para a compreensão da literacia em saúde, tais como, as características sociais (Freedman et al., 2009) no qual se pode incluir o local de residência. As cidades são locais por excelência de fácil acesso aos

cuidados de saúde, com oferta variada em termos de promoção de saúde e medidas preventivas, assim como informação.

No presente estudo, 51,9% das participantes possuía formação académica superior e 34,6% tinha o ensino secundário. Estes resultados confirmam os dados do INE (2011) dos Censos 2011, tendo revelado um aumento do nível de instrução da população portuguesa de forma bastante expressiva na última década. Mais ainda, a população que hoje possui o ensino superior completo quase duplicou, face a 2001, e cerca dos 61% dos licenciados são do sexo feminino. No presente estudo verificam-se que os níveis de conhecimento para uma boa saúde mental aumentam com o nível de escolaridade. Constataram-se diferenças altamente significativas ( $p < 0,001$ ) para o património interno (fator 2 EBSM) e diferença estatística significativa ( $p < 0,05$ ) para uma boa saúde mental. Permitindo-nos afirmar que a literacia em saúde mental da puérpera é influenciada pelas habilitações literárias. O estudo levado a cabo pela Escola Nacional de Saúde Pública (2014) verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade maiores os níveis de literacia em saúde. O estudo relatado por Kohan, Ghasemi e Dodangeh (2007) mostra que níveis de literacia gerais mais elevados, como mulheres com formação superior, têm melhores resultados em saúde durante a gravidez/puerpério. Importa destacar outro estudo elaborado por Fonseca, Silva, & Canavarro, em 2017, onde a baixa escolaridade e o baixo rendimento foram associadas à baixa literacia sobre alterações na saúde mental. Contudo, outros autores referem que a literacia em saúde não está relacionada com as habilitações literárias (Monteiro, 2009).

Quanto à influência da situação profissional e os conhecimentos para uma boa saúde mental da puérpera, no nosso estudo pudemos verificar que as puérperas que referiram estar ativas profissionalmente (76,9%), obtiveram níveis de conhecimentos superiores, verificando-se significancia estatística entre as variáveis ( $p < 0,05$ ), sendo legítimo referir que a situação profissional influencia a literacia em saúde. Neste sentido, Silveira & Ferreira (2011) revelam que o exercício da atividade profissional tem influência na autoeficácia da grávida, o que corresponde às expetativas de um melhor conceito pessoal nas mulheres empregadas associado a um maior nível de autonomia, de independência financeira e de realização pessoal. Estas competências individuais são essenciais para um nível adequado de literacia em saúde (Speros, 2005; Rudd et al., 2007; Mancuso, 2009). Outro estudo realizado por Zalat, Mortada, & El Seifi em 2018 que avalia o nível de diferença de saúde mental entre mulheres trabalhadoras e desempregadas, para explorar o seu estigma e atitude em relação à procura de ajuda psicológica para problemas de saúde mental, verificou-se que embora as mulheres que trabalham são mais suscetíveis à uma boa saúde mental, as mulheres desempregadas são menos estigmatizadas em relação a problemas de

saúde mental e têm uma melhor atitude para procurar serviços de saúde (Zalat, Mortada, & El Seifi, 2018).

Ao caracterizarmos a amostra quanto ao rendimento familiar mensal, verificámos que a maioria das puérperas (38,0%) tem um rendimento familiar mensal entre os 500 e os 1000 euros. Apesar da conjuntura económica atual, ainda 10,6% das participantes, referiu possuir um rendimento mensal familiar inferior a 500 euros. De acordo com os resultados, verificamos que os conhecimentos para uma boa saúde mental aumentam à medida que aumentam os rendimentos, sendo superiores nos grupos com rendimento familiar mensal >1501 euros. Todavia, não encontramos significância estatística entre as variáveis o que nos leva a afirmar que não existe relação entre a variável rendimentos e a literacia em saúde mental da puérpera. Contrariamente, o estudo relatado por Kohan, Ghasemi e Dodangeh (2007) mostra que menor nível de literacia em saúde pode ser consequência de fatores económicos e sociais. Importa destacar outro estudo elaborado por Fonseca, Silva, & Canavarro, em 2017, que conclui que um baixo nível de literacia em saúde mental e o baixo rendimento foram associados à baixa literacia sobre alterações na saúde mental.

Na análise dos dados referentes ao acesso à internet na residência verificamos que as 193 puérperas (92,8%) que têm internet na residência, apresentam melhores conhecimentos para uma boa saúde mental, resultando em significância estatística entre o acesso à internet na residência e a literacia em saúde mental da puérpera. Em 2016, Neto no seu estudo de investigação verificou que a internet na residência mostrou-se determinante no nível de literacia em saúde da mulher grávida. Segundo o estudo realizado por Damásio, Henriques e Mackert (2012) analisando um número significativo de artigos focados na área da saúde eletrónica e literacia em saúde concluíram que em Portugal a presença da Internet tem crescido de forma significativa ao longo dos últimos anos, verificando-se uma utilização crescente de meios eletrónicos na área da saúde, ferramentas poderosas para melhorar o conhecimento sobre saúde e a atitude dos sujeitos perante este domínio.

### **5.2.2. Relação entre as variáveis obstétricas e a literacia em saúde mental da puérpera.**

No estudo não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o número de gravidezes/ o número de filhos e os conhecimentos em saúde mental das puérperas. As mulheres com apenas uma gravidez são 44,7% da amostra. São encontrados resultados semelhantes para o número de filhos, pois a maioria das participantes do estudo estão a vivenciar a experiência da maternidade pela primeira vez (53,4%). Em 2016, Neto

mostrou que o número de filhos, só por si, não é influenciador do nível de literacia em saúde da mulher grávida. Contudo a maioria das revisões de literatura mencionam que a informação relacionada com um conhecimento anterior são competências individuais essenciais para um nível adequado de literacia em saúde (Berkman et al., 2004; Speros, 2005; Rudd et al., 2007; Mancuso, 2009). Consideramos que estes resultados se devam ao facto de a informação transmitida na gravidez /puerpério ser muito específica não se podendo generalizar de forma linear para as outras áreas da saúde e assim o conhecimento anterior, nesta fase da vida da mulher, não influenciar de forma direta a sua literacia em saúde mental.

No que respeita ao facto da gravidez ter sido planeada pelas participantes, apurámos que a existência de uma gravidez planeada foi de 78,4%. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a variável e os conhecimentos em saúde mental. As que planearam a gravidez apresentam níveis superiores de conhecimento para uma boa saúde mental. Concordamos com Antunes (2014) quando refere que a promoção da literacia em saúde passa pelo desenvolvimento das capacidades do cidadão na tomada de decisão sobre o seu projeto de vida permitindo-lhes fazer escolhas informadas e fundamentadas. Apuramos assim, que literacia em saúde e vigilância da gravidez estão relacionadas.

Praticamente a totalidade das puérperas presentes no estudo realizaram um número adequado de consultas durante a gravidez traduzindo-se numa vigilância correta da gravidez (99,0%). Estes resultados refletem o esforço contínuo dos sistemas de saúde para reduzir as barreiras ou lacunas que impedem o acesso e dificultam o início precoce e a adesão ao esquema de vigilância pré-natal. Contudo, não se verificou significância estatística. Resultados contraditórios foram encontrados por Kohan et al. (2007) no seu estudo realizado com 150 grávidas que revelou que mulheres com boa literacia em saúde iniciam mais cedo os cuidados pré-natais e realizam mais consultas durante a gravidez do que as grávidas que apresentam um baixo nível de literacia em saúde ( $p < 0,01$ ). Similarmente Majoyinola (2011) concluiu que existia uma relação significativa entre a literacia em saúde materna e o nível de cuidados pré-natais. Neto em 2016 cita Kohan et al., 2007 referindo que o conhecimento e o treino de habilidades que se realizam nas consultas de vigilância da gravidez são fundamentais para o desenvolvimento da literacia em saúde da grávida, de modo que esta consiga aplicar esses conhecimentos em situações de complicações associadas à gravidez e entendam os ensinamentos que lhe são transmitidos de modo a evitar essas complicações, mantendo uma gravidez saudável.

