



ESTADO DE ÂNIMO DA MÃE DE CRIANÇA NO PÓS-PARTO E PUERPÉRIO

Cláudia Barros Soares Semedo

Orientadores:

Manuel Alberto Morais Brás

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Bragança, Outubro de 2019



ESTADO DE ÂNIMO DA MÃE DE CRIANÇA NO PÓS-PARTO E PUERPÉRIO

Cláudia Barros Soares Semedo

Orientadores:

Manuel Alberto Morais Brás

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar

Bragança, Outubro de 2019

Resumo

O estado de ânimo da mãe no pós-parto e puerpério tem vindo a merecer atenção crescente, pois é uma alteração que compromete o estado emocional e todo o seu comportamento no processo da adaptação no pós-parto. As alterações do estado de ânimo podem ser decorrentes do parto, pelo que a avaliação da autoestima é fundamental para identificar o risco do desenvolvimento de depressão.

Os sintomas depressivos apresentados pela mãe, manifestam-se muitas das vezes por ansiedade, sentimentos de culpa, alterações do humor, desinteresse pela vida, menor desempenho nas suas atividades, insónia, *stress*, tristeza, abatimento, choro e solidão, cansaço físico e insegurança na prestação de cuidados ao filho.

A investigação é de metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal. Tem por objetivo avaliar o estado de ânimo da mãe de criança no pós-parto e puerpério. O instrumento de colheita de dados foi o questionário, constituído por questões de caracterização sociodemográficas, escala de Graffar, escala de APGAR Familiar, escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puérperio e Escala de Edimburgo. A amostra é composta por 53 mães, cuja média de idades é 32,43 anos, 86,8% são casadas, 77,4% vivem em zona urbana e 35,8% são licenciadas. A maioria das mães 71,7% estão empregadas a tempo completo, residem em zona urbana 77,4%. Das mães 92,4% frequentaram a consulta de preparação para o parto. Relativamente à profissão 28,3% das mães trabalham no ramo da saúde. Quanto ao número de gravidezes 69,8% das mães estiveram grávidas uma vez, 24,5% estiveram grávidas duas vezes, 81,1% das mães tiveram um parto 15,1% tiveram dois partos e 3,8% tiveram três partos. 41,5% das mães fizeram cesariana, 41,5% tiveram parto normal-vaginal e 17% tiveram parto vaginal-forceps/ventosa. Das mães 81,1% tem um filho vivo, 15,1% tem dois filhos vivos e 3,8% tem 3 filhos vivos. Das mães 79,2% referiram nunca ter abortado, (17%) referiram ter tido um aborto. 54,7% das mães referem estar a amamentar.

Relativamente à classe social das mães, através da escala de Graffar, 35,8% enquadram-se na classe 1 - família de classe alta, 32,1% enquadram-se na classe 2 - família de classe média alta, 26,4% enquadram-se na classe 3 - família de classe média e 5,7% enquadram-se na classe 5 - família de classe baixa. Constatamos a existência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis, habilitações, profissão, a classe social e local de residência em relação à escala de Graffar ($p < 0,05$).

Relativamente à funcionalidade familiar através da escala de APGAR Familiar constatamos que, 83% das mães vivem em famílias altamente funcionais, 15,1% são de famílias moderadamente funcionais e 1,9% é de família com acentuada disfunção.

Relativamente ao estado de ânimo, segundo a escala de Edimburgo, constatamos que 18,9% das mães tem probabilidade de ficar deprimidas ($score > 12$) e 81,1% das mães sem probabilidade de depressão. A escala de Edimburgo tem relação estatisticamente significativa com a escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério ($p=0,000$) e suas dimensões, ansiedade ($p=0,000$), sentimentos depressivos ($p=0,000$) e preocupação ($p=0,000$), com a funcionalidade familiar “escala de APGAR” ($p=0,037$), e classe social “escala de Graffar” ($p=0,010$).

No que concerne ao estado de ânimo, segundo a escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério, pela análise das três dimensões, constatamos que os níveis de ansiedade das mães variam entre o mínimo de 7 e máximo de 40 com uma média é de 20,79. Quanto à dimensão, “sentimentos depressivos”, as mães apresentam, níveis depressivos que oscilam entre um mínimo de 4 e o máximo de 20, com uma média de 9,85. No que respeita à dimensão “preocupação” das mães, os níveis variam entre 4 e 20 com a média de 8,94.

Tendo em conta os resultados apresentados, não se revela na generalidade grande probabilidade das mães verem o seu estado de “ânimo” alterado. Contudo realçamos o contributo da atividade dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar e Comunitária na obtenção de melhores níveis do estado de ânimo da mãe no Pós-parto e Puerpério.

Palavras-chave: Estado de Ânimo, Depressão, Saúde Mental, Período Pós-parto

Abstract

The mother's mood in the postpartum and postpartum period deserves increasing attention because it is a change that compromises the emotional state and all her behavior in the postpartum adaptation process. Changes in mood may be due to childbirth, so self-esteem assessment is critical to identifying the risk of developing depression.

The depressive symptoms presented by the mother often manifest themselves as anxiety, feelings of guilt, mood swings, disinterest in life, poor performance in their activities, insomnia, stress, sadness, crying and loneliness, physical tiredness and insecurity. in providing care to the child.

The research is quantitative methodology, observational, descriptive, correlational and cross-sectional study. It aims to evaluate the mood of the mother of a child in the postpartum and postpartum period.

The data collection instrument was the questionnaire, which consisted of questions of sociodemographic characterization, Graffar scale, Familial APGAR scale, Evaluation scale of Puerperal Psycho-Emotional Changes and Edinburgh Scale.

The sample consists of 53 mothers, whose average age is 32.43 years, 86.8% are married, 77.4% live in urban areas and 35.8% are licensed. Most mothers 71.7% are employed full time, living in urban areas 77.4%. Of the mothers, 92.4% attended the birth preparation consultation. Regarding the profession 28.3% of mothers work in the health sector. Regarding the number of pregnancies 69.8% of the mothers were pregnant once, 24.5% were pregnant twice, and 81.1% of the mothers had a birth 15.1% had two births and 3.8% had three births. 41.5% of the mothers had cesarean section, 41.5% had normal-vaginal delivery and 17% had vaginal-forceps / suction delivery. Of the mothers 81.1% have one live child, 15.1% have two live children and 3.8% have 3 live children. Of the mothers 79.2% reported never having an abortion, (17%) reported having had an abortion. 54.7% of mothers report being breastfeeding.

Regarding the social class of mothers, through the Graffar scale, 35.8% fall into class 1 - upper class family, 32.1% fall into class 2 - upper middle class family, 26.4% fall into class 3 - middle class family and 5.7% fall into class 5 - lower class family. We found the existence of relationship statistically significant difference between variables,

qualifications, profession, social class and place of residence in relation to the Graffar scale ($p < 0.05$).

Regarding family functionality through the Family APGAR scale we found that 83% of mothers live in highly functional families, 15.1% are from moderately functional families and 1.9% are from families with marked dysfunction.

Regarding mood, according to the Edinburgh scale, we found that 18.9% of mothers have a problem of becoming depressed (score > 12) and 81.1% of mothers with no probability of depression.

In relation to the Edinburgh scale, it has a statistically significant relationship with the Puerperium Psycho-Emotional Changes Assessment scale ($p = 0.000$) and its dimensions, anxiety ($p = 0.000$), depressive feelings ($p = 0.000$) and worry ($p = 0.000$), with the familiar functionality “APGAR scale” ($p = 0.037$), and social class “Graffar scale” ($p = 0.010$).

Regarding mood, according to the evaluation scale of postpartum psycho-emotional changes, by analyzing the three dimensions, we found that the anxiety levels of mothers range from a minimum of 7 to a maximum of 40 with an average of 20, 79. Regarding the dimension, "depressive feelings", mothers have depressive levels ranging from a minimum of 4 to a maximum of 20, with an average of 9.85. Concerning the “concern” dimension of mothers, the levels vary between 4 and 20 with an average of 8.94.

Given the results presented, it is generally not likely that mothers will see their mood changed. However, we highlight the contribution of the activity of nurses specializing in Family and Community Health Nursing in obtaining better levels of mood of the mother in the Postpartum and Puerperium.

Keywords: Mood, Depression, Mental Health, Postpartum Period

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me dar força para enfrentar tudo.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Manuel Brás e a Professora Doutora Eugénia Anes pela transmissão de conhecimentos, disponibilidade e paciência.

Em especial à minha mãe por tudo o que ela representa para mim.

À Professora Doutora Augusta por me ajudar sempre, pela sua disponibilidade conselho e paciência e por estar sempre presente nos meus momentos difíceis.

Às minhas tias e ao meu querido tio Flaviano pelos conselhos durante este percurso.

Ao meu namorado, o grande incentivador desta viagem.

À minha irmã e prima pelo apoio moral durante esta caminhada.

E a todos os meus amigos (as) e àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta dissertação.

Um bem-haja a todos!

Abreviaturas

CS	Centro Saúde
GC	Grupo Controlo
GI	Grupo Intervenção
DPP	Depressão Pós-Parto
EPDS	Escala Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
EAAPP	Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério
APGAR	Adaptação; Participação; Grau de Crescimento; Afeição; Resolução
OMS	Organização Mundial de Saúde

Índice

Introdução.....	13
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1. Estado de ânimo da mãe de criança.....	16
1.1. Estado de ânimo e saúde mental da mãe de criança.....	17
1.2. Consequência do estado de ânimo da mãe de criança.....	19
1.3. Estado de ânimo e sobrecarga da mãe no Pós-Parto.....	20
1.4. Sintomatologia do estado de ânimo da mãe de criança.....	21
1.5. Fatores de riscos associados ao estado de ânimo da mãe de criança.....	22
1.6. Assistência de enfermagem a mãe com estado de ânimo “negativo”.....	23
II – ESTUDO EMPÍRICO.....	27
2. Metodologia.....	29
2.1. Contextualização, problematização e objetivos do estudo.....	29
Local e horizonte de estudo.....	30
Questão de Investigação.....	30
Objetivos.....	30
2.2. Variáveis.....	31
2.2.1. Hipóteses de Investigação.....	33
2.3. Tipo de estudo.....	34
2.4. População amostra e amostragem.....	34
2.5. Instrumentos de colheita de dados.....	35
Escala de Graffar.....	35
Escala de APGAR Familiar.....	36
Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS).....	36
Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério.....	37
2.6. Procedimentos na recolha de dados.....	38
2.7. Considerações e compromissos éticos.....	38
3. Análise dos resultados.....	39
3.1. Caracterização da amostra.....	39
3.2. Análise Inferencial.....	46
4. Discussão dos resultados.....	54
5. Conclusões e Sugestões.....	58
Referências bibliográficas.....	62
Anexo I - Autorização do parecer da comissão ética da ULSNE.....	75

Anexo II - Pedido para aplicação do instrumento da colheita de dados.....	79
Anexo III - Protocolo do estudo	83
Anexo IV - Consentimento informado	89
Anexo V - Pedido de autorização de escala de APGAR Familiar.....	91
Anexo VI - Pedido de autorização para uso da escala (EAAPP)	95
Anexo VII–Pedido de autorização da escala de Depressão pós-parto de Edimburgo.....	99
Anexo VIII - Instrumento da colheita de dados	103

Índice de tabelas

Tabela 1	Distribuição da amostra segundo o Centro Saúde	39
Tabela 2	Distribuição da amostra segundo a Idade	40
Tabela 3	Distribuição da amostra segundo o Estado Marital	40
Tabela 4	Distribuição da amostra Segundo a Naturalidade	40
Tabela 5	Distribuição da amostra segundo Local de Residência	40
Tabela 6	Distribuição da amostra segundo a Situação Laboral	41
Tabela 7	Distribuição da amostra segundo a Profissão	41
Tabela 8	Distribuição da amostra segundo se está de Licença de Parto	41
Tabela 9	Distribuição da amostra segundo as Habitações Literárias	42
Tabela 10	Distribuição da amostra segundo Número de Gravidezes	42
Tabela 11	Distribuição da amostra segundo Número de Partos	42
Tabela 12	Distribuição da amostra segundo Tipo de Parto	43
Tabela 13	Distribuição da amostra segundo o Número de Filhos Vivos	43
Tabela 14	Distribuição da amostra segundo o Número de Abortos	43
Tabela 15	Distribuição da amostra segundo consulta de Preparação para o Parto no Centro de Saúde	44
Tabela 16	Distribuição da amostra segundo se está a Amamentar	44
Tabela 17	Classificação da amostra segundo Escala de Graffar	44
Tabela 18	Classificação da amostra segundo Escala de APGAR familiar	45
Tabela 19	Classificação da amostra segundo Escala de Avaliação das alterações Psicoemocionais do puerpério (EAAPP)	45
Tabela 20	Classificação da amostra segundo Escala de Edimburgo	46
Tabela 21	Análise da escala de Graffar em relação às variáveis sociodemográficas	47
Tabela 22	Análise da escala de APGAR Familiar em relação às variáveis sociodemográficas	48
Tabela 23	Análise do estado de ânimo da mãe de criança (escala de Edimburgo) em relação às variáveis sociodemográficas	49
Tabela 24	Análises do estado de ânimo da mãe de criança (escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puérperio) (EAAPP) segundo as variáveis sociodemográficas.	50
Tabela 25	Análise da relação entre o estado de ânimo da mãe de criança (escalas de Edimburgo e Avaliação das Alteração do Psicoemocionais do Puérperio) e classe social (Graffar) e funcionalidade familiar (APGAR).	52

Introdução

O estado de ânimo é uma alteração do estado emocional de duração longa, que difere desde simples emoções a episódios potencialmente letais. As alterações do estado de ânimo da mãe estão cada vez mais presentes, e muitas vezes, se não diagnosticadas e tratadas precocemente, podem evoluir e tornar-se num distúrbio psiquiátrico mais grave, inclusive com a presença de sintomas psicóticos (Cabral, Lucena, Soares, Carvalho, Barros, Mendes & Oliveira, 2012).

O cuidar de uma criança consome tempo, energia e privacidade por parte da mãe e família, que pode levar ao isolamento social e emocional. Assim, no limite, os cuidados à criança podem constituir fator de risco que pode desencadear alterações no estado de ânimo da mãe (Leoni, 2005). As mães manifestam sentimentos de medo no cuidado aos seus filhos, não só porque têm medo de não o saber fazer corretamente e porque consideram determinados cuidados difíceis de serem realizados no pós-parto (Almeida *et al.*, 2006).

Segundo Araújo *et al.* (2009), o estado de ânimo e as habilidades maternas para cuidar da criança dependem diretamente da sua condição física e mental, autoconfiança, autonomia, grau de escolaridade e cultura da sua profissão e disponibilidade para cuidar do filho e da colaboração da família.

As alterações do estado de ânimo da mãe alteram o perfil e a maneira como a mãe vê a vida e o mundo que a rodeia. Estas alterações podem manifestar-se através de tristeza, perda do prazer, choro fácil, abatimento, falta de apetite, distúrbio do sono, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração e memorização, agitação e insónia (Ribeiro & Andrade, 2009).

O pós-parto é um período de alterações biológicas, psicológicas e social considerado como muito vulnerável para a ocorrência de transtornos psiquiátricos e emocionais que podem comprometer o humor. Podendo ser classificados entre simples transtornos de humor a transtornos psicóticos (Fonseca, 2016).

O estado psicológico da mãe em relação ao cuidado do filho gera desconforto e receio de não ser capaz de o cuidar ou pelo simples facto de se sentir pressionada pela execução das tarefas sozinha.

Segundo Reis, Sousa, Paula, Silva, Camilo e Resende (2018), a imagem corporal alterada pode provocar incómodo em relação ao seu corpo devido às modificações físicas ocasionadas pela gestação, causando sentimento de vergonha do próprio, bem como a preocupação com a recuperação do períneo e uma possível dificuldade de retornar a vida sexual.

Como consequência começa a ter outras visões a respeito de si mesma e das pessoas que convivem com ela, podendo gerar desconforto no seio familiar (Sousa; Prado & Piccinini, 2011).

A disfória puerperal, também conhecida como *baby blues/maternity blues*, é observada principalmente nos primeiros dias após o parto, as mães apresentam choro com facilidade, sensibilidade exacerbada e uma inclinação à rejeição do marido, da família e principalmente do filho (Cantilino *et al.*, 2010).

A depressão pós-parto é considerada um problema de saúde pública, com prevalência de 10 a 20% de casos, algumas começam a ter os seus primeiros sintomas da depressão, com início entre as primeiras quatro semanas, podendo ir até alguns meses após o parto (Meira *et al.*, 2015).

Face ao exposto, formulamos a questão de investigação: Qual o estado de ânimo da mãe de criança no pós-parto e puerpério?

Sendo objetivo do estudo, identificar e analisar o estado de ânimo de mãe de criança no pós-parto e puerpério.

