

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Promoção da saúde mental materna perinatal: Protótipo de curso de intervenção em cuidados de saúde primários

Promotion of maternal mental health in the perinatal period: Prototype of a primary health care intervention program

Promoción de la salud mental materna perinatal: Prototipo de curso de intervención en cuidados de salud primarios

Maria da Graça Gonçalves Bento Sebastião^{1,2}

 <https://orcid.org/0009-0005-9164-7612>

Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro²

 <https://orcid.org/0000-0002-1037-8299>

Ana Paula Forte Camarneiro²

 <https://orcid.org/0000-0003-3432-9261>

¹ Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, Unidade de Cuidados na Comunidade de Abrantes, Abrantes, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Resumo

Enquadramento: Estudos nacionais e internacionais evidenciam a necessidade de promoção da saúde mental materna (SMM) na transição para a maternidade. As perturbações mentais deste período afetam mães, pais e filhos em desenvolvimento tornando-se um problema de saúde pública.

Objetivo: Desenvolver um protótipo de curso de promoção da SMM no período perinatal, para contextos de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo, com três grupos focais ($N = 29$): grávidas e companheiros; mães e companheiros, com filhos até 12 meses; profissionais de saúde dos CSP. Informação transcrita, analisada por análise temática indutiva com recurso ao NVivo-12. Cumpridos pressupostos éticos.

Resultados: A partir das vivências emocionais maternas, fatores de risco e protetores percebidos e sugestões de áreas temáticas, foram identificadas as componentes do protótipo integrando oito áreas temáticas a serem desenvolvidas no Curso de promoção da SMM, em contexto de CSP, na gravidez e pós-parto, até 12 meses.

Conclusão: Este estudo contribuiu para o desenho do protótipo de um curso de promoção da SMM em CSP, no período perinatal.

Palavras-chave: saúde mental; educação para a saúde; assistência perinatal; grupos focais

Abstract

Background: National and international studies underscore the need to promote maternal mental health during the transition to motherhood. Mental disorders during this period affect mothers, fathers, and developing children, thus constituting a public health problem.

Objective: To develop a prototype program to promote maternal mental health in the perinatal period in primary health care settings.

Methodology: Qualitative, descriptive study using three focus groups ($N = 29$): Pregnant women and their partners; Mothers and their partners with children up to 12 months of age; and Primary health care professionals. Data were transcribed and analyzed using inductive thematic analysis and NVivo-12 software. All ethical requirements were met.

Results: The components of the prototype program for the promotion of maternal mental health in primary health care settings were identified based on participants' reports of maternal emotional experiences, perceived risk and protective factors of maternal mental health, and suggested themes. The prototype program includes the development of eight themes, from pregnancy to postpartum up to 12 months.

Conclusion: Our study has contributed to the development of a prototype program for the promotion of maternal mental health in the perinatal period in primary health care settings.

Keywords: mental health; health education; perinatal care; focus groups

Resumen

Marco contextual: Estudios nacionales e internacionales destacan la necesidad de promover la salud mental materna (SMM) en la transición a la maternidad. Los trastornos mentales en este periodo afectan a madres, padres y niños en desarrollo, lo que lo convierte en un problema de salud pública.

Objetivo: Desarrollo de un prototipo de curso de promoción de la SMM en el periodo perinatal, para entornos de Cuidados de Salud Primarios (CSP).

Metodología: Estudio cualitativo y descriptivo con tres grupos de discusión ($N = 29$): mujeres embarazadas y sus parejas; madres y sus parejas con hijos de hasta 12 meses; profesionales sanitarios de los CSP. Información transcrita, analizada mediante análisis temático inductivo con el NVivo-12. Cumplidos los requisitos éticos.

Resultados: A partir de las experiencias emocionales maternas, los factores de riesgo y protección percibidos y las sugerencias de áreas temáticas, se identificaron los componentes del prototipo, que integran ocho áreas temáticas a desarrollar en el curso de promoción de la SMM en un contexto de CSP en el embarazo y posparto, hasta los 12 meses.

Conclusión: Este estudio contribuyó al diseño de un prototipo de curso para promover la SMM en CSP en el periodo perinatal.

Palabras clave: salud mental; educación sanitaria; atención perinatal; grupos de discusión

Autor de correspondencia

Maria da Graça Gonçalves Bento Sebastião
E-mail: mgbento.sebastiao@gmail.com

Recebido: 13.02.24

Aceite: 25.07.24



Como citar este artigo: Sebastião, M. G., Monteiro, A. P., & Camarneiro, A. P. (2024). Promoção da saúde mental materna perinatal: Protótipo de curso de intervenção em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), e34656. <https://doi.org/10.12707/RVI24.26.34656>



Introdução

Nos últimos anos, a saúde mental da mulher na fase reprodutiva tem despoletado interesse crescente nas comunidades científicas, pela necessidade de aprofundar questões relacionadas com a saúde mental materna (SMM) e de construir respostas adequadas por parte dos cuidados de saúde, no período perinatal.