Quanto à existência de problemas durante a gravidez e o seu término, encontramos um total de 32,7% de puérperas que referiram ter tido uma gravidez de risco e 90,4% ter tido

uma gravidez de termo (>38 semanas). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ) entre a existência de problemas prévios à gravidez ou durante a gravidez/ duração da gravidez e a literacia em saúde mental da puérpera. O estudo de Neto em 2016 corrobora com os nossos resultados. Contudo estes resultados são contraditórios com a seguinte literatura: o estudo de Majoyinola (2011) revelou que existia uma relação significativa entre a literacia em saúde materna e uma gravidez saudável. Também a associação entre literacia em saúde materna e resultado da gravidez foi investigada num estudo feito por Kohan et al., em 2007. Os autores do estudo sugerem que a boa literacia em saúde entre mulheres grávidas está associada a um bom resultado da gravidez/pós-parto e ao fato de que o baixo nível de literacia em saúde leva a uma baixa probabilidade de obter um resultado positivo na gravidez.

Observámos que 9.6% das participantes tiveram recém-nascidos com algum tipo de complicação, tendo-se verificado que para os conhecimentos de uma boa saúde mental se revelaram superiores nas puérperas que tiveram RN sem complicações. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Quanto ao tipo de parto, este não influencia os conhecimentos em saúde mental das puérperas. Observou-se que a maioria das participantes do estudo (51,4%) teve um parto eutócico e 48.6% um parto distócico, valores semelhantes comparados com o estudo de Martins (2012) em que 59.7% teve um parto eutócico, 35.1% das participantes foram sujeitas a cesariana e em 5.2% dos partos foi necessário recorrer a ventosas ou fórceps. Relativamente à experiência do parto de acordo com as expectativas das puérperas, são as puérperas que classificaram a sua experiência como melhor/muito melhor, que apresentam melhores índices de conhecimentos em saúde mental. Contudo, não se verificaram diferenças estatísticas significativas. De facto, em 2014, Sequeira et al., reforça a importância das puérperas precisarem de alcançar resultados positivos na esfera maternal e pessoal, pelo que a sua saúde mental será vital neste processo de transição. A intensidade das experiências que a mulher vive ao longo da gravidez, parto e puerpério levam a que se refira ao ciclo gravídico-puerperal como um período de risco para ela. Em 2018, Spedding, Stein, Naledi, & Sorsdahl, concluem que é fundamental o aprofundamento de entendimentos socioculturalmente diferenciados/expectativas sobre como as alterações mentais perinatais são percebidos para que as intervenções dos profissionais de saúde sejam bem-sucedidas. Os resultados apresentados revelam que baixos níveis de literacia em saúde mental foram identificados como uma barreira significativa ao tratamento. Em 2016, Henshaw, Durkin, & Snell, no seu estudo de investigação vêm realçar o papel significativo dos parceiros no reconhecimento das mudanças de humor das mulheres familiares parecendo ser fortemente considerada no

processo das puérperas autodiagnosticar alterações patológicas ou não no seu humor. Os resultados do nosso estudo vem corroborar o papel fundamental que tem o acompanhamento pelo marido/companheiro durante o parto e pós parto comparativamente a outros familiares na literacia em saúde mental. Pois, constatou-se que, as puérperas que tiveram como acompanhante o seu companheiro/ marido, apresentam níveis mais elevados de conhecimento em saúde mental, para o património interno, registando diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Os estudos apontam contudo para a necessidade de incrementar o conhecimento sobre a problemática da saúde mental neste período da vida da mulher, quer na compreensão dos fenómenos que a afetam, quer nas estratégias que promovem a saúde mental (Braga, Quelhas, & Silva, 2014). Em 2014, Guy, Sterling, Walker, & Harrison, no seu estudo de investigação referem que os resultados indicam que os participantes não tinham os níveis ideais de literacia em saúde mental necessários para atender proactivamente as suas próprias necessidades de saúde mental durante o período pós-parto. Assim, os mesmos autores, sublinham a importância de serem desenvolvidas intervenções para melhorar a literacia em saúde mental de mulheres grávidas, considerando ser essencial na melhoria do estado de saúde mental destas. Os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade assumem-se como uma ferramenta atualmente disponível nos serviços de saúde para desenvolver o conhecimento dos pais acerca da gravidez, parto, pós-parto e recém-nascido, para que possa encarar esta fase de forma informada, com confiança e tranquilidade, ajudando-os na transição para a parentalidade. No presente estudo quase metade das puérperas (49,0%) frequentaram o curso de preparação para o parto/parentalidade. Verificámos que existe significância estatística para o património interno e significância marginal para uma boa saúde. Podemos ainda constatar que os conhecimentos são superiores para as puérperas que frequentaram o curso de preparação para o parto/parentalidade. Estes resultados estão de acordo com o referido pelos autores Kohan et al., 2007, que afirmam que os cursos de preparação para o parto surgiram com o intuito de combater a situação de passividade por parte da mulher no ciclo gravídico-puerperal, pela ausência de informação que lhes conferisse autonomia em saúde, submetendo-se às ordens dos profissionais sem questionar. Em 2016, Neto no seu estudo também relatou as diferenças estatísticas altamente significativas nos domínios da literacia em saúde, bem como no global da escala relativamente à variável “a frequência ou intenção de frequentar o curso de preparação para o parto/parentalidade durante a gravidez” ( $p < 0,001$ ). Assim, os cursos de preparação para o parto /parentalidade promovem o desenvolvimento da literacia em saúde da grávida na medida em que tem como objetivo

atribuir um papel ativo na tomada de decisão em todas as áreas da saúde. Por outro lado, a literacia de saúde materna é uma ferramenta importante para que as mulheres possam compreender as instruções / ensinamentos mencionados pelos profissionais de saúde e usar tais informações e serviços de forma a melhorar a sua saúde (Kohan et al., 2007). É por isso que a literacia em saúde mental é uma componente importante da promoção de resultados positivos para a saúde materna porque permite que a mãe não apenas aumente o conhecimento, mas também procure assistência e tratamento precoce (Recto & Gurch, 2019).

É aos profissionais de saúde que cabe a responsabilidade de detetar e orientar situações de sofrimento quer físico quer psicológico. O enfermeiro, ao apoiar-se em comportamentos e atitudes que se baseiam na proximidade com o utente – proximidade física, psicológica e sociológica – tem acesso privilegiado e por vezes facilitado para a deteção precoce de situações de risco em saúde mental. (Nascimento, 2003).

Foi com estes pressupostos que quisemos analisar como as puérperas recorriam para esclarecimento das suas dúvidas acerca do parto, pós-parto e cuidados com recém-nascido. Verificámos que as puérperas que recorreram exclusivamente aos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) apresentavam melhores ordenações médias em todos os domínios das escalas de conhecimento em saúde mental nos três temas referidos anteriormente. As diferenças estatísticas encontradas revelam uma significância estatística nos conhecimentos em saúde mental das puérperas em diferentes domínios. Este facto permite-nos afirmar que os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) são a primeira escolha das puérperas para o esclarecimento das suas dúvidas. No entanto, é de realçar o contributo da figura materna no esclarecimento das mesmas dúvidas, assumindo o segundo lugar das escolhas da puérpera, para esclarecimento de questões sobre os cuidados com o RN e sobre o pós-parto. De facto, as “outras mães” são as pessoas que as puérperas mais procuram. As diferenças estatísticas encontradas revelam uma significância estatística. Relativamente às questões sobre o parto, figura como terceira fonte de informação mais mencionada “internet”, sendo que a fonte de informação “livros”, ocupa sempre o último lugar no esclarecimento de dúvidas em relação ao parto, pós-parto e cuidados a prestar ao RN. Estes dados salientam a importância dos profissionais de saúde, em simultâneo com as figuras femininas na empatia e confiança das puérperas. As crenças e valores culturais moldam a forma como se encaram os distúrbios mentais, e como estes influenciam a perceção do estado de saúde mental e procura de ajuda. (Recto & Gurch, 2019).