Usamos uma metodologia quantitativa, estudo observacional descritivo e correlacional de coorte transversal. A colheita de dados foi efetuada por questionário no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e decorreu no período compreendido entre janeiro a março de 2019.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes, a primeira constitui o estado da arte relativamente à problemática em estudo e a segunda a parte empírica.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Estado de ânimo de mãe de criança

Segundo Dalgalarrodo (2000) o estado de ânimo é definido como o comportamento afetivo da mãe, determinado pela forma de pensar, agir e de perceber as mudanças do seu comportamento, que são determinantes na interação com o seu filho.

O nascimento de um filho, inicia uma nova fase na vida de uma mãe. O período de pós-parto, caracteriza-se por alterações de âmbito social, psicológico e físico. A mãe fica mais vulnerável com os transtornos emocionais e psicológicos que influenciam a sua interação com o filho de forma negativa e que pode desgastar as relações com a família e amigos (Nagata, Nagai *et al.*, 2000).

Segundo Almeida (2014) o estado de ânimo da mãe no pós-parto altera-se, inicialmente vive um período de transição, exposta a situações de *stress*, fica mais ansiosa, sente-se facilmente irritada com o choro do filho, alterando o seu estado de humor, perde a vontade de se relacionar com os amigos, chora facilmente e muitas vezes sente-se incapaz de cuidar do filho.

Estas alterações podem trazer repercussões nos comportamentos afetivos, cognitivos e comportamentais, podendo influenciar as atividades de vida diária (Moraes, 2015).

A disforia puerperal, conhecida como *baby blues/maternity blues*, é observadas principalmente nos primeiros dias após o parto, as mães apresentam choro com facilidade, sensibilidade exacerbada e uma inclinação à rejeição do marido, da família e principalmente do filho (Cantilino *et al.*, 2010).

É importante salientar que os *blues* pós-parto e a psicose puerperal são distúrbios emocionais e psicóticos da mãe, acompanhados de muito sofrimento afetivo e muitas vezes comprometimento físico (Figueiredo, 2001).

Estas alterações podem traduzir-se em manifestações de ordem física, mental e social, atingindo o filho e toda a sua família, manifestam-se muitas vezes por dores e incómodos, medos e preocupações, percalços sexuais, redução da autoestima e do cuidado pessoal, desinteresse pela vida, dificuldades para interagir com os seus familiares, parceiro e/ou com o seu filho (Teixeira *et al.*, 2015).

De acordo com Coty (2007) as alterações do estado de ânimo pós-parto são afetivas e podem ser desencadeadas por emoções internas e manifestadas por mudanças de humor.

A depressão pós-parto é um quadro clínico severo ou agudo que compromete o estado psicológico, físico e psiquiátrico da mãe, devido aos sintomas da depressão apresentados nesta fase (Gonçalves, Pereira, Oliveira & Gasparino, 2018).

1.1. Estado de ânimo e saúde mental da mãe de criança

Após o parto a mãe depara-se com muitas alterações de âmbito psicológico e social, que contrastam com a sua necessidade de viver, tornando a sua vida mais vulnerável aos desequilíbrios psicológicos e emocionais. Os sentimentos emocionais da mãe, disforia e choro são as alterações psicoemocionais que podem ocorrer logo após a alta hospitalar, altura de maior fragilidade, pelo que na incapacidade de prestar cuidados ao filho e resolver os seus problemas, a depressão e o risco de perturbações emocionais podem acontecer (Figueiredo, 2001; Sousa & Leal, 2007).

A excessiva preocupação com a saúde, bem-estar e alimentação do filho, acompanhada de sentimentos de culpa por sentir não ser suficientemente capaz de cuidar do seu filho, podem desencadear na mãe, ansiedade, fadiga e perturbações psicológicas que geram sofrimento no período do pós-parto (Pereira, 2016).

As perturbações de humor quando acontecem no período pós-parto têm implicações principalmente com o filho e familiares, pelo que a família deverá ser capaz de “aceitar as alterações comportamentais e emocionais da mãe, ajudar no cumprimento das suas tarefas do dia-a-dia, nos cuidados com o filho e reforçar as suas competências com a mãe” (Lowdermil, Perry & Bobak, 2002,p.27).

Os riscos de aparecimento de distúrbios psiquiátricos aumentam na fase de pós-parto quando a mãe apresenta muito *stress*, quando se verificam mudanças significativas na vida diária e, quando surge relativa incapacidade no cuidado à criança. Assim, perante a incapacidade de adaptação face à nova vida de mãe, poderão surgir os transtornos pós-parto, definidos como doenças mentais manifestadas por desequilíbrios de humor, psicóticos, emocionais e físicos, que geralmente se manifestam no primeiro ano após o nascimento do seu filho (Bordignon, Lasta, Ferreira & Weiller, 2011).

De acordo com Esteves e Galvan (2006) a depressão pós-parto é a doença da sociedade moderna e pode provocar alterações emocionais de atitudes e percepção de Si mesma, promovendo alterações no estado de ânimo da mãe. A depressão pós-parto e os transtornos mentais estão relacionados com o estado emocional e psicológico vivenciado entre mãe-filho. A depressão se não for atempadamente tratada, pode evoluir

para uma doença grave onde a pessoa pode perder o prazer do convívio com os amigos, perder o apetite, sentir-se culpada, faltar-lhe a energia e o interesse pela vida podendo até promover um pensamento suicida (Furegato, 2008).

Segundo a OMS (2001) a depressão é a quinta causa da morbidade entre as doenças que afetam as mães, sendo mais frequentemente na faixa etária entre os 15 a 44 anos. Constitui o transtorno psiquiátrico mais comum e se não for detetada e convenientemente tratada, pode tornar-se um problema de saúde pública (Martinez, Pablo, Vohringer, Paul; Rojas & Graciela, 2016).

Os transtornos psiquiátricos pós-parto podem ser classificados em depressão pós-parto leve ou melancolia da maternidade, depressão pós-parto moderada a grave e, psicose pós-parto. A depressão pós-parto leve ou melancolia da maternidade pode incidir em 50 a 85% das mães, que ocorre posteriormente ao terceiro dia pós-parto e regride espontaneamente por volta do décimo dia, apresenta sintomas como, tristeza, disfória, choro frequente e dependência excessiva. A depressão pós-parto moderada a grave caracteriza-se por fadiga excessiva associada a pensamento suicida, e manifesta-se na segunda e terceira semana pós-parto. A psicose constitui a manifestação mais grave de depressão pós-parto, sendo mais comum em primíparas e apresentando um elevado risco de recidiva na gravidez seguinte (Gawron, Swiehcz, Godoi&Oselame, 2015), constitui uma emergência psiquiátrica onde a mãe pode desenvolver sintomas depressivos, delírios, alucinações e pensamentos agressivos em relação ao filho e/ou a si mesma, com uma incidência de 1 para 1000 mães (Boyce & Barriball, 2010).

Os transtornos psiquiátricos no pós-parto têm implicações na relação mãe-filho e podem ter graves consequências, uma vez que a instabilidade emocional da mãe inviabiliza uma boa interação e cuidado com o filho (Silva, Demitto, Agnolo, Torres, Carvalho & Pelloso, 2017).

Segundo Vaz-Serra (2002) em situações de *stress* intenso a mãe negligência as suas atividades sociais e deixa de se preocupar quer com aspectos psicológicos quer com aspectos físicos. Mostrando assim, que as perturbações físicas e/ou mentais podem estar associadas ao *stress*, podendo constituir uma situação frequente, intensa e/ou prolongada, vindo a prejudicar o bem-estar e a qualidade de vida da mãe.

Os distúrbios emocionais apresentados pela mãe no pós-parto, iniciam-se geralmente por fadiga, insónia e choro fácil ou labilidade emocional. Mais tarde, ficam confusas,

incoerentes, com pensamentos menos assertivos, com défices cognitivos e manifestando por vezes uma preocupação obsessiva em relação à saúde e ao bem-estar do seu filho (Kaplan & Sandock, 2004). Estes distúrbios emocionais e psicológicos caracterizados pela alteração de humor incidem sobre cerca de 50% das mães entre o terceiro e o quinto dia após o parto e, geralmente desaparecem com o passar dos dias e segundo Krob, Godoy, Leite e Mori (2017) estas alterações de humor caracterizam-se por tristeza, choro, sentimento de desamparo e desespero, angústia e irritabilidade, que pode ocorrer devido às mudanças hormonais e o elevado *stress* vivenciado pela responsabilidade no cuidado ao filho.

A depressão pós-parto implica mudanças na vida do casal e em particular na mãe, esta sente-se mais sensível devido às súbitas alterações de humor, o que lhe pode trazer incapacidade (Gonçálinho, 2011). É um transtorno mental de elevada prevalência, caracterizado por alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas. Pode surgir de forma silenciosa após algumas semanas depois do parto, sendo uma depressão atípica (Costa, 2012).

1.2. Consequência do estado de ânimo da mãe de criança

O estado de ânimo “negativo” da mãe pode provocar um efeito devastador na sua relação conjugal e influencia negativamente o desenvolvimento emocional do seu filho.

As mães deprimidas e ansiosas não costumam olhar para o rosto dos seus filhos, podendo estar menos propensas a compreender os sinais de fome, de felicidade e/ou sofrimento do mesmo (Matthey *et al.*, 2000; OMS, 2001).

A consequência de um estado de ânimo “desanimado”, deprimido pode afetar o filho, o marido e demais familiares. Mães deprimidas olham de forma negativa para os filhos e para o casamento com reflexos óbvios na saúde e bem-estar da família (Goodman, 2008).

A depressão pós-parto pode causar danos significativos na qualidade de vida da mãe, na dinâmica familiar e na interação mãe-filho. Mães deprimidas, poucas vezes olham, tocam ou falam com o seu filho e apresentam-se mais negativas do que positivas, tornando-se também menos afetivas na interação com o seu companheiro, podem interromper a amamentação repentinamente, podendo relacionar-se com o seu filho de uma forma pouco afetiva e confusa, por falta de capacidade ou habilidade face à resolução de problemas ou à persistência necessária para estabelecer interações afetivas

com os restantes familiares (Cantilino *et al.*,2010). O enfraquecimento da relação conjugal, desestruturação familiar e as alterações biológicas são consequência da depressão da mãe (Deziderio & Milani, 2013).

O *stress* e angústia vivenciados pela mãe no pós-parto podem afetar o seu desempenho de cuidadora do filho. Estudos comprovam que mãe deprimida, se sente na maioria das vezes incapaz de lidar com a nova mudança, e por essa razão, pode ocorrer um processo de desvirtuamento das suas atividades de vida diárias (Carlesso & Souza 2011).

Os filhos de mães deprimidas, ficam comprometidos no seu desenvolvimento, particularmente ao nível cognitivo (Fonseca & Canavarro, 2013).

Os efeitos da depressão pós-parto afetam não só o comportamento da mãe como também o desenvolvimento do seu filho. Esses comportamentos podem ser associados a comportamentos não adequados apresentados pelos filhos, e as características depressivas apresentadas pela mãe durante o período de pós-parto podem ser a irritabilidade, afastamento dos outros membros da família, dificuldade em expressar sentimentos, fadiga e menor expressão facial (Diego *et al.*, 2004).

Os filhos de mãe com estado de ânimo “negativo” são extremamente vulneráveis, quanto mais graves e persistentes forem os sintomas depressivos, mais prejudicada fica a relação e maiores serão as repercussões no desenvolvimento do filho (Cantilino *et al.*, 2010).

De um modo geral, as principais consequências da depressão pós-parto para o desenvolvimento do filho são comportamentais, perturbações do sono, ataques de raiva, atitudes agressivas e hiperatividade e atrasos no desenvolvimento cognitivo, aprendem a falar e a andar mais tardiamente, podem apresentar dificuldades em fazer amigos e aprendizagem escolar e problemas de socialização, dificuldades em estabelecer relações afetivas estáveis, potencial para exclusão social e problemas emocionais, baixa autoestima, mais ansiosos e medrosos, passivos e dependentes (Schmidt, Piccoloto, Muller, 2005 & Cantilino *et al.*, 2010).

1.3. Estado de ânimo e sobrecarga da mãe no Pós-Parto

O termo sobrecarga e o estado de ânimo da mãe no pós-parto, quando utilizado neste contexto, refere-se às consequências na mãe ao cuidar do filho, provocando impacto psicológico, físico, emocional, económico e social que a pode afetar neste período (Junior, Brito, Ferreira, & Misquiatti, 2013; Khanna, 2010).

A sobrecarga e o estado de ânimo após o parto podem ser classificados em duas dimensões, uma objetiva e outra subjetiva. A sobrecarga objetiva relaciona-se com o tipo de cuidados que a mãe presta ao filho e com as responsabilidades que ela assume e que têm implicações na sua saúde, na sua vida social, profissional e económica. A sobrecarga subjetiva está relacionada com a experiência emocional vivenciada pela mãe relativamente à preocupação, angústia, vergonha e culpa (Junior & Sprovieri, 2000; Junior *et al.*, 2013; Greguol *et al.* 2010).

Segundo Martins (2006) a sobrecarga da mãe constitui uma perturbação resultante da sua dependência física e incapacidade mental do cuidar percebido. Ou seja, a sobrecarga é fruto da avaliação efetuada pela mãe acerca do cuidado ao filho, da percepção do desenvolvimento da criança e de determinantes externos. A mesma autora descreve o processo de cuidar de uma criança dependente, como contínuo, quase sempre irreversível, *stressante* e gerador de uma situação de crise para mãe.

1.4. Sintomatologia do estado de ânimo da mãe de criança

Qualquer sinal ou sintoma relacionados com a tristeza no pós-parto, necessitam de avaliação, principalmente no que respeita a alterações do humor verificadas na primeira semana após o parto que é o período mais importante na prevenção da depressão (Dennis, 2004).

Quanto mais graves e persistentes forem os sintomas depressivos, maior será a probabilidade de desenvolver depressão no pós-parto. A depressão pós-parto determina dificuldades no envolvimento e interação social, beliscando os afetos, o apego e a segurança da mãe relativamente aos cuidados a prestar ao filho (Cantilino *et al.*, 2010).

A depressão pós-parto não apresenta nenhum sintoma específico, sendo clinicamente similar, às depressões ocorridas noutros períodos da vida da mulher; humor disfórico, tristeza, ansiedade, irritabilidade, fadiga, perturbações alimentares e do sono e perda de interesse nas atividades de vida diárias (Austin, 2004; Milgrom & Gemmill, 2014).

Segundo Vaz-Serra (2002) os sintomas apresentados pela mãe com depressão pós-parto são o isolamento social, causado não só pelo desinteresse generalizado, mas pela baixa auto-estima, sente que ninguém se interessa por Si, as crises de choro, são comuns e podem ser consideradas como uma forma de *coping* relativamente à angústia e comportamentos suicidas, mais de 90% dos suicídios ocorrem no contexto de doença psiquiátrica, dos quais as perturbações depressivas são as que mais contribuem e, as

alterações psicomotoras, onde a inibição psicomotora e lentificação generalizada são as mais frequentes.

Fonseca e Canavarro (2013) acrescentam que alguma da sintomatologia apresentada parece ser particularmente assustadora para as mães, motivando-as frequentemente a procurar ajuda de profissionais. Segundo estes autores, esta procura deve-se essencialmente à maior labilidade emocional com flutuações de humor, às preocupações exageradas com o bem-estar do filho e com a sua competência maternal, ao medo de estar sozinha com o filho, de sair com ele ou de o machucar, ansiedade, pensamentos obsessivos, queixas físicas, astenia, cefaleias, anorexia, dificuldades de concentração e tomada de decisão e a diminuição do desejo sexual.

No entanto, a existência de uma boa interação entre pais e filhos e outras pessoas, nomeadamente familiares (avós), que consigam estabelecer processos próximos e regulares ao longo do tempo, constituem fatores de proteção para o desenvolvimento emocional saudável de mãe-filho, a mãe estaria desta forma a receber os afetos “mimos” de que tanto necessita (Bronfenbrenner, 2011).

1.5. Fatores de riscos associados ao estado de ânimo da mãe de criança

Mães que no pós-parto sofreram algum tipo de agressão como violência emocional, agressão física, problemas com o companheiro ou outro tipo de violência doméstica, estão de forma significativa numa situação de fragilidade face ao desenvolvimento de depressão (Mattar *et al.*, 2007).

Figuerreira, Diniz e Filho (2011) classificam como fatores determinantes de risco para a depressão pós-parto, a presença de complicações durante a gravidez, parto prematuro; vivência de *stress* na gravidez, sintomas depressivos e/ou ansiedade durante a gravidez, ocorrência de complicações no parto, ausência de suporte social no pós-parto, ausência do suporte paterno no pós-parto, relacionamento conjugal conflituoso, dificuldades económicas, *stress* no cuidado ao filho, não-aceitação da gravidez, abortos espontâneos ou de repetição e história de abuso sexual.