Santana, no seu estudo, revela um crescimento muito elevado do número de mulheres que utilizam a internet como fonte de informação para aspetos relacionados com a

saúde/doença, como a gravidez, o parto, a amamentação, o cuidado dos filhos pequenos ” (Ferreira, 2013). Este estudo, retratou ainda, a evolução da importância percebida de várias fontes de informação sobre saúde/doença, tendo constatado que o profissional de saúde ainda é visto como a fonte mais importante de informação em saúde, “mas a sua importância percebida desceu 10% quer entre a população em geral quer pelos utilizadores da internet por razões de saúde ou doença” (Santana, 2009). Também diminuiu a importância atribuída às fontes mais formais como livros, enciclopédias médicas, cursos e palestras e aumentou a importância percebida da televisão e da rádio, entre aqueles que utilizam a internet por razões de saúde e doença (Ferreira, 2013).

Contudo outros estudos relatam resultados diferentes: Recto & Gurch, 2019, no seu estudo procuram identificar fatores contextuais que impedem ou facilitam a procura e o reconhecimento da saúde mental perinatal. Assim, relatam que as mães adolescentes estavam relutantes em discutir a saúde mental com os profissionais de saúde, porque não fizeram um esforço conjunto para estabelecer um relacionamento. Elas descreveram as consultas de saúde como apressadas e, portanto, hesitavam em trazer problemas de saúde mental. Como resultado, a maioria perante alterações de humor recorreu por conta própria à procura de conselhos de familiares ou colegas. Williams, Turner, Burns, Evans, & Bennert afirmam no seu estudo que tanto as parteiras como as mulheres consideram o rastreio de literacia em saúde mental como aceitável e importante, mas relataram deficiências na forma como é realizada essa avaliação (Williams, Turner, Burns, Evans, & Bennert, 2016).

Este último estudo corrobora com os nossos resultados acerca da relação da qualidade de vida da puérpera e o seu conhecimento em saúde mental. Observou-se curiosamente, melhores conhecimentos para uma boa saúde mental para quem não recebeu informação sobre saúde mental. Este facto mostra-nos que é fundamental reorganizar o modo como é dada a informação à puérpera. Tal como relatado no estudo de Williams, Turner, Burns, Evans, & Bennert, 2016, ainda existe alguma disfuncionalidade na avaliação de saúde mental da puerpera. Pois as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica relataram não ter certeza sobre como apoiar as mulheres que foram consideradas de risco para doença mental, pois achavam que as opções de tratamento eram limitadas. As mulheres achavam que era apropriado que as parteiras perguntassem sobre sua saúde mental na consulta. Muitas mulheres se sentiram capazes de confiar em suas parteiras sobre tais questões. Eles sentiam que uma atitude sem julgamento era mais importante para revelar problemas emocionais do que a familiaridade com a parteira em particular que eles viam. Algumas mulheres, no entanto, não estavam abertas o suficiente

para compartilhar como estavam se sentindo. (Williams, Turner, Burns, Evans, & Bennert, 2016)

Assim refletindo sobre o tema procurámos analisar como, quem e de que forma é fornecida à puérpera a informação acerca de saúde mental. Constatou-se que nem metade da nossa amostra referiu ter recebido informação sobre saúde mental. Das 208 puérperas que compõem a nossa amostra, apenas 87 (41,8%) referiram que lhes foi fornecida informação sobre saúde mental. Os resultados dos níveis de conhecimentos em saúde mental das puérperas que receberam informação apresentam médias ligeiramente superiores às que não receberam informação

Relativamente a quem deu a informação, a grande maioria (88.5%) das puérperas que recebeu informação referiu ter sido fornecida por enfermeiros. Verificámos que as puérperas que receberam informação apresentam melhores ordenações médias em diferentes domínios das duas escalas de conhecimento em saúde mental comparativamente com as que não receberam informação. As diferenças estatísticas encontradas nas puérperas que recorreram a enfermeiros revelam uma significância estatística no património interno. Nas puérperas que recorreram a médicos mostram significância estatística significativa para uma boa saúde mental. Logo, podemos afirmar que o interlocutor para esclarecimento de dúvidas tem poder explicativo sobre a que o nível conhecimento em saúde mental. É de realçar a importância multidisciplinar e do meio social envolvente da puérpera para esta atingir o potencial máximo de conhecimentos em saúde mental pois as diferentes fontes de informação têm significância estatística em diferentes domínios do conhecimento em saúde mental.

Outro fator que se mostrou igualmente relevante no nível de literacia em saúde mental da puérpera foi o suporte social que esta teve após a saída da maternidade. O nosso estudo mostra significância estatística, quem recebe maior ajuda e se essa for do companheiro e da mãe em simultâneo tem influência no património interno da puérpera, influenciando, assim os conhecimentos para uma boa saúde mental da puérpera. Marcia Zucchi numa revisão sobre a depressão na gestação encontrou dois grandes grupos de estudos, sendo que um deles abordava os fatores de risco da depressão na gravidez, como as dificuldades económicas e a falta de parceiro ou de suporte familiar e social (Zucchi, 1999).

### **5.2.3. Relação entre as variáveis psicoemocionais e a literacia em saúde mental da puérpera.**

Entre os domínios das alterações psicoemocionais, ansiedade, sentimentos depressivos e preocupação, na relação com a literacia em saúde mental da puérpera destacou-se com significância estatística a ansiedade. Verificámos que quanto menos ansiedade revelarem as puérperas melhores serão os conhecimentos em saúde mental relativamente ao património interno.

Infere-se assim que as puérperas mais jovens com menores índices de ansiedade, de sintomas depressivos e com menores níveis de preocupação são as que possuem mais conhecimentos de boa saúde mental.

Segundo uma investigação em 2015 conduzida por Robakis et al., refere como uma forte hipótese que o otimismo disposicional também seria protetor contra as alterações psicoemocionais do puerpério. Os mesmos autores concluem que o otimismo cauteloso do pré-natal, em vez do otimismo imoderado ou do pessimismo franco, é a abordagem mais protetora contra os sintomas depressivos pós-natais, e que isso é verdade independentemente do histórico ou da paridade do transtorno de humor (Robakis et al., 2015). O otimismo disposicional, ou seja, a tendência para uma perspetiva positiva em muitas situações, ou o conhecimento em saúde mental positiva tem sido associado à proteção contra sintomas depressivos e redução do afeto negativo em múltiplos contextos (Taylor & Brown, 1988, 1994, e Scheier e Carver 1993). Contudo, surge uma teoria contraditória, sugerindo que a desconfirmação das expectativas positivas iniciais em relação à maternidade pode contribuir para o humor deprimido no pós-parto (Bouchard 2009).



## 6. Conclusão

Surge o momento de traduzirmos para este espaço uma reflexão final sobre os aspetos que envolveram o desenvolvimento desta investigação, realçarmos os resultados obtidos que consideramos mais pertinentes e abordarmos algumas implicações práticas dele decorrentes.

O acompanhamento da puérpera e família durante o pós-parto é fundamental para o contacto e comunicação entre profissional de saúde e utente. Os profissionais de saúde devem assim reunir todos os esforços no sentido de aumentar a literacia em saúde no puerpério, adotando uma atitude aberta, de negociação e reciprocidade na relação com as puérperas, de reconhecimento das suas competências e dos seus universos socioculturais, linguagem, centrando-se no diálogo e na criação de conhecimento para a produção de soluções. Os enfermeiros têm a responsabilidade de promoverem a literacia em saúde mental materna através da educação para a saúde enquanto dimensão fundamental da sua intervenção.

Uma adequada literacia no puerpério é essencial para uma maternidade saudável e competente inclui o desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, poder de decisão e autonomia para tomar decisões livres e esclarecidas e aquisição de conhecimentos em saúde para conseguir diagnosticar sintomas que se possam tornar complicações no puerpério.

Este estudo permitiu-nos melhor compreender os fatores que influenciam os conhecimentos em saúde mental em puérperas. Para o efeito investigámos as características sociodemográficas das participantes, do seu contexto obstétrico e psicoemocional, o que nos permitiu conhecer o background das puérperas.

Foi sempre nossa preocupação ao longo do desenvolvimento do estudo, responder às questões de investigação.

Após análise e discussão dos dados recolhidos sobressaem as seguintes evidências:

1. Encontrámos uma associação entre as variáveis sociodemográficas (local de residência, habilitações literárias, situação profissional e internet na residência) e a literacia em saúde mental da puérpera;
2. As variáveis de contexto obstétrico (planeamento da gravidez, acompanhante no parto, curso de preparação para o parto/parentalidade, fontes de informação, tipo

de ajuda e suporte social) relacionaram-se com a literacia em saúde mental da puérpera.

3. As fontes de informação que a puérpera recorre têm igualmente um poder explicativo nos conhecimentos em saúde mental;
4. As variáveis alterações psicoemocionais, nomeadamente, a ansiedade se constitui como preditiva a 10% (tendo significância marginal na literacia em saúde mental da puérpera para o património interno ( $p < 0,1$ ));
5. 35,1% das puérperas têm um nível suficiente e fraco de conhecimentos para uma boa saúde mental e 29,8% revelaram bons conhecimentos.

Concluído o estudo e enfatizados os aspetos mais relevantes, ficámos a saber que as variáveis independentes se associaram com os conhecimentos para uma boa saúde mental estudados, sendo a qualidade do suporte profissional e social determinante para a literacia em saúde mental da puérpera.

Para terminar iremos fazer referência às implicações práticas do estudo.

Admitimos que apesar do nosso esforço no sentido de expor, clara e corretamente, todos os elementos necessários para a compreensão e explicação desta problemática, existem resultados do nosso estudo, sem confrontação com outros estudos dada a sua inexistência no âmbito das variáveis por nós estudadas e deve-se essencialmente ao fato desses estudos serem interpretados à luz da literacia em saúde em geral e na população em geral.

Neste contexto consideramos que os resultados que apuramos poderão servir de suporte a futuras linhas de investigação que a seguir propomos:

1. Para melhor conhecermos esta realidade será importante desenvolver investigações que apresentem um desenho longitudinal que permita compreender a evolução da literacia em saúde mental na puérpera;
2. Consideramos que será de todo o interesse, perceber a perspetiva de outros atores como companheiros e familiares, através de entrevistas individuais ou de grupos de discussão. Tais procedimentos metodológicos não foram praticáveis no nosso;
3. Dada a importância desta problemática será importante alargar esta pesquisa a todo o território nacional, para um conhecimento abrangente desta realidade;
4. Prosseguir esta linha de investigação no sentido de averiguar se as alterações psicoemocionais em puérperas se relacionam com perturbações de ansiedade, depressão e preocupação, pois como podemos constatar algumas dimensões das

Alterações psicoemocionais se perpetuadas e intensas podem constituir sintomas destas perturbações;

5. Apoiar a implementação de um programa de intervenção entre Profissionais de saúde, Puérperas e Família incentivando os familiares e toda a comunidade social para uma relação assertiva em prol da promoção de conhecimentos em saúde mental positiva em puérperas;

Terminamos esperando que a divulgação deste estudo constitua um contributo valioso para a qualidade da saúde mental das puérperas, ao nível da prevenção primária, sustentando uma intervenção pedagógica articulada com as estruturas de apoio social, diminuindo os riscos potenciais desta problemática com repercussões nefastas na vida da mulher e para a sociedade em geral.

Desta forma, esperamos também contribuir para uma reflexão das práticas profissionais, traduzindo-se na melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados durante o puerpério.



## Referências bibliográficas

- Afonso, E. H. (1998). Dificuldades da mulher no puerpério: subsídios para a enfermagem. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências Humanas - Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Aiello-Vaisberg, T.M. J. & Granato, T.M.M. (2002). A preocupação materna especial. *Psicologia Clínica*, 14, 87-92.
- Akhhtar, M. (2012). *Vencer a depressão com a Psicologia Positiva*. Amadora: Editora Nascente
- Albright, J., de Guzman, C., Acebo, P., Paiva, D., Faulkner, M., & Swanson, J. (1996). Readability of patient education materials: implications for clinical practice. *Applied Nursing Research*, 9(3), 139–143. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(96\)80254-0](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(96)80254-0)
- Almeida, E. A. G., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária No Pós-Parto. *Millenium*, 50, 267–281. Retrieved from [www.ipv.pt/millenium/Millenium50/16.pdf](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium50/16.pdf)
- Almeida, T. (2013). Literacia em Saúde Mental: Conhecimentos, Estigma e Preconceito numa Amostra de Adolescentes da Região Centro de Portugal. *Viseu*.
- Baker D, Parker RM, Williams MV, Pitkin K, Parikh NS, Coates W, et al. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med.*; 5:329–34.
- Baker DW. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.*; 21:878
- Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, et al. (2004). Literacy and health outcomes: Evidence Report/Technology Assessment No. 87. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;. January (AHRQ Publication No. 04-E007-2). Prepared by RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0016
- Bobak, I., Lowdermilk, D., & Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4.ªed.) Loures: Lusociência.
- Bouchard G. (2009). Parents-to-be with overly optimistic expectations of parenthood: Who are they and what should counsellors do? *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue Canadienne De Counseling Et De Psychothérapie.*; 43(3)

- Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 117–124. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf>
- Branden, Pennie S. (2000). *Enfermagem materno-infantil*. (2ªed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso
- Brazelton, B. T., & Cramer, B. G. (2002). *As primeiras relações* (2a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, É., & Rennó, J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92–102. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>
- Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. J. (2015). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância Manual*. Direcção-Geral da Saúde (Vol. 91).
- Cheadle, A. C. D., & Dunkel Schetter, C. (2018). Mastery , self-esteem , and optimism mediate the link between religiousness and spirituality and postpartum depression. *Journal of Behavioral Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9941-8>
- Coelho, C. A. . (2014). Determinantes das alterações psicoemocionais do puerpério: efeitos da autoestima. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/2839>
- Da Silva, F. C. S., De Araújo, T. M., De Araújo, M. F. M., De Lima Carvalho, C. M., & Caetano, J. Á. (2010). Depressão pós-parto em puérperas: Conhecendo interações entre mãe, filho e família. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 23(3), 411–416. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300016>
- Darren A. DeWalt, M. (2004). *Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature*.
- De Felice, E. M. (2000). *A Psicodinâmica do Puerpério*. São Paulo: Vetor.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*.
- Dunnewold, A. L. (1997) *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, V. (2015). *Literacia em Saúde em Portugal*, 1–16. Retrieved from <http://www.gulbenkian.pt>
- Falcone, V. M., Mäder, C. V. de N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. M., & Nóbrega, F. J. de. (2005). *Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes Multiprofissional*