Outros fatores de riscos de depressão estão relacionados ou associados, com o comportamento dos familiares e amigos, pela ausência afetiva e expectativas excessivas em relação ao cônjuge, o sentimento de não se sentir amada e algumas vezes culpada por tudo o que faz e especialmente por dificuldades em conciliar questões do cuidado da casa/trabalho com o do filho (Sousa, Prado & Piccinini, 2011; Fonseca e Canavarro,

2013). Estes determinantes de risco, associados a antecedentes de depressão, podem potencializar alterações significativas no estado de ânimo e nas atividades do dia-a-dia da mãe.

O nível socioeconômico pode constituir fator determinante na depressão pós-parto, quando uma mãe passa por momentos de crise financeira ou quando não recebe ajuda dos seus familiares ou amigos próximos, fica numa situação de fragilidade (Fonseca, 2016). Esta situação é potenciada se associada às dificuldades impostas pela pobreza, baixo nível educacional, uma vez que a educação reduz significativamente o risco de depressão, pois frequentemente, mães com escolaridade mais elevada e melhor rendimento financeiro apresentam menor risco para o transtorno (Ruschi et al, 2007)

Outro fator de risco de relevo no desenvolvimento da depressão pós-parto deve-se a conflitos conjugais (fator desencadeante), as relações conjugais afetuosas podem constituir fator protetor face ao risco de alterações na saúde mental da mãe após o nascimento do filho (Frizzo *et al.* 2010; Pereira, 2011; De Moraes & Crepaldi, 2012; Alexandre *et al.* 2013).

Marque e Mendes (2017) destacam ainda entre os principais fatores de risco de depressão no pós-parto, a história anterior de depressão, o desemprego, a dependência de substâncias químicas, a violência doméstica, história de transtorno psiquiátrico prévio e o ser solteira ou divorciada.

1.6. Assistência de enfermagem a mãe com estado de ânimo “negativo”

Na assistência prestada à mãe no pós-parto deve-se considerar a singularidade da sua vivência nesse período, dado que passam por mudanças biológicas, transformações físicas e comportamentais, que aumentam a sua vulnerabilidade e as tornam mais ávidas de carinho e ajuda.

Neste sentido, a assistência em enfermagem deve englobar os aspetos físicos, emocionais e relacionais das mães no pós-parto (Gonçalves & Merighi, 2001). A qualidade da assistência oferecida à mãe é fundamental no âmbito da adaptação a esta nova fase da sua vida.

No cuidado à mãe com depressão pós-parto, o enfermeiro de família deve colaborar com a equipa, reconhecendo a dificuldade da situação vivenciada, auxiliando e ajudando a lidar e a preparar as mudanças que a nova vida de mãe lhe impõe,

contribuindo desta forma para uma relação mais tranquila mãe-filho e meio familiar (Kogima, 2004).

A interação do enfermeiro de família com a mãe é fundamental antes, durante e particularmente no pós-parto, o enfermeiro deve em articulação com a restante equipa de saúde e família, ajudar a mãe a enfrentar as dificuldades desta nova etapa do ciclo de vida. A intervenção da enfermagem deve ser capaz de ajudar positivamente a transformar esta fase, contribuindo para que a mãe possa sentir-se mais segura e confiante para expor os seus sentimentos e ansiedades (Ribeiro & Andrade, 2009).

A assistência de enfermagem no pós-parto têm a finalidade de diminuir riscos e implementar medidas preventivas e promotoras de bem-estar tanto para a mãe, quanto para o filho (Nascimento, Rodrigues & Almeida, 2007). Esta assistência qualificada deve ser prestada de forma positiva, onde o enfermeiro reconheça os sinais clínicos relacionados com a depressão no pós-parto, contribuindo para um diagnóstico precoce e tratamento imediato muito importante na recuperação da mãe.

No âmbito desta assistência devem ser desenvolvidas atividades preventivas voltadas para a saúde da gestante e/ou mãe no pós-parto, promovendo a literacia/conhecimento da mãe e do pai relativamente a esta fase, este trabalho tem notável importância, relevância e impacto se efetuado durante a gravidez (Sobreira, 2012).

O enfermeiro de família é “pedra angular” relativamente ao processo de amamentação, à identificação de dificuldades, promoção de estratégias de confiança, ensino, incentivo, comunicação e ajuda (Shimoda & Silva, 2009).

O enfermeiro de família desempenha papel especial ao nível do vínculo paterno, devendo orientar e encaminhar o pai relativamente ao cuidar do filho, o carinho “mimo”, constitui fator de proteção para o filho e indiretamente mostra autoconfiança à mãe (Francisquini, Higarashi, Serafim & Bercini, 2010).

Para prevenir a depressão pós-parto o enfermeiro de família deve providenciar cuidados individualizados e flexíveis com base na identificação dos sintomas depressivos e no envolvimento do pai como fator determinante no vínculo familiar, contribuindo para o fortalecimento das relações com o filho e para que a mãe se sinta mais confiante nesta etapa (Matos *et al.* 2017).

Quando a depressão pós-parto é diagnosticada, deve-se realizar de imediato o tratamento, os cuidados psicológicos e psiquiátricos (é frequente o uso de

antidepressivos para ajudar no tratamento) são primordiais para a recuperação da mãe e qualidade de vida do filho (Magalhães *et al.*, 2006).

A prestação de cuidados de enfermagem no pós-parto, deve iniciar-se em ambiente hospitalar e ter continuidade em Cuidados de Saúde Primários (domiciliários), onde se poderão identificar as primeiras alterações comportamentais. O enfermeiro deve desenvolver um plano de cuidados para a mãe e filho, orientando o autocuidado e prestando cuidados, sempre com base nos diagnósticos e alterações identificadas (Silva, Balestrin, Poletto & Silva, 2016).

É da responsabilidade do enfermeiro a identificação precoce, intervenção na predisposição depressiva, de acordo com a gravidade de cada caso, quer em internamento na maternidade, quer depois da alta no domicílio (Gonçalinho, 2011). O domicílio constitui um lugar adequado para a educação para saúde, a visita domiciliária permite ao enfermeiro de família verificar as mudanças e adaptações da mãe no cuidado ao seu filho. O enfermeiro deve esclarecer o objetivo da visita de forma a estabelecer confiança com a mãe e com a família.

Os cuidados de enfermagem prestados à mãe devem ser mais do que a “pura” realização de técnicas e procedimentos, implica empatia, preocupação, interesse e apoio face às dificuldades encontradas (Mendes, 2006). A equipa de enfermagem presta cuidados, orienta e auxilia a mãe no pós-parto de forma realista e confiante, contribuindo para a sua adaptação (Ribeiro & Andrade, 2009).

O Enfermeiro de família tem um papel relevante no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital. Considerando a família como unidade de cuidados, o enfermeiro concebe a família como uma unidade de cuidados no âmbito das transições normativas e situacionais próprias dos processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011, 2015b).

No âmbito da prestação de cuidados o enfermeiro deve envolver a mãe e toda a família ao nível da prevenção primária, secundária, terciária e quaternária de forma a gerir a qualidade de vida das mães e família no pós-parto, daí a importância da educação para a saúde. O contexto que envolve a família é tão importante quanto os cuidados de enfermagem prestados (Trindade, 2018).

O pós-parto é uma transição normativa do ciclo vital, embora possam ocorrer alterações no ambiente familiar, a vigilância do enfermeiro de família assume papel relevante quer na monitorização da saúde e bem-estar materno-fetal e familiar. Desta forma, “os

enfermeiros no contexto da depressão pós-parto deverão basear-se num processo dinâmico, facilitador de escuta e negociação com a mãe/casal, em que se desenvolve uma relação de confiança e respeito mútuo” (Aires, Ferreira, Santos & Sousa, 2016, p. 50).

O enfermeiro de saúde familiar (família) tem competências especializadas e regulamentadas para cuidar da família, bem como prestar cuidados específicos nas distintas fases do ciclo de vida familiar, atendendo a quem presta cuidados e ao meio em que se encontra inserida. Neste sentido, reconhece e presta os cuidados às famílias, como uma unidade de cuidados “a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de funcionalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica dos membros da família”. Concebe “a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital”, ou seja, avaliar as suas dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcionamento e reconhecendo os seus principais problemas.

O enfermeiro de família desenvolve “o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos seus membros em todas as fases do ciclo de vida”, neste sentido realiza e avalia a eficácia das intervenções e das mudanças pretendidas, atendendo aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2011, p. 8660).

II – ESTUDO EMPÍRICO

2. Metodologia

2.1. Contextualização, problematização e objetivos do estudo

O estudo foi realizado em articulação com as enfermeiras de família e especialistas em saúde materna e obstetrícia dos 14 centros de saúde da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

Optamos pela realização do estudo neste local, dado ter sido num destes centros de saúde que a investigadora desenvolveu os seus estágios e simultaneamente pela importância que o tema tem nesta fase do ciclo de vida de uma mãe.

Tendo por base as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar que nos dizem: que o enfermeiro, cuida a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar. Estes pressupostos devem permitir cuidar da mãe inserida na família de forma a obter os ganhos em saúde de que tanto hoje se fala. As 53 mães que integraram a nossa amostra, grande parte delas frequentaram as consultas de enfermagem de preparação para o parto.

O estado de ânimo, aqui avaliado através de duas escalas, “Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo” e “Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério”, devidamente autorizadas pelos respetivos autores. Na mulher, a gestação e o pós-parto são períodos de risco elevado e em potencial para o surgir de transtornos psiquiátricos. A estatística estima que entre 70 e 80% das novas mães possam ser afetadas pela *Baby Blues* ou tristeza materna. Trata-se de um processo que pode durar mais do que algumas semanas e apresentar emoções muito intensas e variadas. Este estado de ânimo (depressão) tem um impacto extremamente negativo e significativo não só na mãe e na família, mas especialmente no recém-nascido. O estado de ânimo, pode “beliscar” a relação interativa mãe-filho. Por ser um transtorno bastante negligenciado é sub-diagnosticado. De referir que a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) é um instrumento de auto-avaliação que pode ajudar pais e mães a saber se está na hora de procurar ajuda. O resultado não confirma o diagnóstico de depressão, mas antes a necessidade de cuidar dos próprios sentimentos e da situação emocional da família.

A segunda escala, também avalia as alterações psico-emocionais do pós-parto, um fenómeno reconhecido como *Blues* pós-parto, que apesar de ser considerado um estado depressivo benigno e transitório pode, nalguns casos, apresentar formas mais graves (Althusser *et al.*, 1989; Chung, *et al.*, 2001).

O início da investigação seja qual for o tema em estudo, parte sempre da identificação prévia de um determinado problema que leva a questões específicas e à definição de objetivos, o problema é qualquer questão não resolvida que é objeto de discussão. Emerge de uma realidade social, e pode ser estudado tendo em vista a construção do conhecimento (Gil, 1991).

As opções metodológicas tiveram em conta as questões e hipóteses de investigação e os objetivos delineados.

Local e horizonte de estudo

Os dados foram colhidos através de questionário “online”, em articulação com as enfermeiras de famílias e especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e decorreu entre janeiro e março de 2019.

Questão de Investigação

Face ao exposto a nossa questão de investigação é: Qual o estado de ânimo de mãe de criança no pós-parto e puerpério?

Objetivos

“O objetivo de investigação deve indicar de uma forma clara qual o fim que o investigador persegue” (Fortin, 2009, p.160).

Assim, são nossos objetivos:

Traçar o perfil das mães da amostra em estudo em função da caracterização sociodemográficas e classe social através da escala de Graffar e ainda a funcionalidade familiar através da escala de APGAR Familiar;

Avaliar o estado de ânimo das mães inquiridas segundo as escalas “de Depressão Pós-parto de Edimburgo” e “Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério”.

Analisar a relação do estado de ânimo segundo as variáveis sócio demográficas e as variáveis de contexto sócio familiar (escala de Graffar e APGAR Familiar).

2. 2. Variáveis

As variáveis representam aspectos relevantes dos fenómenos, é importante saber individualiza-las e utiliza-las de modo adequado na investigação. É necessária a operacionalização inicial dos conceitos formulados de forma a predispor os dados de modo correto para as operações de recolha de dados, de análise e interpretação (Dias, 2010).

A variável dependente é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (Fortin, 2009).

Neste estudo as variáveis dependentes são: O estado de ânimo de mãe de criança no pós-parto e puerpério (avaliados através das “Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo” e “Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério”.

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo – é utilizada pelos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros para identificação de puérperas com depressão pós-parto. A Escala de Edimburgo pontua a presença ou intensidade de sintomas, como: humor deprimido ou disfórico, ideação suicida, entre outros, é os sintomas mais comuns de depressão (Alfaia, Guimarães & Rodrigues, 2016). A Escala de Edimburgo é composta por dez enunciados, mostrando sensibilidade e especificidade satisfatórias para o possível diagnóstico. As opções são pontuadas de zero a três, compondo um total de no máximo trinta pontos e no mínimo zero, simultaneamente. A soma dos números correspondentes a cada item, dá-nos a sensibilidade da escala, com resultado maior ou igual a 11/12 (Lopes & Menezes, 2012). Na Escala (EPDS), as respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A Escala (EPDS) foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério – avalia a avaliação das alterações Psicoemocionais do puerpério, percebidas pelas puérperas. Foi construída após uma revisão bibliográfica do construto *blues* pós-parto e, depois de definidas as suas dimensões constitutivas (sub-escalas), permitiu a formulação dos diferentes itens que as avaliavam. Mas após tratamento estatístico foram excluídos 38

itens, ficando a versão final com 16 itens, cada um deles com relação a um fator distinto. Assim, os 16 itens da escala, dividem-se em 3 fatores:

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

Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 1 (nunca) a 6 pontos (sempre), sendo a variação total entre 16 e 96 pontos.

Como variáveis independentes temos as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, residência, situação laboral, habilitações literárias, profissão, Escala de Graffar e Escala de APGAR familiar).

Idade – A idade é o número em anos que decorre desde o nascimento até à data atual. Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta. Posteriormente por conveniência e para facilitar análise desta variável foi necessário recodificá-la em dois grupos etários, menor que 35 anos e maior ou igual que 35 anos.

Estado civil – O estado civil pressupõe uma condição que atesta a existência ou não de contrato matrimonial. Esta variável foi operacionalizada, através de uma questão fechada, com 6 possibilidade de resposta: Solteira, Casada, Separada /Divorciada, União de Facto,

Viúva e Outra. Por conveniência foi posteriormente recodificada em Sem companheiro e Com companheiro.

Residência - definida como “o lugar onde se mora habitualmente” (Costa & Melo, 1999). Para operacionalizar esta variável formulamos uma questão fechada e dicotómica com duas alternativas de resposta: Meio urbano e Meio rural.

Habilitações literárias – são “os conhecimentos ou provas documentais precisas para exercer ou requerer determinado cargo; conjunto de qualificações académicas” (Costa & Melo, 1999). Para avaliar esta variável formulamos uma questão fechada: 9º Ano; Ensino secundário; Licenciatura e Pós-licenciatura.

Situação Laboral – relação, interação, participação de ocupação relativamente ao trabalho. Com estas variáveis pretendeu-se conhecer a situação profissional ou atividade profissional das inquiridas. Esta variável foi operacionalizada em Empregada a tempo completo, Desempregada e Empregada a tempo parcial. Relativamente à atividade

profissional, foi operacionalizada em Saúde, Educação, Administração, Pessoal Administrativo e Similares, Doméstica/Desempregada/Estudante e Comerciantes, vendedores e operadores.

Escala de Graffar – avalia o nível socioeconómico e a classe social da mãe (família), consideramos importante conhecer o nível socioeconómico e classe social da mãe.

Escala de APGAR familiar – a funcionalidade familiar elucida sobre a dinâmica familiar e a qualidade da relação da mãe com o seu filho e seus familiares (Azeredo & Matos, 1989). Com cinco perguntas e três possibilidades de resposta (quase sempre, algumas vezes e quase nunca). Consideramos uma família altamente funcional aquela que apresenta um *score* total entre 7 a 10 pontos, uma família moderadamente funcional aquela que apresenta um *score* de 4 a 6 e uma família com disfunção acentuada aquela que apresenta um *score* de 0 a 3.

2.2.1. Hipóteses de Investigação

Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis (...) e combina o problema e o objetivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo (Fortin, 2009).

Face às questões e objetivos de investigação formulamos as seguintes hipóteses:

H1: A classe social da mãe de criança “escala de Graffar” é diferente segundo as variáveis sociodemográficas.

H2: A funcionalidade familiar da mãe de criança “escala de APGAR Familiar” é diferente segundo as variáveis sociodemográficas.

H3: O estado de ânimo da mãe de criança “Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo” é diferente segundo e as variáveis sociodemográficas.

H4: O estado de ânimo da mãe de criança “escala de avaliação das alterações psico-emocionais do puerpério” é diferente segundo as variáveis sociodemográficas.

H5: O estado de ânimo de mãe de criança (escala de Edimburgo) é diferente segundo o estado de ânimo (escala de Avaliação das Alteração do Psico-emocionais do Puerpério), a funcionalidade familiar (escala de APGAR Familiar) e classe social (escala de Graffar).

H6: O estado de ânimo de mãe de criança (escala de Avaliação das Alteração do Psico-emocionais do Puérperio) é diferente segundo a classe social da mãe de criança (escala de Graffar) e funcionalidade familiar (escala de APGAR Familiar).