- care and mental health in pregnant women. *Rev Saúde Pública*, 39(4), 612–618. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400015>
- Federman, A.D (2009). Health Literacy and Cognitive Performance in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. N.º 57 p.1475–1480. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19515101>
- Ferreira, S. R. R. (2013). Literacia na Gravidez: Utilização da internet como fonte de informação. Coimbra. Retrieved from file:///C:/Users/Helena/Downloads/D2012\_10002122014\_21019002\_1 (1).pdf
- Figueiredo, B. (1997). Depressão pós-parto, interacção mãe-bebé e desenvolvimento infantil. Trabalho não publicado. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Minho.
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Sociodemographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31(12), 1177-1185. doi:10.1016/j.midw.2015.09.002
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, C. (2017a). Características psicométricas do Inventário de Atitudes face à Procura de Serviços de Saúde Mental: Estudo em mulheres no período perinatal. *Psychologica*, 60(2), 65–81. [https://doi.org/https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_60-2\\_4](https://doi.org/https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_4)
- Fonseca, A., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2017b). Depression Literacy and Awareness of Psychopathological Symptoms During the Perinatal Period. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 46(2), 197–208. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.10.006>
- Freedman, Darcy A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 36, N.º 5
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(2), 143–156. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200004>
- Gomes, B. S. E. (2012). Determinantes do afecto materno. Viseu.
- Gomez, R., & Leal, I. (2009). Stress parental no período pós-parto: Adaptação do Parental Stress Inventory para a população portuguesa. *Psychologica*, 50(1), 253–275.
- Graça, L.M. (2010). *Medicina Materno-fetal*. 4ª ed. Lisboa. Lidel. ISBN:97-972-757- 654-8.

- Guerra, Maria João, Braga, Maria Clara, Quelhas, Isabel, & Silva, Rosa. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe1), 117-124. Recuperado em 19 de abril de 2018, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100019&lng=pt&tlng=pt)
- Guy, S., Sterling, B. S., Walker, L. O., & Harrison, T. C. (2014). Mental health literacy and postpartum depression: A qualitative description of views of lower income women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 256–262. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.04.001>
- Henshaw, E. J., Durkin, K. M., & Snell, R. J. (2016). First-time parents' shared representation of postpartum depressive symptoms: A qualitative analysis. *Social Science and Medicine*, 160, 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.025>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy; empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Angermeyer, M., & Katschnig, H. (2000). Public knowledge of and attitudes to mental disorders: A limiting factor in the optimal use of treatment services. In G. Andrews & S. Henderson (Eds.), *Unmet need in psychiatry* (pp. 399–414). Cambridge, England: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511543562.032
- Keyes, C., Dhingra, S., & Simões, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100 (12), 2366-2371.
- Kickbusch I, Wait S, Maag D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK;
- Ko, J. K., Farr, S. L., Dietz, P. M., & Robbins, C. L. (2012). Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005-2009. *Journal of Women's Health*, 21(8), 830–836, <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2011.3466>.
- Kohan, S. K., Ghasemi, S., & Dodangesh, M. (2007). Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome - Original Article. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn*. (2017).12(4), 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.wneu..02.094>

- Kohan, Shahnaz; Ghasemi, Saadat; Dodangeh, Maryam (2007). Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome, Irã: Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn [em linha]. Vol. 12, n. ° 4 p. 146-152
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P., & Keyes, C. (2011). Evaluation the psychometric properties of the mental health continuum - Short form. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110
- Leff, J. R. (1997). Gravidez: a história interior. Porto Alegre: Artes Médicas, 12(3), 261–268. Retrieved from [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDsQFjAB&url=http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1260/1235&ei=4g9QUp\\_LHlnlhAegpIH4Aw&usg=AFQjCNHmiexAhDk5Kx5nmFfx9aSHmEzv1g&bvm=bv.5353710](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDsQFjAB&url=http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/download/1260/1235&ei=4g9QUp_LHlnlhAegpIH4Aw&usg=AFQjCNHmiexAhDk5Kx5nmFfx9aSHmEzv1g&bvm=bv.5353710)
- Lehtinen, V. (2004). Action for mental health: activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004.
- Leite, A. R. V. D. F. (2016). Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Letourneau, N. L., Dennis, C., Benzies, K., Duffet-Leger, L., Stewart, M. D., Tryphonopoulos, P. D., et al. (2012). Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445–457, <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>.
- Lluch, M. T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tese de Doutoramento Não Publicada). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Lluch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 25(4), 42-55.
- Lluch, M. T. (2003). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología Conductual*, 11(1), 61-78.

- Lluch, M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: Factores relacionados. In J. Fornes, y J. Gómez (coord.), Recursos y programas para la salud mental. Enfermería psicosocial II (pp. 37-69).
- Lluch-Canut, T., Puig-Llobet, M., Sanchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., Ferré- Grau, C., & Positive Mental Health Research Group (PMHRG). (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13, 928
- Macedo, E., Lage, I., Macedo, J., & Novais, R. (2012). Determinantes em saúde mental (contributos para a promoção da saúde mental das pessoas da região de Braga) (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Maldonado, M. T. (2000) *Psicologia da gravidez*. São Paulo: Saraiva.
- Mancuso JM. (2008). Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci.*; 10:248
- Mancuso, Josephine M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing and Health Sciences*. N. ° 11 p. 77– 89
- Manderscheid, R.W., Ryff, C. D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing chronic disease*, 7(1), A19.
- Manganello JA. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Educ Res.*; 23:840–7.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Martins, C. F. (2012). Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia - Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica, Lisboa
- McCormack, L. A., Rush, S. R., Kandula, N. R., & Paasche-Orlow, M. K. (2011). Health Literacy Research: Looking Forward Introduction. *Journal of Health Communication*, 16(SUPPL. 3), 5–8. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.605823>
- Mcdonald, K., & Watson, S. (2016). *Mental Health Promotion: Let's Start Speaking the Same Language*. (Region of Waterloo Public Health & Emergency Services, Ed.).
- Meleis, A. I, & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.

- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: development & progress* (3rd ed.). London: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle- range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress* (4th ed.).
- Meleis, A.I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A.I., & Topaz, M. (2011). Nursing Theory of the future: Situation- specific theories. *Pflege*, 24 (6), 345-347.
- Mendes, A. (2014). *Intervenção Do Enfermeiro Na Prevenção Das Perturbações Emocionais No Primeiro Mês Pós-Parto*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Universidade de Lisboa.
- Miller, L.M. (1997), *Postpartum mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Monteiro, M.M.F. (2009). *A LITERACIA EM SAÚDE*, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Lisboa,. Dissertação de mestrado
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L., & Lima, A. (2005). *Saúde mental – Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora
- Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica*, 21(1), 47–51. Retrieved from <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/118/pdf>
- Neto, S. (2016). *Literacia em saúde e vigilância da gravidez*. Instituto Politécnico de Instituto Politécnico de Viseu Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Nielsen B.L.; Panzer, A.; Kindig, D. (2004). *Committee on Health Literacy Health Literacy: A Prescription to End Confusion (Executive Summary)*. The National Academies Press.
- Nielsen B.L., Panzer, A. M., & Kindig, D. a. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Health San Francisco. <https://doi.org/citeulike-article-id:2393206>

- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communications strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.*; 15: 259–267.7-134
- O'Hara, M.W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. Em: L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.
- Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva, Organização Mundial de Saúde. Obtido em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1).
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65(1), 9-17.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Peerson A, Saunders M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter. *Health Promot Int*; 24:285–96.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. (5.ª ed. rev. e corr.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Public Health England, & UCL Institute of Health Equity. (2015). Improving health literacy to reduce health inequalities. *Public Health England*, (September), 1–16. Retrieved from [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/460710/4b\\_Health\\_Literacy-Briefing.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/460710/4b_Health_Literacy-Briefing.pdf)  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/460709/4a\\_Health\\_Literacy-Full.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/460709/4a_Health_Literacy-Full.pdf)
- Recto, P., & Gurch, J. (2019). The “ Double Stigma ” Faced by Adolescent Mothers with Depression. Retrieved from <http://hogg.utexas.edu/double-stigma-faced-adolescent-mothers-depression>
- Rezende, J. (2005). *Obstetrícia (10ªed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Robakis, T. K., Williams, K. E., Crowe, S., Kenna, H., Gannon, J., & Rasgon, N. L. (2015). Optimistic outlook regarding maternity protects against depressive symptoms postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 18(2), 197–208. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0446-3>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26 (4), 289-95.
- Rodrigues, D. P., Fernandes, A. F. C., Rodrigues, M. S. P., Jorge, M. S. B., & Silva, R. M. (2007). Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15 (2), 97-204.
- Rubin, R. (1961). Basic maternal behavior. *Nursing Outlook*, 9(11), 683-686.
- Rubin, R. (1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer Publishing, co.
- Rudd, Rima E.; Anderson, Jennie Epstein; Oppenheimer, Sarah; Nat, Charlotte (2007). *Health Literacy: An Update of Medical and Public Health Literature* [em linha]. Londres: Lawrance Erlbaum associates publishers
- Sabriá, J. (1997). La evolución psicológica del niño y del adolescente. In Braz, J., Flor, J.E. de la & Masvid, R.M. (Ed). *Pediatría en Atención Primaria*.(pp. 91-97). Barcelona: Springer- Verlag Ibérica
- Salud, O. M. D. La. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de La Salud, 54. <https://doi.org/978 92 4 350602 9>
- Santana, S. (2009). Tendências na utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal. *Acta Med Port*, 22(1), 5–14.
- Santana, S. (2009). Tendências na utilização da internet para questões de saúde e doença em Portugal 2005-2007. *Ata Médica Port* 22(1) [em linha] 5-14
- Santos, Osvaldo. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Observatório nacional da obesidade e do Controlo do peso* [em linha]. Vol. 4, n.º 3, p. 12
- Scheier MF, Carver CS. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*
- Seligman, M. (2012). *Florescer: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar*. Rio de Janeiro: Objetiva.

- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 45–53. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Sequeira, C.; Lluch, T. (2015). Saúde Mental Positiva - Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em [https://www.researchgate.net/publication/282663073\\_Saude\\_Mental\\_Positiva](https://www.researchgate.net/publication/282663073_Saude_Mental_Positiva)
- Spedding, M. F., Stein, D. J., Naledi, T., & Sorsdahl, K. (2018). Pregnant women's mental health literacy and perceptions of perinatal mental disorders in the Western Cape, South Africa. *Mental Health e Prevention*, 11, 16–23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.05.002>
- Speros C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *J Adv Nurs.*;50:633–40.
- Speros, C. (2010). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633–640. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>
- Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2018). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 27, 1–5. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
- Srivastava, K. (2011). Positive mental health and its relationship with resilience. *Industrial Psychiatry Journal*, 20(2), 75. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.102469>
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê.* (M.A.V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Summerville, C. (2007). in Canada : Phase One Draft Report Mental Health Literacy Project.
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida de uma mulher.* (M.N.B. Benetti, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1994).
- Tavares, M. (2014). *Transição para a parentalidade e a saúde mental no puerpério: significados para a mulher em risco de Depressão Pós-Parto.* Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 757–763. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>

- Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. (2005). new mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*. 8(1):45–51.
- UNESCO. (2006). *Literacy for all: Education for all: Global monitoring report 2006*. Paris, France: UNESCO.
- USA. (2004). Institute of Medicine. *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academy of Sciences;
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2017). Measurement properties of mental health literacy tools measuring help-seeking: a systematic review\*. *Journal of Mental Health*, 26(6), 543–555. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276532>
- Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119
- Williams, C. J., Turner, K. M., Burns, A., Evans, J., & Bennert, K. (2016). Midwives and women's views on using UK recommended depression case finding questions in antenatal care. *Midwifery*, 35, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.015>
- Winnicott, D. (1978). Preocupação materna primária. Em: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad.) (pp.491-498). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1945).
- World Health Organization. (2010). WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. [Online]. Geneva, Switzerland; [cited 2014 Maio. Acessível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/WHO\\_MPS\\_10\\_03/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_MPS_10_03/en/)
- Zimerman, D. E., & Osório, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zinga, D., Phillips, S.D., & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 27, 56-64.



## **ANEXOS**



**ANEXO I – Autorização para a utilização da Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério (EAAPP)**



Re: Pedido de autorização para uso de Escala (EAAP) em dissertação de Mestrado



Isabel Leal <isabelpereiraleal@gmail.com>

Seg, 29/10/2018 09:46

Carla Pissarra ✉

Carla,

Tem a minha autorização para usar a Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério (EAAP) na sua investigação.

Votos de bom trabalho.

Os melhores cumprimentos,

Isabel Pereira Leal

Full Professor

William James Center for Research

ISPA - Instituto Universitário

Rua Jardim do Tabaco, 34

1149-041 Lisboa - Portugal

<www.ispa.pt>

E-mail: <mailto:ileal@ispa.pt>

Tel: +351 21 881 17 08

Fax: +351 21 886 09 54

De GÓIS: <http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=4174578208235262>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1672-7912>



**ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética do ACES da Cova Da Beira**



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  Parecer favorável condicionado ao esclarecimento supra referido.	<b>DESPACHO:</b> <i>Homologado os pareceres propostos 31.10.2018</i>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.  <i>[Assinatura]</i> Dr.ª Rosa Reis Marques Presidente,
---	---

**ASSUNTO:**

65/2018 - "Literacia em saúde mental positiva da puérpera"

*[Assinatura]*  
Dr. Luis Manuel Mota Mendes Cabral  
Vogal,

*[Assinatura]*  
Dr. António Ribeiro  
Vogal.

Apesar de ser um projeto cujo objetivo está francamente estudado do ponto de vista ético-legal não há nenhum aspeto a apontar.

Gostaríamos, no entanto, de esclarecer cabalmente o seguinte aspeto: da metodologia apresentada a investigadora não terá acesso a qualquer utente nem tão-pouco à sua identificação (condição essencial à obtenção de um parecer positivo); refere-nos a investigadora que apenas acederá aos questionários anónimos que serão entregues pelos profissionais de saúde que acompanham as utentes. Pretendemos, no entanto, ver esclarecido como é que esta metodologia se coaduna com o ofício do Senhor Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES da Cova da Beira que nos refere no assunto do ofício "colheita de dados". Que dados serão estes? Dados anonimizados?

Coimbra, 24 de outubro de 2018

O Relator

*[Assinatura]*  
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES

*[Assinatura]*  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)



**ANEXO III- Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário  
da Cova da Beira**



## Comunicação de parecer



CHCBeira - Comissão de Ética para a Saúde <comissaoeetica@chcbeira.min-saude.pt>

Sex, 07/09/2018 16:06

carla\_pissarra@hotmail.com; Manuel Augusto N.V. Passos Morgado

Ex ma. Senhora  
Enf<sup>a</sup> Carla Susana Marques Pissarra

Conforme o solicitado por V. Exa. e após indicação do Sr. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHUCB, Prof. Doutor Manuel Passos Morgado, comunica-se ter sido emitido pela CES em 2018.08.02 parecer favorável à realização do Estudo nº 25/2018 "Literacia em saúde mental positiva da puérpera" com o seguinte teor:

"Apreciado o projeto, decidi esta comissão por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à realização do estudo proposto, sem prejuízo de eventuais procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD), no âmbito do cumprimento do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e/ou noutra legislação aplicável quanto a acesso e tratamento de dados sensíveis."

Salienta-se que a realização do estudo em apreço se encontra ainda pendente de autorização do Exmo. Conselho de Administração do CHUCB.

Com os melhores cumprimentos

O Secretariado da CES do CHUCB  
Sónia Nunes

CHCBeira - Comissão de Ética para a Saúde  
Comissão de Ética para a Saúde



REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE  
Sede | Quinta do Alentejo | 6200 - 291 Covilhã

Tlm: | Tel: | Fax:

[www.chcbeira.pt](http://www.chcbeira.pt)



**ANEXO IV – Autorização do Diretor do Conselho de Administração do ACES da  
Cova da Beira**





REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO I.P.

Exmo. Senhor Prof. Doutor Carlos Pereira  
a 16/08/2018

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Carlos Pereira  
M.I. Presidente da Escola Superior de  
Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de  
Almeida, nº 102

3500-843 VISEU

16-08-2018  
01.06.03-2014

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS

Para os devidos efeitos, informa-se que o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (Centros de Saúde de Belmonte, Covilhã e Fundão) Prof. Doutor *António José dos Santos Silva* nada tem a opor ao solicitado pela aluna *Carla Susana Marques Pissarra*, desde que a mesma obtenha parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

Mais se informa que, no caso de ainda não ter o referido parecer, deverá para o efeito preencher o formulário que poderá ser obtido na página da Internet da ARSC/Institucional/Comissão Ética/Formulário para submissão de pedidos de apreciação, ou através do link seguinte: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Paginas/Comiss%3%a3ode%3%89tica.aspx>

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Cova da Beira

*António José Santos Silva*, Prof. Doutor



Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira  
Avenida 23 de Abril  
5200-604 COVILHÃ

Teléfono: 275 320 880  
Fax: 275 320 882

[www.arscentro.min-saude.pt](http://www.arscentro.min-saude.pt)



**ANEXO V - Autorização do Diretor do Conselho de Administração do Centro  
Hospitalar Universitário da Cova da Beira**



*Nada a opn em* 10 AGO 2018  
 Centro Hospitalar Cova da Beira  
 Adjointe da Direcção Clínica  
 Dr. Carlos Clotário

Assunto: Projecto de Investigação n.º 38/2018 - "Literacia em saúde mental positiva da puérpera"	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º: 41/2018
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 10-08-2018

Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de Carla Susana Marques Pissarra, aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Saúde de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Literacia em saúde mental positiva da puérpera", a realizar no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer nº 26, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,

*Rosa Saraiva*  
 (Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/RS

Centro Hospitalar Cova da Beira  
 Presidente do Conselho de A.A.  
 21 SET. 2018  
 Parecer  
*Admitido*  
 Presidente do C.A. - Direcção Clínica  
 Dr. João José Lopes  
 Vogal do C.A. - Direcção Clínica  
 Dr. Fernando Marques  
 Vogal do C.A.  
 Dr.ª Maria de Jesus Trindade Marques  
 Coordenador Executivo  
 Excm. João José Lopes



## APÊNDICES



## **APÊNDICE I –Instrumento de recolha de dados**





## “Literacia em saúde mental positiva da puérpera”

Exm<sup>a</sup> Senhora

O meu nome é Carla Susana Marques Pissarra. Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Saúde de Viseu e este inquérito surge no âmbito da realização do relatório final. A investigação em causa, é no âmbito das alterações emocionais na mulher no primeiro mês pós-parto. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar os conhecimentos das puérperas relativos à saúde mental e ainda analisar de que forma as variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicoemocionais influenciam a literacia em saúde mental positiva.

Este estudo só é possível graças à sua colaboração no preenchimento deste questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que leia atentamente todas as questões e responda de forma sincera e espontânea. Não existem respostas certas nem erradas, interessa-nos a sua opinião. É totalmente confidencial, pelo que os dados recolhidos serão utilizados no âmbito exclusivo deste trabalho, estando garantido o anonimato.

O questionário, depois de preenchido, deverá ser colocado e fechado no envelope que deverá devolver ao Enfermeiro que lhos entregou. Caso surja alguma dúvida na compreensão das questões, poderá solicitar esclarecimento ao mesmo Enfermeiro.

A sua participação é muito importante.

Agradeço desde já a sua colaboração.

**Nota:** Assinale com (X) no respetivo espaço a opção que considera mais adequada à sua situação e quando se justificar, responda à restante informação complementar de forma sucinta.



## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Nº Código \_\_\_\_\_  
(a preencher pelo investigador)

### PARTE I – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

**1 - Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**2 - Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

#### **3 – Estado Civil**

- 1 Solteira/Divorciada
- 2 Casada/União de facto
- 3 Viúva

#### **4 – Local de Residência**

- 1 Aldeia
- 2 Vila
- 3 Cidade

#### **5 – Habilitações Literárias**

- 1 1º Ciclo (até ao 4º ano)
- 2 2º Ciclo (até ao 6º ano)
- 3 3º Ciclo (até ao 9º ano)
- 4 Secundário (até ao 12º ano)
- 5 Curso técnico-profissional
- 6 Bacharelato
- 7 Licenciatura
- 8 Mestrado
- 9 Doutoramento

**6 – Profissão** \_\_\_\_\_

#### **7 – Situação profissional atual**

- 1 Empregada
- 2 Desempregada

#### **8 – Rendimento mensal do seu agregado familiar**

- 1 Inferior ou igual a 500€
- 2 Entre 501€ e 1000€
- 3 Entre 1001€ e 1500€
- 4 Igual ou superior a 1501€

#### **9 – Internet em casa**

- 1 Sim
- 2 Não

## PARTE II – DADOS OBSTÉTRICOS

### História Obstétrica

1 – Número de gravidezes: \_\_\_\_\_

2 – Número de filhos vivos: \_\_\_\_\_

3 – **Complicações obstétricas em gravidez anterior** (pode assinalar mais que uma opção)

<sub>1</sub> Hipertensão na gravidez

<sub>2</sub> Diabetes gestacional

<sub>3</sub> Outra: \_\_\_\_\_

### Gravidez Atual

4 – **Gravidez planeada?**

<sub>1</sub> Sim

<sub>2</sub> Não

5 – **Gravidez desejada?**

<sub>1</sub> Sim

<sub>2</sub> Não

6 – **Realizou consultas de vigilância da gravidez?**

<sub>1</sub> Sim

<sub>2</sub> Não

7 – **Número de consultas efetuadas:** \_\_\_\_\_

8 – **Onde realizou as consultas de vigilância da gravidez?** (pode assinalar mais que uma opção)

<sub>1</sub> Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar

<sub>2</sub> Maternidade/Consulta Externa

<sub>3</sub> Clínica Privada/Médico Particular

<sub>4</sub> Outro. Qual? \_\_\_\_\_

9 - **A sua gravidez foi considerada:**

<sub>1</sub> Normal

<sub>2</sub> De Risco. Qual o motivo? \_\_\_\_\_

10 – **Problemas de saúde antes de engravidar?**

<sub>1</sub> Sim

<sub>2</sub> Não

**Se sim, que aspetos foram referidos:** \_\_\_\_\_

### Parto e Trabalho de Parto

11 - **Local do parto** \_\_\_\_\_

12 - **Peso do bebé no nascimento** \_\_\_\_\_

**13 - O bebê nasceu com menos de 38 semanas?**

- Não
- Sim

**14 - O bebê teve alguma complicação durante o internamento na maternidade?**

- Não
- Sim \_\_\_\_\_. Especifique \_\_\_\_\_

**15 - Tipo de parto**

- Normal sem corte no períneo
- Normal com corte no períneo
- Ventosa
- Fórceps
- Cesariana

**16 - Teve alguma complicação durante o trabalho de parto?**

- Não
- Sim \_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

**17 - Tendo em consideração as suas expectativas relativas ao trabalho de parto e parto, esta experiência foi...**

- Muito melhor
- Melhor
- Semelhante
- Pouco semelhante
- Nada semelhante. Justifique \_\_\_\_\_