2.3. Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação de metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo, correlacional de coorte transversal (Ribeiro, 2010). As investigações com esta metodologia coincidem com o paradigma positivista, caracterizam-se pela obtenção de resultados numéricos, enfatizam as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (Polit e Hungler, 1995). Nos estudos observacional, o investigador não intervém, apenas desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente. Os desenhos descritivos correlacionais permitem a descrição do fenómeno e responder às hipóteses formuladas. O investigador que recorre a este desenho de investigação não tem como propósito encontrar relações de causalidade entre fenómenos, mas apenas, estabelecer previsões entre eles. Estes permitem estabelecer relações entre variáveis, analisando a sua magnitude e sentido dessa mesma relação. O plano é transversal porque o estudo foi realizado mediante a recolha de informação num único momento (Ribeiro, 2010).

2.4. População amostra e amostragem

A nossa população é composta por todas as mães que frequentaram os 14 centros de saúde da ULSNE no período de pós-parto e puerpério e depois de explicados os objetivos do estudo aceitaram participar.

De amostragem não probabilística, a nossa amostra (de conveniência) é composta por 53 mães, logo os resultados do estudo não são passíveis de generalização à população alvo.

Os critérios de inclusão: Mães com idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 35 anos. Mães orientadas no tempo e espaço. Mães no período de pós-parto até 6 semanas.

Mães a quem depois de explicados os objetivos do estudo e indicado o link do questionário no “Google Formulários” aceitaram preenchê-lo.

2.5. Instrumentos de colheita de dados

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos, foi necessário selecionar os instrumentos de recolha de dados. Foi com base nestes pressupostos que planeamos efetuar a recolha de informação, tendo como suporte um questionário composto por uma série de questões que nos permitisse traçar o perfil da amostra em estudo e escalas que permitissem avaliar quer a classe social das inquiridas (Graffar) quer a funcionalidade Familiar (APGAR Familiar) e ainda avaliar o estado de ânimo das mães através de duas escalas (Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo) e (Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério).

Escala de Graffar

Criada pelo autor que lhe deu o nome, é um instrumento de caracterização demográfica amplamente utilizado nas ciências sociais e humanas, (Moniz, 2007). A versão portuguesa assume-se como um dos instrumentos de avaliação social mais utilizado (Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2001).

A escala de Graffar permite mensurar a variável nível socioeconómico da seguinte forma:

- **Classe I** - Família de classe alta, com nível socioeconómico muito bom, aquela que apresenta um *score* total entre 5 a 9 pontos;
- **Classe II** - Família de classe média alta, com nível socioeconómico bom, aquela que apresenta um *score* total entre 10 a 13 pontos;
- **Classe III** - Família de classe média, com nível socioeconómico razoável, aquela que apresenta um *score* total entre 14 a 17 pontos;
- **Classe IV** - Família de classe média baixa, com nível socioeconómico reduzido, aquela que apresenta um *score* total entre 18 a 21 pontos;
- **Classe V** - Família de classe baixa, com nível socioeconómico mau, aquela que apresenta um *score* total entre 22 a 25 pontos.

Assim, à medida que o *score* da Escala de Graffar aumenta, o nível socioeconómico que lhe corresponde é pior.

Escala de APGAR Familiar

A funcionalidade familiar elucida sobre a dinâmica familiar e a qualidade da relação da mãe com o seu filho e seus familiares (Azeredo & Matos, 1989).

Para a avaliação da funcionalidade familiar utilizamos a Escala de APGAR Familiar, elaborada por Smilkstein, Ashworth e Montano (1978) cit. in Azeredo e Matos (1989) que mede a existência de disfunção familiar e o grau da mesma, através de 5 questões, com possibilidades de resposta (quase sempre, algumas vezes e quase nunca).

Consideramos uma família altamente funcional aquela que apresenta um *score* total entre 7 a 10 pontos, uma família moderadamente funcional aquela que apresenta um *score* de 4 a 6 e uma família com disfunção acentuada aquela que apresenta um *score* de 0 a 3. Esta escala permite caracterizar os componentes da função familiar em:

- ***Adaptação intrafamiliar*** – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mãe, do filho e dos restantes famílias, durante uma crise;
- ***Participação/comunicação*** – referente à partilha da tomada de decisões pela mãe e das responsabilidades pelos membros da família;
- ***Grau de Crescimento/Desenvolvimento*** – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- ***Afecto*** – existência de relações de cuidados ou ternura entre membros da família;
- ***Resolução/Dedicação ou decisão*** – reflecte o compromisso de dedicar tempo para os outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também, uma decisão na partilha de bens e espaço.

A escala avalia o grau de satisfação familiar sentido e exprimido pelo sujeito.

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Esta escala é utilizada pelos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros para identificação de puérperas com depressão pós-parto. A escala de Edimburgo, é um instrumento fácil, de aplicação rápida e baixo custo, pode ser usada por qualquer profissional de saúde.

A Escala de Edimburgo pontua a presença ou intensidade de sintomas, como: humor deprimido ou disfórico, ideação suicida, entre outros, é os sintomas mais comuns de depressão (Alfaia, Guimarães & Rodrigues, 2016).

A Escala de Edimburgo é composta por dez enunciados, mostrando sensibilidade e especificidade satisfatórias para o possível diagnóstico. As opções são pontuadas de zero a três, compondo um total de no máximo trinta pontos e no mínimo zero, simultaneamente. A soma dos números correspondentes a cada item, dá-nos a sensibilidade da escala, com resultado maior ou igual a 11/12 (Lopes & Menezes, 2012).

Sugere-se o uso da escala nos serviços de saúde, bem como a capacitação dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, pois é essencial que as puérperas sejam avaliadas quanto ao indicativo de depressão pós-parto, de maneira a se fazer a detecção e o tratamento precoce, podendo contribuir para a prevenção de doenças, com a consolidação dos laços afetivos da mãe e do filho e de todos os membros da família.

Na Escala (EPDS), as respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A Escala (EPDS) foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério

Esta Escala foi construída com o objetivo de avaliar as alterações psico-emocionais do puerpério percebidas pelas puérperas. Foi construída após uma revisão bibliográfica do construto *blues* pós-parto e, depois de definidas as suas dimensões constitutivas (sub-escalas), 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 16 itens, cada um deles com relação a um fator distinto. Assim, os 16 itens da escala, dividem-se em 3 fatores:

- ***Ansiedade*** – constituída por 8 itens (1,6,4,14,2,8,15,16);

- ***Sentimentos depressivos*** – constituída por 4 itens (3, 7, 11, 12);

- ***Preocupação*** – constituída por 4 itens (5, 9, 10, 13).

Cada item é cotado numa escala tipo Likert de 1 (nunca) a 6 pontos (sempre), sendo a variação total entre 16 e 96 pontos. 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.

2.6. Procedimentos na recolha de dados

Em investigação é importante proteger os direitos e liberdades das pessoas que nela participam. Segundo Polit e Hungler (1995) é fundamental garantir a total privacidade dos sujeitos. Os direitos ou princípios, que regem esta investigação são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

A recolha de dados, bem como a autorização do uso das várias escalas para colheita de dados foram devidamente autorizadas, conforme anexos.

2.7. Considerações e compromissos éticos

Ao longo de todo o processo de investigação foram respeitados os princípios éticos de anonimato das participantes e de confidencialidade dos dados, sendo estes exclusivamente usados para os fins da investigação, garantindo que toda a informação recolhida foi tratada de forma rigorosamente confidencial.

Em suma, a investigação está em linha com os princípios consagrados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo no que se refere a seres humanos.

3. Análise dos resultados

A apresentação dos resultados implica fornecer todos os resultados pertinentes relativos à questão de investigação e objetivos do estudo.

Segundo Fortin (2009) analisar é decompor o todo nos seus elementos constituintes, ou seja, o espírito vai do complexo para o básico, a fim de averiguar cada um dos componentes, sempre com o objetivo de propor uma justificação para um determinado fenómeno. Polit e Hungler (1995, P.45) referem que “os dados de uma pesquisa constituem elementos de informação obtidos durante a pesquisa, sendo considerados os valores autênticos das variáveis em análise”. Sendo um estudo de abordagem quantitativa, os dados foram tratados estatisticamente através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), versão 23.0, com recurso a estatística descritiva com o cálculo de frequências relativas e absolutas, média, moda, mediana e desvio padrão. A análise inferencial foi feita com recurso aos testes estatísticos que nos permitiram estabelecer a análise entre variáveis.

3.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 53 mães de criança até 12 meses de idade. Relativamente à distribuição da amostra em relação ao Centro de Saúde de proveniência (Tabela 1), verificamos que 29 (54.75%) das mães são oriundas do Centro de Saúde de Bragança, 20 (37.75%) das mães pertencem a outros Centro de Saúde da ULSNE e 4 (7,5%) das mães pertencem ainda a outros Centros de Saúde.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo o Centro Saúde.

Centro Saúde	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Bragança	29	54.75
Outro Centro Saúde ULSNE	20	37.75
Outro Centro Saúde	4	7.5
Total	53	100.0

No que respeita à idade (Tabela 2) das participantes, esta varia entre o mínimo de 22 anos e o máximo 43 anos, situando-se a média em 32,43 anos, moda 34 anos, mediana 33 anos, com um desvio padrão de 4,76 anos.

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo a Idade.

Idade (anos)	Frequência (n)	Percentagem (%)
<35	38	71,6
>=35	15	28,4
Total	53	100,0

Média= 32,43 anos Moda=34 anos Mediana=33 anos Desvio padrão de 4,76 anos.

Pela análise da tabela 3, verificamos que relativamente ao estado marital 46 (86,8%) das mães tem companheiro e 7 (13,2%) das mães não tem companheiro.

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo o Estado Marital.

Estado Marital	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sem Companheiro	7	13,2
Com Companheiro	46	86,8
Total	53	100

Na distribuição da amostra em função da naturalidade das mães participantes (Tabela 4) constatamos que 48 (90,6%) das mães são portuguesas e 5 (9,4%) são estrangeiras.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo a Naturalidade.

Naturalidade	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Portuguesa	48	90,6
Estrangeira	5	9,4
Total	53	100

Pela análise da tabela 5 e relativamente ao local de residência, verificamos que 12 (22,6%) das mães vivem em meio rural e 41 (77,4%) vivem em meio urbano.

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo Local de Residência.

Local de residência	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Rural	12	22,6
Urbano	41	77,4
Total	53	100

Através da análise da tabela 6, relativamente à situação laboral verificamos que 38 (71,7%) das mães estão empregadas a tempo completo, 12 (22,6%) estão desempregadas e 3 (5,7%) estão empregadas a tempo parcial.

Tabela 6. Distribuição da amostra segundo a Situação Laboral.

Situação laboral	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Empregado tempo Completo	38	71,7
Desempregado	12	22,6
Empregado tempo parcial	3	5,7
Total	53	100

Pela análise da tabela 7 e no que respeita à licença de parto, 23 (43,4%) das mães referiram estar atualmente de licença de parto e 30 (56,6%) das mães referiram não estar de licença de parto.

Tabela 7. Distribuição da amostra segundo se está de Licença de Parto.

Licença de parto	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Sim	23	43,4
Não	30	56,6
Total	53	100

Relativamente à profissão, pela análise da tabela 8, constatamos que 15 (28,3%) das mães trabalham na área da saúde, 10 (18,8%) das mães trabalham na área da educação, 8 (15,1%) das mães trabalham na administração e 9 (17%) das mães são domésticas, desempregadas ou estudantes.

Tabela 8. Distribuição da amostra segundo a Profissão.

Profissão	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Saúde	15	28,3
Educação	10	18,8
Administração	8	15,1
Doméstica /Desempregada/Estudante	9	17,0
Comercio/Vendedores/Operadores	11	20,8
Total	53	100

Relativamente às habilitações literárias Tabela 9, 4 (7,5%) das mães possuem o 9º ano, 12 (22,6%) mães fizeram o ensino secundário, 19 (35,9%) das mães são licenciadas e 18 (34%) das mães possuem formação pós-licenciatura.

Tabela 9. Distribuição da amostra segundo as Habitações Literárias.

Habilitações literárias	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
9º Ano	4	7,5
Ensino Secundário	12	22,6
Licenciatura	19	35,9
Pós-Licenciatura	18	34,0
Total	53	100

Pela análise da tabela 10, relativamente ao número de gravidezes, 37 (69,8%) mães estiveram grávidas uma vez, 13 (24,5%) mães estiveram grávidas duas vezes, 2 (3,8%) mães estiveram grávidas 3 gravidezes e 1 (1,9%) das mães estiveram grávidas 4 vezes.

Tabela 10. Distribuição da amostra segundo Número de Gravidezes.

Número de gravidezes	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
1	37	69,8
2	13	24,5
3	2	3,8
4	1	1,9
Total	53	100

Através da análise da tabela 11, relativamente ao número de partos, 43 (81,1%) mães tiveram um parto, 8 (15,1%) mães tiveram dois partos e 2 (3,8%) mães tiveram três partos.

Tabela 11. Distribuição da amostra segundo Número de Partos.

Número de partos	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
1	43	81,1
2	8	15,1
3	2	3,8
Total	53	100

No que respeita ao tipo de parto e pela análise da tabela 12 verificamos que, 22 (41,5%) mães fizeram cesariana, 22 (41,5%) mães tiveram parto normal-vaginal e 9 (17%) mães tiveram parto vaginal-forceps/ventosa.

Tabela 12. Distribuição da amostra segundo Tipo de Parto.

Tipo de parto	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Cesariana	22	41,5
Normal-vaginal	22	41,5
Vaginal - forceps/ventosa	9	17,0
Total	53	100

Pela análise da tabela 13, relativamente ao número de filhos vivos, 43 (81,1%) das mães tem um filho vivo, 8 (15,1%) das mães tem dois filhos vivos e 2 (3,8%) das mães referiram ter 3 filhos vivos.

Tabela 13. Distribuição da amostra segundo o Número de Filhos Vivos.

Número de filhos vivos	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
1	43	81,1
2	8	15,1
3	2	3,8
Total	53	100

Pela análise da tabela 14, relativamente ao número de abortos, 42 (79,2%) mães referiram não ter abortado, 9 (17%) mães referiram ter tido um aborto, 1 (1,9%) mães referiram ter tido dois abortos e 1 (1,9%) mãe referiu ter tido quatro abortos.

Tabela 14. Distribuição da amostra segundo o Número de Abortos.

Número de abortos	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
0	42	79,2
1	9	17,0
2	1	1,9
4	1	1,9
Total	53	100

Pela análise da tabela 15, relativamente à frequência da consulta da preparação para o parto, 49 (92,4%) mães referem ter frequentado a consulta e 4 (7,6%) mães afirmam não ter frequentado a consulta.

Tabela 15. Distribuição da amostra segundo a frequência da consulta de Preparação para o Parto no Centro de Saúde.

Consulta de preparação para o parto	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Sim	49	92,4
Não	4	7,6
Total	53	100

Relativamente à amamentação e pela análise da tabela 16, 29 (54,7%) das mães dizem estar a amamentar e 24 (45,3%) referem não amamentar atualmente.

Tabela 16. Distribuição da amostra segundo se está a Amamentar.

Amamentar	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Sim	29	54,7
Não	24	45,3
Total	53	100

Pela análise da tabela 17, relativamente à escala de Graffar, 19 (35,8%) mães enquadram-se na classe 1, família de classe alta; 17 (32,1%) mães enquadram-se na classe 2, família de classe média alta; 14 (26,4%) mães enquadram-se na classe 3, família de classe média e; 3 (5,7%) mães enquadram-se na classe 5, família de classe baixa.

Tabela 17. Classificação “classe social” da amostra segundo a Escala de Graffar.

Escala de Graffar	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Classe I- Família de classe alta	19	35,8
Classe II-Família de classe média alta	17	32,1
Classe III-Família de classe média	14	26,4
Classe IV-Família de classe baixa	3	5,7
Total	53	100

Relativamente à “funcionalidade familiar”, escala de APGAR Familiar e pela análise da tabela 18, permite-nos ver a funcionalidade familiar, constatamos que 44 (83%) são famílias altamente funcionais, 8 (15,1%) são famílias moderadamente funcionais e 1 (1,9%) é família com acentuada disfunção.

Tabela 18. Classificação da amostra segundo Escala de APGAR Familiar

Escala de APGAR Familiar	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Altamente funcional	44	83,0
Moderadamente funcional	8	15,1
Disfunção acentuada	1	1,9
Total	53	100

Pela análise da tabela 19, relativamente ao estado de ânimo, escala de Edimburgo, constatamos que 10 (18,9%) das mães têm probabilidade de ficarem deprimidas (*score*>12) e 43 (81,1%) das mães não têm probabilidade de depressão.

Tabela19. Classificação “estado de ânimo” da amostra segundo Escala de Edimburgo.