**18 - Quem foi a sua pessoa significativa/acompanhante durante o trabalho de parto e parto?**

- Companheiro/ Marido
- Mãe
- Amiga
- Sem acompanhante
- Outro. Quem? \_\_\_\_\_

**19 - Frequentou um Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade durante a gravidez?**

- Sim
- Não

**20 - Se respondeu NÃO assinale o motivo.**

- Não sentiu necessidade/Não considerou importante
- Falta de tempo
- Dificuldades económicas
- Não existe na região onde reside
- Falta de conhecimento da existência
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**21 - Como esclareceu as dúvidas relativas ao parto? (pode escolher no máximo 3 respostas)**

- 1  Falando com a mãe
- 2  Falando com o enfermeiro
- 3  Falando com o médico
- 4  Falando com familiares
- 5  Falando com outras mães
- 6  Consulta de livros
- 7  Pesquisa na Internet
- 8  Outras fontes de informação. Quais \_\_\_\_\_

## **Puerpério**

**22 - Como esclarece as dúvidas relativas ao período após o parto? (pode escolher no máximo 3 respostas)**

- 1  Falando com a mãe
- 2  Falando com o enfermeiro
- 3  Falando com o médico
- 4  Falando com familiares
- 5  Falando com outras mães
- 6  Consulta de livros
- 7  Pesquisa na Internet
- 8  Outras fontes de informação. Quais \_\_\_\_\_

**23 - Como esclarece as dúvidas sobre com os cuidados ao bebé? (pode escolher no máximo 3 respostas)**

- 1  Falando com a mãe
- 2  Falando com o enfermeiro
- 3  Falando com o médico
- 4  Falando com familiares
- 5  Falando com outras mães
- 6  Consulta de livros
- 7  Pesquisa na Internet
- 8  Outras fontes de informação. Quais \_\_\_\_\_

**24 - Após o parto foi-lhe dada informação sobre como promover a sua saúde mental?**

- 1  Sim
- 2  Não

**25 - A informação foi-lhe transmitida por: (pode escolher mais do que uma resposta)**

- 1  Enfermeira/o
- 2  Médico
- 3  Familiares
- 4  Amigos

**26 - A informação contribuiu para melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar?**

- 1  Muito
- 2  Alguma Coisa
- 3  Pouco
- 4  Nada

**27 – Considera importante ter informação, por parte dos profissionais de saúde, de como promover a sua saúde mental?**

- 1 Sim
- 2 Não

**28 - Quem a ajuda após a alta da maternidade?** (pode escolher mais do que uma resposta)

- 1 Ninguém
- 2 Pai do bebé
- 3 Mãe
- 4 Outra pessoa. \_\_\_\_\_

**29- A ajuda relaciona-se com?** (pode escolher mais do que uma resposta)

- 1 Cuidados ao bebé
- 2 Cuidados consigo
- 3 Cuidados com a família
- 4 Cuidados com a casa/compras
- 5 Nenhuma ajuda

### PARTE III – ALTERAÇÕES PSICOEMOCIONAIS DO PUERPÉRIO

Uma vez que teve bebé há pouco tempo, gostaria de saber como se sente nestes últimos dias após o parto. Por favor, coloque uma cruz (x) com o número com que mais se identifica. Escolha apenas uma resposta para cada questão. No final, certifique-se de que respondeu a todas as questões. Por favor, não deixe nenhuma por responder. Obrigada pela sua colaboração!

#### Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério (EAAPP)

Itens	Nunca	Raras Vezes	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1 – Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé.	1	2	3	4	5	6
2 – Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé	1	2	3	4	5	6
3 – Senti-me triste e deprimida.	1	2	3	4	5	6
4 – Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé por não estar familiarizada com esta nova situação.	1	2	3	4	5	6
5 – Tive dificuldade em me acalmar.	1	2	3	4	5	6
6 – Senti-me esgotada.	1	2	3	4	5	6
7 – Senti-me melancólica e desanimada.	1	2	3	4	5	6
8 – Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebé.	1	2	3	4	5	6
9 – Senti-me aterrorizada.	1	2	3	4	5	6
10 – Dei por mim a ficar agitada.	1	2	3	4	5	6
11 – Tive crises de choro.	1	2	3	4	5	6
12 – Senti-me sozinha.	1	2	3	4	5	6
13 – Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso.	1	2	3	4	5	6
14 – Senti dificuldade em relaxar.	1	2	3	4	5	6
15 – Senti cansaço mental.	1	2	3	4	5	6
16 – Senti-me cansada e/ou fraquejar.	1	2	3	4	5	6



**PARTE IV - LITERACIA EM SAÚDE MENTAL POSITIVA**

**Questionário de Conhecimento de Saúde Mental**

Item		<i>Verdadeiro</i>	<i>Falso</i>
1	A saúde mental é um componente da saúde		
2	Os distúrbios mentais são causados por pensamentos incorretos		
3	Muitas pessoas têm problemas mentais, mas não se apercebem disso		
4	Todos os distúrbios mentais são causados por stressores externos		
5	Componentes da saúde mental incluem inteligência normal, humor estável, uma atitude positiva, relações interpessoais de qualidade e adaptabilidade		
6	A maioria dos distúrbios mentais não pode ser curada		
7	Devem ser procurados serviços psicológicos ou psiquiátricos se suspeitarmos da presença de problemas ou distúrbios mentais		
8	Problemas psicológicos podem ocorrer em quase qualquer idade		
9	Distúrbios mentais e problemas psicológicos não podem ser evitados		
10	Mesmo para distúrbios mentais graves (por exemplo, esquizofrenia), os medicamentos devem ser tomados por um determinado período de tempo apenas; não há necessidade de tomá-los por um longo tempo		
11	Atitudes positivas, boas relações interpessoais e um estilo de vida saudável podem ajudar a manter a saúde mental		
12	Indivíduos com história familiar de distúrbios mentais correm maior risco de problemas psicológicos e distúrbios mentais		
13	Problemas psicológicos nos adolescentes não influenciam as notas acadêmicas		
14	É improvável que indivíduos de meia-idade ou idosos desenvolvam problemas psicológicos e distúrbios mentais		
15	Indivíduos com fraco temperamento são mais propensos a ter problemas mentais		
16	Problemas ou distúrbios mentais podem ocorrer quando um indivíduo está sob stress psicológico ou enfrenta um importante evento na sua vida (por exemplo, morte de membros da família)		
<b><i>Atividades de promoção da saúde mental</i></b>			
18	Já ouviu falar do Dia Internacional contra o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito de Drogas?		
17	Já ouviu falar sobre o Dia Internacional da Saúde Mental?		
20	Já ouviu falar do Dia Mundial do Sono?		
19	Já ouviu falar sobre o Dia Internacional de Prevenção do Suicídio?		

## O QUE É IMPORTANTE PARA UMA BOA SAÚDE MENTAL?

Seguem abaixo 10 declarações sobre coisas que podem ser importantes para uma boa saúde mental.  
 Numa escala de 1 a 5 quão correta é cada frase?

	Completamente errado	Ligeiramente errado	Nem errado nem certo	Ligeiramente correto	Completamente certo	não sei
	1	2	3	4	5	6
1. Lidar com situações stressantes de uma forma adequada						
2. Acreditar em si próprio						
3. Ter boas rotinas de sono						
4. Tomar decisões baseado na sua própria vontade						
5. Estabelecer limites para suas próprias ações						
6. Sentir-se pertencente a uma comunidade						
7. Dominar os seus pensamentos negativos						
8. Definir limites sobre o que é aceitável para si						
9. Sentir-se valioso, independentemente das suas próprias realizações						
10. Vivenciar o sucesso escolar						