Escala de Edimburgo	Frequência (n)	Percentagem válida (%)
Sem probabilidade de depressão	43	81,1
Com probabilidade de depressão	10	18,9
Total	53	100

Relativamente à avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério (Tabela 20) e pela análise das várias dimensões, verificamos que no que respeita à “ansiedade” os seus níveis nas mães variam entre o mínimo de 7 e máximo de 40 com uma média de 20,79 e um desvio padrão de 8,113. Na dimensão “sentimentos depressivos”, as mães apresentam, níveis depressivos que oscilam entre um mínimo de 4 e o máximo de 20, com uma média de 9,85 e com o desvio padrão de 4,676. Pela análise da dimensão “preocupação” das mães os níveis variam entre 4 e 20 com a média de 8,94 e com desvio padrão de 4,861.

Tabela 20. Classificação “estado de ânimo” da amostra segundo Escala de Avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério (EAAPP).

EAAPP Dimensões (n=53)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Ansiedade	7	40	20,79	8,113
Sentimentos depressivos	4	20	9,85	4,676
Preocupação	4	20	8,94	4,861

3.2. Análise Inferencial

Tendo em conta o tamanho reduzido da amostra e, o tamanho reduzido dos grupos e também porque as variáveis não seguem uma distribuição normal, foi utilizada a mediana interquartil na análise das escalas. Assim, serão apresentados os dados de acordo com as hipóteses formuladas.

H1: A classe social da mãe de criança “escala de Graffar” é diferente segundo as variáveis sociodemográficas.

Pela análise dos dados da tabela 21, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente à classe social (escala de Graffar) em relação às variáveis “habilitações” e “profissão” ($p < 0,001$) e ao “local de residência” ($p < 0,05$). Apresentando classe social superior as mães com maiores habilitações, trabalhadoras da área da saúde e residentes em meio urbano.

Verificamos ainda que não há diferenças estatisticamente significativas entre a classe social (escala de Graffar) em relação às variáveis, “idade” ($p=0,429$), “número de gravidezes” ($p=0,952$) e “alterações do sono” ($p=0,091$).

Tabela 21. Análise da escala de Graffar em relação às variáveis sociodemográficas.

		n	Graffar	
			Mediana [IIQ]	Valor-p
Idade	<35	38	10,5[9,0;15,3]	0,429
	>=35	15	10,0 [9,0;11,0]	
Nº de gravidezes	0	34	10,0 [9,0;14,3]	0,952
	>=1	19	10,0 [9,0;15,0]	
Habilitações	Secundário ou inferior	16	16,5 [15,0;17,0]	<0,001
	Licenciatura	19	10,0 [9,0;11,0]	
	Pós licenciatura	18	9,0 [9,0;10,0]	
Profissão	Saúde	15	9,0 [9,0;10,0]	<0,001
	Educação	10	9,5 [9,0;10,3]	
	Administração	8	9,0 [9,0;13,0]	
	Doméstica/desempregada/estudante	9	17,0 [14,5;18,0]	
	Comércio/vendas/operadoras	11	14,0 [11,0;17,0]	
Residência	Urbano	41	10,0 [9,0;13,5]	0,007
	Rural	12	15,0 [11,0;17,0]	
Alterações do sono	Sim	11	10,0 [9,0;10,0]	0,091
	Não	42	11,0 [9,0;15,0]	

H2: A funcionalidade familiar da mãe de criança “escala de APGAR Familiar” é diferente segundo as variáveis sociodemográficas.

Pela análise dos dados da tabela 22, verificamos que não há diferenças estatisticamente significativas entre a funcionalidade familiar (escala de APGAR Familiar) em relação às variáveis “idade” (p=0,710), “número de gravidezes” (p=0,336), “habilitações”(p=0,683), “profissão”(p=0,214), “residência”(p=0,322) e “alterações do sono”(p=0,755).

Tabela 22. Análise da “funcionalidade familiar” escala de APGAR Familiar em relação às variáveis sociodemográficas.

		n	APGAR	
			Mediana [IIQ]	Valor-p
Idade	<35	38	9,0 [7,0;9,3]	0,710
	>=35	15	9,0 [7,0;10,0]	
Nº de gravidezes	0	34	9,0 [7,8;9,0]	0,336
	>=1	19	9,0 [6,0;10,0]	
Habilitações	Secundário ou inferior	16	8,5 [7,3;9,0]	0,683
	Licenciatura	19	9,0 [7,0;10,0]	
	Pós licenciatura	18	9,0 [6,8;10,0]	
Profissão	Saúde	15	9,0 [8,0;10,0]	0,214
	Educação	10	9,0 [6,8;10,0]	
	Administração	8	8,0 [6,0;9,0]	
	Doméstica/desempregada/estudante	9	8,0 [7,0;9,5]	
	Comercio/vendas/operadoras	11	8,0 [7,0;9,0]	
Residência	Urbano	41	9,0 [7,0;9,0]	0,322
	Rural	12	9,0 [7,3;10,0]	
Alterações do sono	Sim	11	9,0 [7,0;9,0]	0,755
	Não	42	9,0 [7,0;10,0]	

H3: O estado de ânimo da mãe de criança “Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo” é diferente segundo e as variáveis sociodemográficas.

Relativamente ao estado de ânimo da mãe (escala de Edimburgo) e pela análise dos dados da tabela 23, constatamos que não existe relação estatisticamente significativa em relação às variáveis “idade”, “número de gravidezes”, “habilitações”, “profissão”, “local de residência” e “alterações do sono” ($p>0,05$).

Tabela 23. Análise do estado de ânimo da mãe de criança (escala de Edimburgo) em relação às variáveis sociodemográficas.

		n	Edimburgo	
			Mediana [IIQ]	Valor-p
Idade	<35	38	7,0 [4,0; 9,3]	0,782
	>=35	15	6,0 [5,0;10,0]	
Nº de gravidezes	0	34	7,0 [5,0; 9,0]	0,987
	>=1	19	6,0 [4,0;10,0]	
Habilitações	Secundário ou inferior	16	6,5 [5,0; 9,8]	0,669
	Licenciatura	19	7,0 [4,0;8,0]	
	Pós licenciatura	18	6,5 [4,0;12,0]	
Profissão	Saúde	15	5,0 [4,0; 8,0]	0,703
	Educação	10	6,0 [3,3;11,0]	
	Administração	8	7,0 [5,0;11,0]	
	Doméstica/desempregada/estudante	9	5,0 [4,0; 7,0]	
	Comercio/vendas/operadoras	11	8,0 [7,0;12,0]	
Residência	Urbano	41	6,0 [4,0; 8,0]	0,065
	Rural	12	8,5 [5,0;17,7]	
Alterações do sono	Sim	11	7,0 [4,0;11,0]	0,198
	Não	42	6,0 [4,0;10,0]	

H4: O estado de ânimo da mãe de criança “escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerperio” é diferente segundo as variáveis sócio-demográficas.

Pela análise dos dados da tabela 24 verificamos que não existe relação estatisticamente significativa entre o estado de ânimo da mãe (escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerperio) e as variáveis de “idade”, “número de gravidezes”, “habilitações”, “profissão”, “residência”, “alterações do sono” ($p > 0,05$).

Tabela 24: Análises do estado de ânimo da mãe de criança (escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puerpério) (EAAPP) segundo as variáveis sociodemográficas

		n	PsicoEmocional	
			Mediana [IIQ]	Valor-p
Idade	<35	38	38,5 [24,8; 47,0]	0,931
	>=35	15	33,0 [26,0; 55,0]	
Nº de gravidezes	0	34	41,0 [28,3; 58,0]	0,297
	>=1	19	29,0 [24,0; 46,0]	
Habilitações	Secundário ou inferior	16	40,5 [25,0; 44,8]	0,157
	Licenciatura	19	26,0 [21,0; 55,0]	
	Pós licenciatura	18	45,0 [29,8; 58,0]	
Profissão	Saúde	15	30,0 [23,0; 46,0]	0,545
	Educação	10	37,5 [24,3; 59,0]	
	Administração	8	48,5 [33,3; 63,3]	
	Doméstica/desempregada/estudante	9	31,0 [22,5; 44,5]	
	Comercio/vendas/operadoras	11	41,0 [27,0; 58,0]	
Residência	Urbano	41	33,0 [24,5; 51,5]	0,290
	Rural	12	41,5 [30,3; 54,3]	
Alterações do sono	Sim	11	38,5 [25,8; 62,0]	0,544
	Não	42	31,5 [24,0; 52,0]	

H5: O estado de ânimo de mãe de criança (escala de Edimburgo) é diferente segundo o estado de ânimo (escala de Avaliação das Alteração do Psicoemociniais do Puerpério), a funcionalidade familiar (escala de APGAR Familiar) e classe social (escala de Graffar).

Através da análise da tabela 25, verificamos uma relação estatisticamente significativa entre o estado de ânimo (escala de Edimburgo) e a “escala de Avaliação das Alterações

Psicoemocionais do Puerpério” ($p=,000$) e respectivas dimensões “Ansiedade” ($p=,000$), a “Sentimentos Depressivos” ($p=,000$) e a “Preocupação” ($p=,000$), a funcionalidade familiar “APGAR”($p=,037$) e a classe social “Graffar”($p=,010$). O que significa que maiores pontuações nesta escala (maior probabilidade de depressão) estão associadas a famílias menos funcionais, classe social mais baixa e a maiores alterações psicoemocionais, nas três dimensões (ansiedade, sentimentos depressivos e preocupações).

H6: O estado de ânimo de mãe de criança (escala de Avaliação das Alteração do Psicoemocionais do Puérperio) é diferente segundo a classe social da mãe de criança “escala de Graffar” e funcionalidade familiar (escala de APGAR Familiar).

Pela análise da tabela 25 constatamos a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o estado de ânimo da mãe (escala da Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puérperio) e as suas dimensões “Ansiedade” ($p=,000$), “Sentimentos Depressivos” ($p=,000$) e “Preocupação” ($p=,000$) e o estado de ânimo “escala de Edimburgo” ($p=,000$). Significa que a presença de alterações psicoemocionais está associada a maior probabilidade de depressão (escala de Edimburgo), a famílias menos funcionais e classe social mais baixa.

Não se observa relação estatisticamente significativa entre o estado de ânimo da mãe (escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puérperio), a funcionalidade familiar “escala de APGAR” ($p=,445$) e a classe social escala de “Graffar” ($p=,641$).

Pela análise dos dados verificamos ainda a não existência de relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar, escala de “APGAR” e a classe social, escala de “Graffar”($p=,447$) e o estado de ânimo da mãe nas dimensões (da escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puérperio) “Ansiedade” ($p=,320$), “Sentimentos Depressivos”($p=,265$) e “Preocupação” ($p=,847$).

Relativamente à classe social, escala de “Graffar”, também não está associada estatisticamente ao estado de ânimo relativamente às dimensões da escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puérperio “Ansiedade” ($p=,780$), “Sentimentos Depressivos” ($p=,375$) e “Preocupação” ($p=,704$).

Também não se verifica relação estatisticamente significativa entre o estado de ânimo da mãe nas dimensões da escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puérperio e a classe social, escala de “Graffar” ($p=780$).

Tabela 25. Análise da relação entre o estado de ânimo da mãe de criança (escalas de Edimburgo e Avaliação das Alteração do Psicoemocionais do Puerpério) e classe social (Graffar) e funcionalidade familiar (APGAR).

N=53			Edimburgo	PsicEmPuer	APGAR	Graffar	Ansiedade- PsicEmPuer	Sentimentos Depressivos- PsicEmPuer	Preocupação- PsicEmPuer
rô de Spearman	code-SOM- Edimburgo	Coeficiente de Correlação	1,000	,620**	-,287*	,353**	,592**	,670**	,491**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000	,037	,010	,000	,000	,000
	SOM- PsicEmPue r	Coeficiente de Correlação	,620**	1,000	-,107	,066	,957**	,920**	,934**
		Sig. (2 extremidades)	,000	.	,445	,641	,000	,000	,000
	SOMapgar	Coeficiente de Correlação	-,287*	-,107	1,000	-,139	-,156	-,027	
		Sig. (2 extremidades)	,037	,445	.	,447	,320	,265	,847
	SOMgraffa r	Coeficiente de Correlação	,353**	,066	-,107	1,000	,039	,124	,053
		Sig. (2 extremidades)	,010	,641	,447	.	,780	,375	,704
	Code-Dim. Ansiedade- PsicEmPue r	Coeficiente de Correlação	,592**	,957**	-,139	,039	1,000	,808**	,847**
		Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,320	,780	.	,000	,000
Code-Dim. Sentimento s Depressivo	Coeficiente de Correlação	,670**	,920**	-,156	,124	,808**	1,000	,829**	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,265	,375	,000	.	,000	
Code- Dim.Preoc upação- PsicEmPue	Coeficiente de Correlação	,491**	,934**	-,027	,053	,847**	,829**	1,000	
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,847	,704	,000	,000	.	

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

4. Discussão dos resultados

No âmbito da discussão dos dados o investigador analisa os principais resultados da investigação, ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses, confrontando os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação, como que num diálogo.

A amostra desta investigação é constituída por 53 mães e pretendeu estudar o estado de “ânimo” no pós-parto e o puerpério.

Assim, relativamente à faixa etária das mães inquiridas encontramos uma média de 32,43 anos, em linha com o estudo realizado por Coelho (2014) no âmbito da mesma temática e cuja média de idades foi de 31,21 anos.

No que respeita às habilitações literárias das mães que integram a nossa amostra, elas são maioritariamente licenciadas, os dados estão em consonância com os dos estudos de Mendes (2014) e Silva, M.A.P. et al., (2017).

Quanto ao estado marital, a maioria das mães são casadas, o que está em consonância com os estudos desenvolvidos por Galvão (2006), Pereira (2004), Ribeiro (2017) e Silva, M.A.P., Demitto, M. O., Agnolo, C. M. D., Torres, M. M., Carvalho, M. D. B., & Peloso, S. M. (2017) relativamente à mesma variável e temática.

No que respeita à naturalidade das mães, são quase todas portuguesas, estes resultados em linha com o estudo de Mendes (2014).

Relativamente ao local de residência, as mães vivem maioritariamente em zona urbana, dados em linha com o estudo de Coelho (2014). Do ponto de vista estatístico a amostra apontou para um desequilíbrio entre as mães que habitavam em zonas urbanas (77.4%) e rurais (22.6%), não foi no entanto encontrada associação entre a zona de residência e as alterações psicoemocionais.

Quanto à situação laboral das mães que integram a nossa amostra, 71,7% são empregadas a tempo completo e 22,6% são desempregadas, os dados estão em consonância com os dos estudos realizados por Lourenço (2013) e Coelho (2014), onde a maioria das mães se encontravam em situação profissional ativa.

No que se refere a área profissional, 28,3% trabalham na área da saúde, 20,8% são comerciantes/vendedoras/operadoras, 18,8% na educação e 17% são domésticas, os resultados estão em linha como os do estudo realizado por Lourenço (2013).

Relativamente ao número de gravidezes das mães que integram a nossa amostra, 69,8% das inquiridas tiveram uma gravidez, 24,5% tiveram duas gravidezes e 3,8% tiveram 3 gravidezes. No que concerne ao número de partos das mães, 81,1% tiveram um parto, 15,1% tiveram dois partos e 3,8% tiveram três partos, os resultados são corroborados pelos estudos realizados por Babok *et al.*, (1999), Silva (2008) e Oliveira (2017) onde também se verificou uma relação entre o número gravidezes e partos, verificando-se uma maior frequência para apenas uma gravidez e um parto.

Relativamente ao tipo de parto das mães inquiridas, 41,5% fizeram parto normal, o mesmo número recorreu a cesariana e 17% tiveram de recorrer a forceps/ventosa, os resultados estão em consonância com os do estudo realizado por Ribeiro (2017), em que 43,8% das mulheres inquiridas teve um parto eutócico (normal), 40,6% teve um parto distócico (cesariana), 9,4% teve um parto por fórceps e 6,3% teve um parto por ventosa.

Quanto ao número de filhos vivos, 81,1% das participantes têm um filho, 15,1% têm dois filhos e 3,8% têm três filhos, os dados estão em linha aproximada com o estudo realizado por Junqueira (2011) em que metade das mães (50%) têm 1 filho, 36,7% têm 2 filhos e 13,3% têm 3 ou mais filhos.

Da análise da variável acerca de ter tido abortos, a maioria das inquiridas (79,2%) nunca tiveram qualquer aborto, 17% tiveram um aborto e 1,9% tiveram 2 e 4 abortos respetivamente, dados próximos dos de Freitas, Ferreira, Maximino, Lucena, Virgínio e Silva (2014), onde 73% não tiveram aborto e 27% tiveram um aborto.

Os dados por nós encontrados relativamente à variável “frequentou a consulta de preparação para o parto”, 92,4% referem tê-la frequentado e 7,6% não, estes resultados apontam frequências de preparação para o parto superiores aos resultados encontrados por Henriques, Santos, Caceiro, Ramalho (2015), onde 52,93% refere ter frequentado a consulta, contra 40,45% que não a frequentaram. Observou-se neste estudo uma relação estatisticamente significativa entre o nível de alterações psicoemocionais em função da frequência de preparação para o parto.

Relativamente à amamentação, 54,7% das mães estava a amamentar e 45,3% não amamentava. No estudo de Junqueira (2011), verificou-se que 76,7% das mães amamentaram os filhos e 23,3% não amamentaram.

Pela análise dos dados relativamente ao estado de ânimo, Escala de Edimburgo, 81,1% das mães tiveram pontuação inferior a 12, o que é sugestivo de não depressão, contudo

18.9% apresentaram pontuação superior a 12, o que significa probabilidade de depressão pós-parto, dados em consonância com os estudos desenvolvidos por Fonseca, Silva e Otta (2010), Lima, Ravelli, Messias e Skupien em 2016, onde 7,8% atingiram um *score* ≥ 12 e 92,1% das mães tiveram *score* entre 0 e 11, considerado dentro dos padrões de normalidade.

Relativamente à análise dos dados em função da classe social, Escala de Graffar os resultados obtidos na caracterização socioeconómica dos agregados familiares, revelam que 35,8% pertencem a famílias de classe alta, 32,1% a classe média alta, 26,4% a classe média e 5,7% à classe baixa, no estudo de Branco em 2013, a classe predominante encontrada foi a classe média (55%), a classe baixa foi encontrada apenas residualmente (1,2%) das famílias.

Relativamente à variável, funcionalidade familiar Escala de APGAR Familiar, a maioria das mães têm a perceção das famílias serem altamente funcionais (83%), dados em consonância com os de Branco em 2013, onde 86,9%, também eram altamente funcionais, no entanto estes números deverão ser tidos em conta com as devidas “reservas”, na medida em que refletem apenas o ponto de vista das mães e não de outros membros da família.

Relativamente à variável estado de ânimo das mães, Escala de EAAPP permitiu-nos verificar que 52,5% das inquiridas apresentam níveis de ansiedade com valores que oscilam entre 7 a 40, com uma média de 20,79 pontos. Apresentam sentimentos depressivos 24,9% das mães, com pontuações médias de 9,85 e apresentam sentimento de preocupação 22,6% das mães com uma média de valores de 8,94. Face aos resultados, o momento mais crítico será após a alta hospitalar, momento em que as mães se sentem menos apoiadas, mais cansadas e ansiosas, não só pela alteração do padrão de sono, mas também pela necessidade de prestar cuidados ao bebé. Aqui terá papel preponderante o enfermeiro, especialmente o enfermeiro de família, que constitui elo determinante na ligação com a restante equipa multidisciplinar.

A análise dos dados, relativamente ao estado de ânimo, alterações psicoemocionais do puerpério, das mães, 47,5% apresentaram níveis de alterações psicoemocionais baixos e a maioria (52,5%), revelou níveis moderados. Estes dados são consistentes com a literatura e em consonância com os dos estudos de Sousa e Leal em 2010 e Coelho em 2014. Um estudo desenvolvido por Perosa, Canavez, Silveira, Padovani e Paraçoli (2009) constatou que a percentagem de mães com quadros ansiosos foi superior à de

mães com sentimentos depressivos. Nas suas pesquisas, os níveis de ansiedade encontrados para as mães de recém-nascido saudável foram moderados. A explicação para a presença de ansiedade moderada, segundo os mesmos autores, pode basear-se no facto de que o recém-nascido real pode não corresponder exatamente ao imaginário da mãe e ainda às incertezas inerentes ao novo papel de mãe.

Face aos sentimentos depressivos, o estudo de Pooler, Perry e Ghandour, (2013) revelou que a prevalência desses sintomas foi maior nas mulheres mais jovens. Resultados de estudos mais recentes vieram corroborar estes dados ao demonstrar que as mulheres que apresentavam sentimentos depressivos eram significativamente mais jovens (Katon, Russo, & Gavin, 2014; Saligheh, Rooney, McNamara, & Kane, 2014), embora no nosso estudo estas variáveis não tenham sido trabalhadas.

Relativamente à preocupação, não foram encontrados estudos na literatura que pudessem rebater ou corroborar os resultados, possivelmente pela fácil sobreposição destes sentimentos com os sentimentos de ansiedade e/ou depressão.

5. Conclusões e Sugestões

Considerando a contextualização teórica e a sua aplicação prática no âmbito do estado de ânimo da mãe de criança, a presente investigação procurou dar resposta à questão de investigação e aos objetivos formulados.

Assim o nosso estudo pretendeu avaliar e analisar o estado de ânimo da mãe de criança no pós-parto e puerpério, identificando alguns fatores de riscos que possam estar associados ao desenvolvimento da depressão.

O estado de ânimo da mãe de criança varia com alguma frequência e intensidade, e afeta a maioria das mães.

Os dados mais proeminentes da investigação, face à questão de investigação e objetivos são: as mães que integraram esta investigação têm idades compreendidas entre 22 aos 43 anos, com uma média de 32,43 anos. As maiorias das mães são casadas (86,8%) e de nacionalidade portuguesa (90,6%). Quanto à escolaridade a maioria (35,8%) possui licenciatura. No que diz à situação laboral a maioria das mães (71,7%) são empregadas a tempo completo. No que concerne ao local de residência, a maioria das mães reside em zona urbana (77,4%). Das mães (92,4%) frequentaram a consulta de preparação para o parto. Relativamente ao estado marital, (86,8%) têm companheiro. Relativamente à profissão constatamos que (28,3%) das mães trabalham no ramo da saúde, (18,8%) trabalham na área da educação, (15,1%) trabalham na administração e (17%) são domésticas e desempregadas e estudantes. Relativamente ao número de gravidezes (69,8%) das mães estiveram grávidas uma vez, (24,5%) estiveram grávidas duas vezes. Relativamente ao número de partos (81,1%) das mães tiveram um parto (15,1%) tiveram dois partos e (3,8%) tiveram três partos. Relativamente ao tipo de parto verificamos que (41,5%) das mães fizeram cesariana, (41,5%) tiveram parto normal-vaginal e (17%) tiveram parto vaginal-forceps/ventosa.

Relativamente ao número de filhos vivos, (81,1%) das mães tem um filho vivo, (15,1%) tem dois filhos vivos e (3,8%) tem 3 filhos vivos.

Quanto ao número de abortos, (79,2%) das mães referiram não ter abortado, (17%) referiram ter tido um aborto, (1,9%) referiram ter tido dois abortos e (1,9%) referiram ter tido quatro abortos.

Relativamente a estar a amamentar, (54,7%) das mães referem estar a amamentar e (45,3%) referiram não estar. Quanto à classe social das inquiridas, escala de Graffar,

(35,8%) das mães enquadram-se na classe 1, família de classe alta, (32,1%) enquadram-se na classe 2, família de classe média alta, (26,4%) enquadram-se na classe 3, família de classe média e (5,7%) enquadram-se na classe 5, família de classe baixa.

Relativamente à funcionalidade familiar, escala de APGAR Familiar, constatamos que (83%) das mães são de famílias altamente funcionais, (15,1%) são de famílias moderadamente funcionais e (1,9%) é de família com acentuada disfunção.

Relativamente ao estado de ânimo, escala de Edimburgo, constatamos que (18,9%) das mães tem probabilidade de ficar deprimida (*score* > 12) e (81,1%) das mães sem probabilidade de depressão.

Relativamente ao estado de ânimo, avaliação das alterações psico-emocionais do Puérperio, pela análise das três dimensões, “ansiedade” os níveis de ansiedade nas mães variam entre o mínimo de 7 e máximo de 40 com uma média é de 20,79. Relativamente à dimensão, “sentimentos depressivos”, as mães apresentam, níveis depressivos que oscilam entre um mínimo de 4 e o máximo de 20, com uma média de 9,85. Ainda relativamente à dimensão “preocupação” das mães, os níveis variam entre 4 e 20 com a média de 8,94. Em síntese, segundo esta escala onde o *score* máximo é de 96 pontos e, quanto maior a pontuação maior é a probabilidade de haver alterações no estado de “ânimo” nas diferentes dimensões, não se revela na generalidade com muitas probabilidades de as mães verem o seu estado de “ânimo” alterado.

Constatamos ainda a existência de relação estatisticamente significativa entre as variáveis, habilitações e a profissão e a classe social, escala de Graffar ($p < 0,001$) e o local de residência e a mesma escala ($p < 0,05$).

Verificamos também que o estado de ânimo, escala de Edimburgo tem relação estatisticamente significativa com o estado de ânimo, escala de Avaliação das Alterações Psicoemocionais do Puérperio ($p = 0,000$) e suas dimensões, ansiedade ($p = 0,000$), sentimentos depressivos ($p = 0,000$) e preocupação ($p = 0,000$), com a funcionalidade familiar “escala de APGAR” ($p = 0,037$), e classe social “escala de Graffar” ($p = 0,010$).

Dada a pequenez da nossa amostra, seria interessante que se continuassem a colher dados no sentido de através de uma amostra mais “robusta” pudéssemos obter dados “significativamente” mais “credíveis” e que pudessem traduzir a perceção de mais mães.

Tendo em conta os resultados apresentados, não se revela na generalidade grande probabilidade de as mães verem o seu estado de “ânimo” alterado. Contudo realçamos o contributo e a importância da atividade dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Familiar e Comunitária na obtenção de melhores níveis do estado de ânimo da mãe no Pós-parto e Puerpério.

Referências bibliográficas

- Almeida, M. I.; Higarashi, I.H.; Molina, R. M. C. M.; Marcon, S. S. & Vieira, T. M. M. (2006). **O Ser Mãe de Criança com Doença Crônica: realizando cuidados complexos.** Escola de Anna Nery: *Revista em Enfermagem*. Rio de Janeiro. Abril. Vol.10; n.1.
- Aires, C. M. C. S.; Ferreira, I. M. F.; Santos, A. T. V. M. F. & Sousa, M. R. M. G. C. (2016). **Empowerment na gravidez: estudo de adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português.** *Revista de Enfermagem Referência, IV* (10), 49–57. <https://doi.org/10.12707/RIV16033>.
- Alfaia, J. R. M.; Rodrigues, L. R. & Magalhães, M. M. (2016). **Uso da escala de Edinburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão Pós Parto: Revisão Integrativa da Literatura.** *Revista Ciência e Sociedade*. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/cienciaesociedade/article/viewFile/2091/1234>. vol.1; n.1.
- Almeida, N. M. S. (2014). **Promoção, prevenção e assistência a mulher no puerpério em São Francisco Do Maranhão.** Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis (SC).
- Austin, M. P. (2004). **Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here?** *Archive of Woman Mental Health*.
- Araujo, Y. B.; Neusa, C.; Moura, F.M. & Nobrega, R.D. (2009). **Conhecimento da Família da Condição Crônica na Infância.** Texto e Contexto em Enfermagem. Florianópolis. Jul/Set; vol.18; n.13.
- Babok, I.M.; Iwadermilk, D.I. & Jensen, M.D. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. (4º Ed). Lusociência.
- Bordignon, J.S.; Liliâne, D.; Ferreira, E.M. & Weiller, T. Heck. (2011). **Depressão puerperal: Definição, Sintomas e a Importância do Enfermeiro no Diagnóstico Precoce.** *Revista Contexto & Saúde, Ijuí*. (Jan/Jun) vol.10; n.20.
- Boyce, P. & Barriball, E. (2010). **Puerperal psychosis.** *Archives of Women's Mental Health*.

- Branco, A.E.G.S.C. (2013). **A relação entre os diferentes tipos de família e a prevalência de doença mental nos indivíduos que compõem essa família.** Artigo científico área científica de medicina geral e familiar. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Abril.
- Brofenbrenner, U. (2011). **Bioecologia do desenvolvimento humano:** Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre.
- Cabral, Y.N.; Lucena, N.M.G.; Martins, L.M.M.S.; Carvalho, A.G.C.; Barros, M.F.A.; Teixeira, C.K.T.M. & Oliveira, E.A. (2012). **O estado de ânimo de mulheres no pós-parto.** *The State of Mood of Women in Post partum. Revista Brasileira de Ciências da Saúde.*
- Cantilino, A. C. F. Z.; Everton, B. S. & Joel, R. Jr. (2010). Transtorno psiquiátrico no pós-parto. *Revista de psiquiatria Clínica.*
[https://www.linkedin.com/pulse/depress%C3%A3o-e-suas-consequ%C3%A2ncias-per%C3%ADodo-puerperal-ao-bin%C3%B4mio-fonseca.](https://www.linkedin.com/pulse/depress%C3%A3o-e-suas-consequ%C3%A2ncias-per%C3%ADodo-puerperal-ao-bin%C3%B4mio-fonseca)
- Carlesso, J. P. P. & Souza, A. P. R. (2011). **Dialógia mãe-filho em contextos de depressão materna:** revisão de literatura. *Rev. CEFAC.*
[https://www.linkedin.com/pulse/depress%C3%A3o-e-suas-consequ%C3%A2ncias-per%C3%ADodo-puerperal-ao-bin%C3%B4mio-fonseca.](https://www.linkedin.com/pulse/depress%C3%A3o-e-suas-consequ%C3%A2ncias-per%C3%ADodo-puerperal-ao-bin%C3%B4mio-fonseca) (Nov/Dez.).
- Coty, L. M. (2007). **A influência do treinamento esportivo no método parcial, nos estados de ânimo dos atletas de handebol.** Monografia apresentada à Universidade Federal de Mato Grosso, Primavera do Leste.
- Costa, A. R. F. M. O. (2012). **Representações mentais das mães com Depressão Pós-Parto e o seu Impacto nas Interações Mãe-Bebé.** Mestrado em Educação e Cuidados na Primeira Infância. Ipbeja.
- Costa, J. A. & Melo, A. (1999). **Dicionário da língua portuguesa.** 8ª ed. rev. e ampliada. Porto: Porto Editora.
- Coelho, C. A. T. (2014). **Determinantes das alterações psicoemocionais do puerpério: Efeitos da auto-estima.** Escola superior de Saúde de Viseu;

Instituto Politécnico de Viseu. Relatório final, 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologista.

Dalgalarrondo, P. (2000). **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed Sul.

Dennis, C. L. 2004. **Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?**. *Journal of Affective Disorders*.

Deziderio, D. & Milani, R.G. (2013). **As influências da depressão pós-parto na relação mãe-bebe**. http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Daniele_Deziderio.pdf.

De Moraes, M. H. C. & Crepaldi, M. A. (2012). **A clínica da depressão pós-parto. Mudanças – Psicologia da Saúde**. vol.19; n.1.

Diego, M.; Field, T.; Hernandez-Reif, M.; Cullen, C.; Schanberg, S. & Kuhn, C. 2004. **Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns**. *Psychiatry*.

Esteves, F. C. & Galvan, A. L. (2006). **Depressão numa contextualização contemporânea**. Aletheia, Canoas.

Felix, T.A.; Ferreira, A.G.N.; Siqueira, D.A., Nascimento, K.V.; Neto, F.R.G.X. & Livia, M.M.Q. (2013). **Actuación de enfermería frente a la depresión post parto en las consultas de puericultura**. *Enfermería global*. n. 29.

Figueiredo, B. (2001^a). **Perturbações psicopatológicas do puerpério**. Quarteto.

Figueira, P. G.; Diniz, L. M. & Filho, H. C. da S. (2011). **Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*.

Fortin, M.F. (2009). **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lusodidacta Soc.port de Material Didatico, Lda. (p.160).

Fonseca, V.R.J.R. M.; Silva, G.A. & Otta, E. (2010). **Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. vol.26, n.4.

- Fonseca, A. & Canavarro, M. C. (2013). **Depressão pós-parto. Propsico: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde – Ciclo 1.**
- Fonseca, J. (2016). **Enfermeira Neonata.**
<https://www.linkedin.com/pulse/depress%C3%A3o-e-suas-consequ%C3%A2ncias-per%C3%ADodo-puerperal-ao-bin%C3%B4mio-fonseca>
- Freitas, F. F.Q.; Rodrigues, F. C. E.; Macedo, M. D. A.; Lucena, Adriana Lira Rufino de.; Virgínio, Nereide de Andrade. & Silva, J. Macêdo. (2014). **Satisfação de puérperas em relação à assistência de enfermagem recebida em um alojamento conjunta.** *Rev. Ciência. Saúde nova esperança.*
- Frizzo, G. B.; Prado, L. C.; Linares, J.L. & Piccinini, C.A. (2010). **Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos.** *Psicologia: Reflexão e Crítica.* Porto Alegre. vol.23, n.1.
- Francisquini, A.; Higarahi, H. L.; Serafim, D. & Bercini. (2010). **Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas.** *Ciência cuidada saúde.* (Out/Dez).
- Furegato, A. R. F.; Santos, J.L.F. & Silva, E.C. (2008). **Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental.** *Revista Latino-americana de Enfermagem.* Ribeirão Preto. Mar/Abri. vol.16, n.2.
- Galvão, D. (2006). **Amamentação bem-sucedida:** Alguns factores determinantes. Loures. Lusociência.
- Gawron, M. F. G.; Santos, S.L.G.dos.; Godoi, A.T.M. & Oselame, G. B. (2015). **Fatores desencadeante da depressão pós-parto:** Revisão narrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento.* Jul/Dez.vol.8; n.4.
- Gonçalves, A.P.A; Pereira, P. de S.; Oliveira, V. de C. & Gasparino, R. (2018). **Reconhecendo e intervindo na depressão pós-parto. Recognizing and intervening in Post partum Depression.** *Revista Saúde em Foco – Edição nº 10*
- Gonçalves, M.M.A.B.R. (2001). **Transformar-se enquanto mulher:um estudo de caso sobre a vivência do período pós-parto.** *Rev. Paulista de Enfermagem.*

- Goodman, J. H. (2008). **Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction.** *Infant Mental Health Journal*.
- Gonçálinho, A.E.A. (2011). <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1644/10/ALMEIDA%20Estela%20Alves%20Gon%C3%A7alinho,%20Corpo%20do%20trabalho.pdf>.
- Greguol, M.; Rodrigues, L. & Pimenta, R. (2010). **Avaliação da Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Pessoas com Deficiência Intelectual.** *Revista Brasileira Ciências da Saúde*.
- Henriques, C.; Santos, M. dos; Caceiro, E. & Ramalho, S. (2015). **Determinantes na transição para a parentalidade.** *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental, especial 2*. Fev.
- Junior, F. & Sprovieri, M. (2000). **Dinâmica Familiar de Crianças Autistas.** *Arquivos Neuropsiquiatria*.
- Junior, F.; Ferreira, F.; Brito, M. & Misquiatti, A. (2013). **Sobrecarga Familiar e Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: Perspectivas dos Cuidadores,** *CEFAC*.
- Junqueira, V. R. (2011). **Aleitamento Materno: Fatores de Abandono.**
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. Williams and Wilkins, Baltimore (2004). **Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.**
- Katon, W.; Russo, J. & Gavin, A. (2014). **Predictors of pos partum depression.** *Journal of Women's Health*. 23(9), 753-759. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11570712>.
- Khanna, R. (2010). **Burden of Care and Health-Realated Quality of Life among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disord.** (Doctoral dissertation) School of Pharmacy at West Virginis University, Morgantown-West Virginia, United States.
- Kogima, E. O. O. (2004). **Entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal (Dissertação).** Faculdade da Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em:

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/14292?show=full>. Acesso em: 20 Abr. 2014.

- Krob, A. D.; Godoy, J.; Leite, K. P. & Mori, S. G. (2017). **Depressão na Gestação e no Pós-Parto e a Responsabilidade Materna Nesse Contexto.** *Revista Psicologia e Saúde*. Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC). Set/Dez. v. 9., n. 3.
- Leoni, U. G. (2005). **A dinâmica familiar de crianças com Doença Crônica:** Disponível no URL:<<http://www.ufscar.br/~bdsepsi/241a.pdf>>.
- Lima, N. C. de.; Ravelli, A. P.X.; Messias, L. S. F. & Skupien, S. V. (2016). **Depressão pós-parto baseada na escala de edimburgo-post partum depression based on Edinburgh scale:** *Revista Conexa- o UEPG*. Universidade Estadual de Ponta Grossa. maio./ago. vol.12. n.2.
- Lowdermilk, D. L.; Perry, S. E. & Bobak, I. M. (2002). **O cuidado em enfermagem materna.** 5ª ed. Porto Alegre. p.27.
- Lourenço, I. M. M. L. (2013). **Acompanhar a Maternidade de forma holística: Efeitos sobre a Auto-estima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé.** Universidade de Évora, escola de ciências sociais; departamento de psicologia. Mestrado em psicologia área de especialização: Psicologia clínica e da saúde. Dissertação. Abril.
- Matthey, S.; Barnett, B.; Ungerer, J. & Waters, B. (2000). **Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood.** *Journal of Affective Disorders*.
- Magalhães, P. V. S.; Pinheiro, R. T.; Faria, A. D.; Osório, C. M. & Silva, R.A. (2006). **Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto.** *Rev. Psiquiátrica. Clínica*. São Paulo 2006. Vol.33; n.5.
- Martins, T. (2006). **Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos Doentes e familiares cuidadores.** Coimbra: Formação.
- Mattar, R.; Silva, E.Y.K.; Camano, L.; Abrahão, A.R.; Colás, O.R. & A. N. J. (2007). **A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. Rio de Janeiro. Vol.1; n.2; art. 1.

- Martinez, P.; Vohringer, P.A. & Rojas, Graciela. (2016). **Barreiras de acesso a tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de atenção primária: um modelo preditivo.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100312&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 abril 2017 Epub 28-Mar-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0982.2675>. vol.24.
- Marques, D. C. & Mendes, D. R. G. (2017). **Fatores de risco associados à depressão pós-parto.** <https://www.senaaires.com.br/wp-content/uploads/2017/05/FATORES-DE-RISCO-ASSOCIADOS-%C3%80-DEPRESS%C3%83O-P%C3%93S-PARTO.pdf>
- Matos, M. G.; Magalhães, A. S.; Carneiro, T. F. & Machado, R.N. (2017). **Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais.** *Psico-USF*. Bragança Paulista. Maio/Ago. vol.22, n.2.
- Mendes, J. (2006). **A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem.** *Informar*. Jan/Jul. n.36.8
- Meira, B. M.; Pereira, P. A. S. & Silveira, M. F. A. (2015). **Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto.** *Texto Contexto Enfermeiro*, Florianópolis. jul/Set/.
- Mendes, A. M. P. S. 2014. **Intervenção do enfermeiro na prevenção das perturbações emocionais no primeiro mês pós-parto.** Programa de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2001). Circular Normativa nº11/DSPSM de 13 de Agosto: **Impressos para a admissão na rede nacional de apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação pós-stress traumático.** Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Milgrom, J. & Gemmill, A. W. (2014). **Screening for perinatal depression.** *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. (p.5).
- Moniz, A. L. C. A. M. G. C. (2007). **Depressão e factores crono biológicos.** Tese de doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

- Moraes, L. C. (2015). **Análise Do Estado De Ânimo de escolares participantes do programa mais educação de uma escola municipal de florestal/MG.** Florestal- Universidade Federal De Vicoça – UFV *CAMPUS* florestal – café instituto de ciências biológicas e da saúde – ibf licenciatura em educação física minas gerais.
- Nascimento, E. R.; Rodrigues, Q. P. & Almeida, M. S. (2007). **Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador - Bahia.** *Acta paul. enferm., São Paulo* Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a11v20n3.pdf. Set/.vol.20, n.3.
- Nagata, M.; Nagai, Y.; Sobajima, H.; Ando, T.; Nishide, Y. & Honjo, S. (2000). **Maternity blues and attachment to children in mothers of full term normal infants.** *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Oliveira, P. H. L. P. S. N. (2017). **Maternidade na adolescência.** Universidade Católica Portuguesa. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Avançada. Instituto da Ciência da Saúde.
- OMS. (2001). **saúde mental: novos conhecimentos, novas esperanças.** Informe sobre la salud en el mundo Ginebra:
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). **Regulamento n.º 126/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar.** *Diário Da República*, 35(2), 8660–8661. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento 126 2011 CompetenciasEspecifEnfSaudeFamiliar.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20126%202011%20CompetenciasEspecifEnfSaudeFamiliar.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). **Regulamento n.º 367/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.** *Diário Da República*, 2(124), 17384–17391. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>.
- Pereira, F. M. (2011). **Sintomas depressivos no puerpério: uma revisão de literatura.** Monografia Enfermagem em Psiquiatria em Saúde Mental.
- Pereira, S. P. P. (2016). **Depressão pós-parto: Fatores de risco em mães de bebés pré-termo.** Universidade de Lisboa faculdade de psicologia depressão.

- Perosa, G. B.; Canavez, I. C.; Silveira, F. C. P.; Padovani, F. H. P. & Paraçoli, J. C. (2009). **Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações.** *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia.*
- Pereira, M. & Canavarro, M. (2004). - **Adaptação à Gravidez e ao Nascimento de um Filho de Mulheres Infectadas pelo VIH/SIDA.**
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. p.45.
- Pooler, J.; Perry, D. F; & Ghandour, R. M. (2013). **Prevalence and risk factor for postpartum depressive symptoms among women enrolled in WIC.** *Maternal and Child Health Journal.* Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23329168>.
- Reis, T. M.; Sousa, M. E. F. de P.; Paula, R. T. Silva, C. C.; Camilo, A. D. & Resende, M. A. (2018). **Assistência de enfermagem na depressão pós-parto e interação mãe e filho.** *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde.*
- Ribeiro, W. G. & Andrade, M. (2009). **O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto.** Informe-se em promoção da saúde. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaoadaude/dpp3.pdf>. Acesso em: 20 Abr. 2014. vol.5, n.1.
- Ribeiro, J.M.L. (2017). **Expetativas maternas na amamentação.** Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde. Porto.
- Ruschi, G.E.C.; Filho, A.C.; Lima, V.J.; Zandonade, E. & Mattar, R. (2007). **Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira.** *Rev. psiquiatr.Porto Alegre*.vol.29, n.3. <https://www.linkedin.com/pulse/depress%C3%A3o-e-suas-consequ%C3%A2ncias-per%C3%ADodo-puerperal-ao-bin%C3%B4mio-fonseca>.
- Saligheh, M.; Rooney, R. M.; McNamara, B. & Kane, R. T. (2014). **The relationship between postnatal depression, sociodemographic factors, levels of partner support, and levels of physical activity.***Front Psychol Journal.*
- Schmidt, E.D.; Piccoloto, N.M. & Muller, M.C. (2005). **Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil.** *Psico-USF*.vol.10; n.1)

- Shimoda, G. T. & Silva, I. A. (2009). **Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação.** *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.*
- Silva, J. A. Da.; Balestrin, C. D.; Poletto, D. & Silva, E. F. (2016). **Cuidados Puerperais e com o recém-nascido: Uma abordagem qualitativa sobre o conhecimento de gestantes de Unidades básicas de saúde de caxias de Sul.** Biblioteca Lascasas. Disponível em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0885.php>.
- Silva, M. de A. P.; Demitto, M.; Agnolo, C.; Torres, M.; Carvalho, M. & Pelloso, S. (2017). **Tristeza materna em puérperas e fatores associados.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* Dez.n.18, Artigo 2 de Investigação.
- Silva, S. C. F. (2008). **Ansiedade da mulher durante ultimo trimestre da gravidez.** Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. Porto.
- Sousa, E. V. & Leal, I. 2010. **Escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério (EAAPP).** Avaliação em sexualidade e parentalidade, Porto: Legis Editora.
- Sobreira, G.D. (2012). **Depression and public health an overview.** *Journal of Psychosomatic Research.* Disponível em <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/psr/article/PIIS0022399902003045>. Acesso em 20 jan.
- Sousa, E. V. & Leal, I. (2007). **Estudo psicométrico de uma escala de avaliação das alterações psicoemocionais do puerpério (EAAPP).**
- Souza, D. D. & Prado, Piccinini CA L. C. (2011). **Representações Acerca da Maternidade no Contexto da Depressão Pós-Parto.** *Psicol. Reflex. Crit.* Porto Alegre. vol. 24, n.2.
- Trindade, M. M. A. C. (2018). **Vivências na transição para a parentalidade: o contributo do enfermeiro de família.** Transition to parentality: the family nurse's contribution. Universidade de Aveiro. Escola Superior de Saúde de Aveiro 2018.

Teixeira, R.C.; Mandú, E. N.T.; Correa, A. C.P. & Marcon, S.S. (2015). **Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto**. Escola Anna Nery. (Out/Dez.

Vaz-Serra, A. (2002). **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra:

Anexos

Anexo I - Autorização do parecer da comissão ética da ULSNE

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Estudo de Investigação: **Estado de ânimo de mãe de criança até aos 12 meses de idade**

Decidiu a CE, autorizar a aplicação do referido questionário, às mães de crianças até aos 12 meses de idade, desde que as visadas não se importem de responder.

Este estudo tem como objetivos:

- Avaliar o estado de ânimo de mãe de criança até aos 12 meses de idade;
- Identificar as áreas/dimensões onde o estado de ânimo das mães possa estar mais fragilizado;
- Relacionar o estado de ânimo com variáveis como: idade, estado civil, número de gravidezes e situação laboral.

Local e horizonte temporal do estudo:

- Será realizado, ao longo de seis meses, nos Centros de Saúde da ULSNE, E.P.E.

Nada a opor do ponto de vista ético.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE E.P.E., presentes em reunião de 14 de novembro de 2018.

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Dra. Maria Jesus Machado, Enfª. Carla Grande, Dra. Liseta Gonçalves e Dra. Maria da Luz Guerra

Presente ainda para secretariar a reunião: Assunção Esteves

*Receção em 29.11.2018
autógrafa nos termos da
parecer da Comissão de
Ética.*

*Dr Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração*

Anexo II - Pedido para aplicação do instrumento da colheita de dados

*Comissão ética
na mesma forma*

17.10.2018
11:32 16:10 10:18 16:32

Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Conselho de Administração

Exmo.(a) Senhor(a)
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, EPE
Conselho de Administração
Avenida Abade Baçal
Bragança
5300-046 Bragança

Processo n.º: 2018/00124
Secção: Secretariado ESSA

N.º de Registo: 2018/01596

Data de Registo: 2018-10-08

00041612-10-18

Assunto: Pedido para aplicação de um instrumento de colheita de dados para estudo de investigação

A Escola Superior de Saúde de Bragança vem por este meio solicitar a V.ª Ex.ª autorização para que a aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar Cláudia Barros Soares Semedo, aplique um questionário nos 14 Centros de Saúde pertencentes à Unidade Local de Saúde do Nordeste, às mães de crianças até aos 12 meses de idade, que tem como base um trabalho de investigação subordinado ao tema "*Estado de ânimo de mãe de criança até aos 12 meses de idade*", sob a orientação dos Professores, Manuel Alberto Morais Brás e Eugénia Maria Garcia Jorge Anes.

Este estudo tem como objetivos:


- Avaliar o estado de ânimo da mãe de criança até 12 meses de idade;
- Identificar as áreas/dimensões onde o estado de ânimo das mães possa estar mais fragilizado;
- Relacionar o estado de ânimo com variáveis como: idade, estado civil, número de gravidezes, situação laboral etc.

Enviamos em anexo: projeto de investigação, declaração dos orientadores e questionário a aplicar.

A aluna compromete-se a manter absoluta confidencialidade dos dados e a respeitar as regras da Declaração de Helsínquia e Legislação Nacional em vigor.

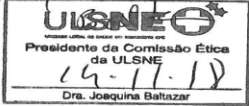
Com os melhores cumprimentos,

A Diretora


Professora Doutora Adília Fernandes



Seo pue m
vinada un
se Importem de
re pudes ao
pustionário
unda a opoz
do gatu de vira
ética

Joaquina

Presidente da Comissão Ética
da ULSNE
19-11-18
Dra. Joaquina Baltazar

Anexo III - Protocolo do estudo

Protocolo do estudo

1- Título

ESTADO DE ÂNIMO DE MÃE DE CRIANÇA ATÉ AOS 12 MESES DE IDADE

2- Enquadramento

O processo de adaptação física e psicológica da mãe à vida da extra-uterina da criança é um processo complexo e gera ou pode gerar, sofrimento. A investigação sugere altos índices de ansiedade e depressão no pós-parto imediato e uma redução significativa da ansiedade, da depressão e dos sinais clínicos destas manifestações, três meses após a alta (Perosa, Silveira & Canavez, 2008).

O nascimento de uma criança produz um impacto na mãe, promove um campo de luta e cria a necessidade de um processo de adaptação a uma nova realidade (Pedremônico, 1998).

Cuidar de uma criança é um acontecimento de vida psicossocial significativo e stressante para uma mãe, envolvendo transformações físicas, psicológicas e interpessoais, pelo que deve ser visto como *um* acontecimento da vida stressante da mãe (Riecher-Rössler & Rohde, 2005; Somerset et al., 2006; O'Keane & Marsh, 2007).

Segundo Ribeiro e Andrade (2009), o estado de ânimo apresenta uma manifestação que altera por completo o perfil social de uma mãe e a maneira como vê a vida e o mundo ao seu redor, podendo ser associado a vários sintomas como: tristeza duradoura, perda do prazer, choro fácil, abatimento, alterações do apetite, distúrbio do sono, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração e memorização, agitação, insónia e fadiga. Lembrando que os sintomas desta nova fase de adaptação da mãe em cuidar da criança recém-nascida afetam o seu estado psicológico (Nonacs, 2005).

Alterações do estado de ânimo estão cada vez mais presentes, e, muitas vezes, se não diagnosticados e tratados precocemente, podem somatizar e tornarem-se distúrbios

psiquiátricos mais graves, inclusive com a presença de sintomas psicóticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O estado de ânimo é um transtorno depressivo que se caracteriza por rebaixamento do humor, redução dos níveis de energia e de atividade, dificuldade de concentração e de experimentar prazer em situações normalmente consideradas agradáveis. Pode ser associado a problemas de sono, cansaço acentuado, diminuição da autoestima, perda ou aumento de apetite e sentimentos de culpa. Este quadro clínico potencia a mãe, para uma sensação de inutilidade e incapacidade. Nesta mesma linha de pensamento, encontra-se a Depressão Pós-Parto onde em muitos casos são os sintomas semelhantes, porém apresenta o agravante de ocorrer num período de grandes transformações e vulnerabilidade da mulher (mãe) e importante para o desenvolvimento cognitivo e psicomotor do recém-nascido (Oliveira, 2016).

A depressão pode ser uma patologia que afeta todo o organismo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento.

É uma doença que afeta as expressões afetivas ou humores, não é sinal de fraqueza, falta de pensamentos positivos ou uma condição que se supera apenas pela força de vontade ou com esforço. A depressão pode-se manifestar de várias formas, constatando-se em todos os tipos, comprometimento do estado de ânimo, inclusive para as atividades que geram prazer (Gomes *et al.*, 2010).

3- Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação de metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo-correlacional, transversal.

4- Questão de Investigação

Qual o estado de ânimo da mãe de criança até aos 12 meses de idade?

5-Objetivo do estudo

Avaliar o estado de ânimo da mãe de criança até aos 12 meses de idade.

Referências Bibliográficas

Cabral, y., lucena, N., Soares, L., Carvalho, A., Barros, M., Mendes, C., Oliveira, E. (2012). O Estado de Ânimo de Mulheres no Pós-Parto. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 16, Suplemento 2, páginas 95-100.

Flávia Cristina Pereira Silveira, Isabela Cristina Canavez, *Júlio de Mesquita Filho* Universidade Estadual Paulista Gimol et Benzaquen Perosa. Ansiedade e Depressão de Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures. Lusodidacta.

Nonacs, R.M. (2005). Postpartum Mood Disorders. In L.S. Cohen & R.M. Nonacs (Eds.), *Mood And Anxiety Disorders During Pregnancy And Postpartum* (pp. 77-93). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ribeiro W. G., Andrade, M. (2009). O papel do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto (DPP). Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.1.p.07-09.

Oliveira, A., Braga, T. (2016). Depressão pós-parto: consequências para mãe e o recém-nascido – uma revisão sistemática. Revista Eletrônica Estácio Saúde - Volume 5, Número 1.

Pedremônico, M. R. M. (1998). As relações que se estabelecem no triângulo: recém-nascido-família-hospital. Em B. Kolpeman, S. Miyoshi & S. Guinsburg, S. (Orgs.), *Distúrbios respiratórios no período neonatal* (pp. 561-563). São Paulo. Ateneu.

Perosa, G. B.; Canavez, I. C.; Silveira, F. C. P.; Padovani, F. H. P.; Peraçoli, J.C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.31 no.9 Rio de Janeiro, Sept.

Ribeiro, W.G., Andrade, M. (2009), revista eletrônica estácio saúde <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index> - ISSN1983-1617 (on line) 133 Revista Eletrônica Estácio Saúde - Volume 5, Número 1, 2016.

Anexo IV - Consentimento informado

Consentimento Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se tiver alguma dúvida relativamente a esta proposta, não hesite em solicitar esclarecimento. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Estado de ânimo de mãe de criança até aos 12 meses de idade.

Explicação do estudo: estabelecemos como principal objetivo, avaliar o Estado de Ânimo da mãe de criança até aos 12 meses de idade, através das características sociodemográficas da população e da aplicação de vários instrumentos de colheita de dados.

Condições: A sua participação neste estudo é voluntária e assenta na gratuidade e altruísmo. Tem o direito de recusar a sua participação no estudo a qualquer momento, sem que daí advinha qualquer prejuízo para si.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade, e, uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. Após preenchimento do questionário, os seus dados serão tratados anonimamente e a sua identificação nunca será tornada pública.

Agradecemos a sua colaboração.

- Cláudia Semedo.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome:

Assinatura: Data:/..... /.....

**Este documento é composto de 1 página e feito em duplicado:
Uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente**

Anexo V - Pedido de autorização da escala de APGAR Familiar

De: zaida azeredo <zaida.azeredo@gmail.com>

Muito boa noite Dr^a Claudia

Pela minha parte dou autorização, mas a escala não é minha. É do Professor Gabriel SmilKlestine (que não sei se já faleceu)

Na altura ele permitiu utilizá-la, tendo mesmo ficado contente com isso. Se ainda for vivo crei que não se oporia

Os meus cumprimentos e desejando boa sorte para a sua pesquisa

Zaida Azeredo

zaida.azeredo@gmail.com

Ao cuidado da Professora Doutora Zaida Azeredo

Assunto: Autorização para aplicação da Escala de APGAR Familiar

Exma. Senhora Professora Doutora Zaida Azeredo, antes de tudo, quero felicitá-la pelo importante trabalho científica desenvolvido e publicado e pelos conhecimentos que nos transmitem.

Chamo-me Cláudia de Barros Soares Semedo. Sou aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Universidade de Aveiro e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Neste momento estou a desenvolver uma Dissertação de Mestrado subordinado ao tema:

ESTADO DE ÂNIMO DA MÃE DE CRIANÇA ATÉ AOS 12 MESES DE IDADE, no Distrito da Bragança.

Assim solicito a V.^a EX.^a. a necessária autorização para poder aplicar a escala de APGAR Familiar publicada por V.^a EX.^a

Grata pela deferência de V. EX.^a.

Com os melhores cumprimentos.

Anexo VI - Pedido de autorização para uso da escala (EAAP)

De: Isabel Leal Assunto: Re: Pedido de autorização para uso da Escala (EAAP) em dissertação de Mestrado Data: 21 de dezembro de 2018, 11:20:17 WET Para: Manuel Bras.

Caro Manuel, Tenho todo o prazer que usem o instrumento que suponho que já tenham em vossa posse. Se for necessário alguma coisa, por favor façam-me saber. Votos de bom trabalho e de boas festas.

Isabel Pereira Leal Full Professor William James Center for Research ISPA – Instituto Universitário Rua Jardim do Tabaco, 34 1149-041 Lisboa - Portugal E-mail: <mailto:ileal@ispa.pt.

Orcid: [hp://orcid.org/0000-0002-1672-7912](http://orcid.org/0000-0002-1672-7912)

From: Manuel Bras

Sent: Thursday, December 20, 2018 10:00 AM

To: isabelpereiraleal@gmail.com

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

Exma. Senhora Professora Doutora Isabel Leal, O meu nome é Manuel Brás, Professor na Escola Superior de Saúde de Bragança - IPB.

Encontro-me a orientar uma estudante, Cláudia Semedo, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar.

A temática é: “Estado de ânimo de mãe de criança até aos 12 meses”. Pelo que gostaríamos de poder fazer uso da Escala "**ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES PSICO-EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO**". Votos de excelentes festas. Atenciosamente.

PS: cumprimento a professora Isabel Leal, pelos seus argos de que sou leitor assíduo.

Manuel Brás

Anexo VII–Pedido de autorização da escala de Depressão pós-parto de Edimburgo

De: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo

Assunto: RE: Utilização de "Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)"

Data: 4 de dezembro de 2018, 17:45:09 WET

Para: Manuel Bras

Caro Manuel Brás

Muito obrigada pelo seu email. Não possuo direitos de autor no que se refere ao EPDS. O mesmo encontra-se publicado para uso no seguinte livro. https://books.google.pt/books/about/Perinatal_Mental_Health.html?id=bIJXPrIZRqE&redir_esc=y

Envio contudo alguns artigos que realizamos com o referido instrumento e que podem ser do seu interesse. Este e outros estão depositados no repositório da UM e no researchgate.

Esteja à vontade para me contactar caso necessite de mais informação. Atentamente, Bárbara Figueiredo.

Barbara Figueiredo. Professor. School of Psychology. University of Minho. Campus de Gualtar 4710-057. Braga. Portugal.

De: Manuel Bras [manuelbras@icloud.com]

Enviado: 29 de Novembro de 2018 8:26

Para: Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo

Assunto: Utilização de "Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)"

Ema Senhora Professora Doutora Barbara Figueiredo, Venho muito respeitosamente, por indicação do Dr. Miguel Xavier da "DGS", solicitar a V^a Excelência a possibilidade de usar para colheita de dados em estudo de investigação a "Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)", que a Professora poderá ter "direitos" de autor.

Grato pela gentileza.

Atenciosamente Manuel Brás

Anexo VIII - Instrumento da colheita de dados



Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

“ESTADO DE ÂNIMO DA MÃE DE CRIANÇA ATÉ AOS 12 MESES DE IDADE”

Exma. Senhora.

O meu nome é **Cláudia de Barros Soares Semedo**, estudante do 2.º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança. Estou a realizar um trabalho de investigação intitulado: “ESTADO DE ÂNIMO DA MÃE DE CRIANÇA ATÉ AOS 12 MESES DE IDADE”.

Neste contexto, solicito a sua preciosa colaboração no preenchimento deste questionário, agradecendo desde já a sua disponibilidade.

Solicito que responda com a máxima sinceridade a todas as questões. Não há respostas certas ou erradas, apenas existe a sua opinião pessoal.

Todas as respostas serão tratadas de forma confidencial, respeitando o anonimato, pois o tratamento e análise dos dados são efetuados de uma forma global, não sendo sujeito a nenhuma abordagem individualizada.

Obrigada pela sua colaboração!

Cláudia de Barros Soares Semedo

Instrumento de Colheita de Dados

Cara Mãe, no âmbito da preparação da Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, subordinada ao tema “Estado de Ânimo da mãe de criança até aos 12 meses de idade”, venho pedir a sua colaboração para responder ao questionário que se segue.

A informação que fornecer é muito importante para compreendermos a vivência do importante papel da mãe de criança até aos 12 meses de idade relativamente ao seu estado de ÂNIMO. Não existem respostas certas ou erradas, interessa apenas que as suas respostas, sejam válidas para si.

As respostas são absolutamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Grata, pela sua colaboração e atenção.

Data ___/___/___

I - DADOS PESSOAIS DO CUIDADOR/ NÍVEL SOCIOECONÓMICO

1. Idade ____ anos

2. Sexo: Feminino

3. Estado Civil

- Solteira
- Casada
- Separada /Divorciada
- União de Facto
- Viúva

4. Situação Laboral

- Desempregada
- Empregada em tempo completo
- Empregada em tempo parcial
- Outro, qual? _____

4.1 está de licença de parto

Não

Sim

5. Habilitações literárias:

- Menos de 4ºano de escolaridade
- 4.º ano de escolaridade
- 9ºano de escolaridade
- 12.º ano de escolaridade
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Outro, qual? _____

6. Zona de Residência: Meio Rural Meio Urbano

6.1 Centro de Saúde de _____

7. Fez consulta de preparação para o parto (no centro de saúde): Sim Não

8. Quantas vezes esteve grávida _____

8.1 – Número de partos _____

8.1.1 – Tipo do último parto _____ com sutura: Sim Não

8.1.2 – Frequência urinária (igual à anterior ao parto)

8.2 – Números de filhos vivos _____

8.3 – Número de abortos _____

9. Está a amamentar: Sim Não

9.1 – Caso não esteja a amamentar, até que meses amamentou _____

10. Qual o seu padrão de sono/igual ao anterior ao nascimento do seu filho(a):

Sim Não

11. Toma regularmente medicação para dormir, calmantes ou antidepressivos?

Não

Sim (especifique quais como) _____

Escala de Graffar – Nível Sócio-Económico
Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2001

1. Profissão	
<input type="checkbox"/>	Diretores de bancos, técnicos, licenciados, títulos universitários;
<input type="checkbox"/>	Chefes administrativos ou de grandes empresas e comerciantes;
<input type="checkbox"/>	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, oficiais de primeira, encarregados;
<input type="checkbox"/>	Motoristas, policiaes, cozinheiros e outros (operários especializados);
<input type="checkbox"/>	Jornaleiros, mandaretes, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza; e outros (trabalhadores manuais ou operários não especializados);
	Descrição: _____
2. Nível de instrução	
<input type="checkbox"/>	Ensino universitário e equivalente;
<input type="checkbox"/>	Ensino médio ou técnico-superior (técnicos e peritos);
<input type="checkbox"/>	Ensino médio ou técnico-inferior (cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem academia);
<input type="checkbox"/>	Ensino primário completo;
<input type="checkbox"/>	Ensino primário incompleto ou nulo;
	Descrição: _____
3. Rendimento familiar	
<input type="checkbox"/>	A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida;
<input type="checkbox"/>	Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados;
<input type="checkbox"/>	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo;
<input type="checkbox"/>	Os rendimentos resultam de salários, remuneração por semana, horas, tarefas;
<input type="checkbox"/>	A beneficência pública é que o sustenta ou à sua família;
<input type="checkbox"/>	Descrição: _____
4. Conforto da habitação	
<input type="checkbox"/>	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, máximo conforto;
<input type="checkbox"/>	Casas ou andares sem serem luxuosos, mas espaçosos e confortáveis;
<input type="checkbox"/>	Casa ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho;
<input type="checkbox"/>	Categoria intermédia entre andares modestos e alojamento impróprio;
<input type="checkbox"/>	Alojamento impróprio para uma vida decente, barracas, excesso de lotação;
	Descrição: _____
5. Aspeto do bairro habitado	
<input type="checkbox"/>	Bairro residencial e elegante, onde os valores dos terrenos são elevados;
<input type="checkbox"/>	Bairro residencial bom, ruas largas, casas bem conservadas;
<input type="checkbox"/>	Bairros em ruas comerciais, estreitas ou antigas;
<input type="checkbox"/>	Bairros operários, populosos, mal arejados, próximos de fábricas
<input type="checkbox"/>	Bairros de lata;
<input type="checkbox"/>	Descrição

Escala de APGAR Familiar

(Smilkstein, 1978 cit in Azeredo e Matos,1989)

	Quase Sempre	Algumas vezes	Quase Nunca
1 - Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa?			
2 - Está satisfeita com a forma como a sua família discute assuntos?			
3 - Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4 - Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5 - Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família?			

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES
PSICO-EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO**
(Sousa & Leal, 2010)

Uma vez que teve bebé há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente nestes últimos dias após o parto. Por favor coloque uma cruz (X) no item (de Nunca a Sempre) com que mais se identifica. Escolha apenas uma resposta por cada questão. No final certifique-se de que respondeu a todas as questões. Por favor não deixe nenhuma por responder.

Obrigado pela sua colaboração.

Itens	Nunca	Raras vezes	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1.Senti-me insegura ao prestar cuidados ao meu bebé.						
2.Sinto que não domino os cuidados que presto ao meu bebé.						
3.Senti-me triste e deprimida.						
4.Senti medo de não conseguir prestar os cuidados ao bebé por não estar familiarizada com esta nova situação.						
5.Tive dificuldade em me acalmar.						
6 – Senti-me esgotada.						

7 – Senti-me melancólica e desanimada.						
8 – Fiquei facilmente ansiosa em relação aos cuidados a ter com o bebé.						
9 – Senti-me aterrorizada.						
10 – Dei por mim a ficar agitada.						
11 – Tive crises de choro.						
12 – Senti-me sozinha.						
13 – Senti-me assustada sem ter tido uma razão para isso.						
14 – Senti dificuldade em relaxar.						
15 – Senti cansaço mental.						
16 – Senti-me cansada e/ou fraquejar.						

Dimensão psicológica

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

Dado que teve um bebe há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

Por favor, assinale (X) a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e de ver o lado divertido das coisas

0-Tanto como antes

1-Não tanto como antes

2-Definitivamente muito menos do que antes

3-Nunca

2.Tenho vindo a aguardar pelo futuro com optimismo

0-Tanto como sempre

1-Bastante menos do que costumava

2-Definitivamente muito menos do que costumava

3-Quase nunca

3. Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal

3-Sim, a maioria das vezes

2-Sim, algumas vezes

1-Raramente

0-Nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo

0-Não, nunca

1-Quase nunca

2-Sim, por vezes

3-Sim, muitas vezes

5. Tenho-me sentido com medo ou apavorada sem grande motivo

3-Sim, muitas vezes

2-Sim, por vezes

1-Raramente

0-Nunca

6. Tenho-me sentido oprimida sem poder resolver as coisas do dia-a-dia

3-Sim, a maioria das vezes não tem conseguido resolvê-las

2-Sim, por vezes não tem conseguido resolvê-las como normalmente

1-Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

0-Não, resolvo-as tão bem como antes

7. Tenho-me sentido tão infeliz que tenho dificuldade em dormir

3-Sim, a maioria das vezes

2-Sim, por vezes

1-Raramente

0-Nunca

8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz

3-Sim, a maioria das vezes

2-Sim, frequentemente

1-Raramente

0-Nunca

9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro

3-Sim, a maioria das vezes

2-Sim, frequentemente

1-Apenas ocasionalmente

0-Nunca

10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma

3-Sim, muitas vezes

2-Por vezes

1-Muito raramente

0-Nunca