A saúde mental perinatal, enquanto área clínica e de investigação, tem determinado uma mudança de paradigma. O foco de análise restritivo aos períodos pré e pós-parto imediatos, passou a abarcar as complexas alterações biológicas, emocionais e sociais que ocorrem desde a concepção até ao primeiro ano após o nascimento (Macedo & Pereira, 2014). Esta posição é defendida *pela International Marcé Society e pela WPA – World Psychiatric Association* (2017).

A complexidade de esta fase pode proporcionar evolução e desenvolvimento, contudo, também constitui risco pelas dificuldades associadas. A este propósito, Colman e Colman (1994) referem que o processo de transição para a maternidade pode ser “(...) suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, feliz ou triste, mas é seguramente mudança” (p. 31). É um processo que vai além da gravidez, onde ser mãe obriga a “(...) uma acomodação contínua entre expectativas e realidades” (Colman & Colman, 1994, p.178). Segundo os autores, esta nova experiência tem subjacentes mudanças permanentes, exigindo flexibilidade e capacidade de se adequar a todas as transformações e perdas associadas.

A SMM, neste período, é da maior importância e relaciona-se com o modo como todas estas mudanças são elaboradas, vivenciadas e integradas pela mulher na transição para a maternidade. Aspetos como a estrutura da personalidade, apoio conjugal, familiar e social, significados da gravidez e projeto de maternidade, são considerados determinantes na forma como a mulher vivencia o processo de transição. Este estudo deriva da dissertação de mestrado da primeira autora. Tem como objetivo desenvolver um protótipo de curso de promoção da SMM no período perinatal, para contextos de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Enquadramento

A SMM tem sido uma componente negligenciada da saúde reprodutiva em alguns contextos de cuidados de saúde, apesar de o seu impacto como doença e incapacidade. A Organização Mundial da Saúde tem alertado para a necessidade de reconhecer a importância dos problemas de saúde mental ao nível dos programas reprodutivos, devendo esta dimensão ser incluída na prestação de cuidados (WHO, 2009).

Os estudos publicados confirmam que a doença mental materna perinatal é um problema de saúde prevalente em muitos países e, por isso, considerado um problema de saúde pública (Haga et al., 2018; Tripathy, 2020). Estudos de revisão estimam que cerca de 20% das grávidas apresentem sintomas de depressão, das quais 15% manifestam depressão major (Yin et al., 2021). No pós-parto,

a estimativa da depressão é de aproximadamente 17% (Wang et al., 2021). As perturbações de ajustamento e de ansiedade são ainda mais comuns, estimando-se que até um terço das mulheres experimentem distúrbios de ansiedade durante a gravidez e 20% durante o período pós-natal (Harvey et al., 2018).

Desde os anos 80 do século XX, vem-se confirmando que a sintomatologia ansiosa é a condição com maior frequência na gravidez e a depressão é um dos distúrbios perinatais mais graves (Camarneiro & Justo, 2020). Estes quadros estão associados a complicações obstétricas, incluindo parto pré-termo, papel parental comprometido, risco de conflito parental e desagregação de relacionamento, vinculação insegura, relação mãe-bebé comprometida e alterações no desenvolvimento neurocognitivo e comportamental da criança (Camarneiro & Justo, 2020; Tripathy, 2020).

A carga global de doenças associadas à SMM confirma a necessidade urgente de promoção de políticas de saúde a este nível, de forma a serem desenvolvidas respostas especializadas, preventivas e no acesso ao diagnóstico e tratamento precoces, devendo ser garantida esta dimensão de cuidados a todas as mulheres (Tripathy, 2020). A *World Psychiatric Association* (WPA, 2017) considera as perturbações mentais entre os problemas de saúde mais comuns da gravidez e no ano após o nascimento (período perinatal), tendo emitido uma declaração a nível mundial a alertar para esta problemática. Nesta declaração, de 8 de março de 2017, o grupo de trabalho definiu 12 recomendações para profissionais de saúde, legisladores e entidades envolvidas, no sentido de se desenvolverem estratégias de promoção da SMM, para a redução da morbimortalidade materna e infantil (WPA, 2017).

Estas estratégias deverão ser adotadas em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e, sempre que possível, em equipa multidisciplinar (Marques et al., 2014; Nagle & Farrelly, 2018; Tripathy, 2020). Além disso, é também reforçada a necessidade de desenvolvimento de campanhas públicas, para divulgação e sensibilização, combatendo o estigma e promovendo a literacia na área da SMM (Nagle & Farrelly, 2018; Tripathy, 2020).

Questão de Investigação

Quais são as componentes do protótipo de um curso de promoção da Saúde Mental Materna no período perinatal em Cuidados de Saúde Primários?

Metodologia

Realizou-se um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com três grupos focais como técnica de recolha de informação e análise temática indutiva, com recurso ao Nvivo12. Foram seguidas as orientações *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para a descrição da investigação.

No estudo foram definidos critérios de seleção dos participantes: mulheres grávidas e companheiros(as); mulheres

em pós-parto até 12 meses e companheiros; profissionais de saúde dos CSP; idades superiores a 18 anos; sem patologia do foro mental; os profissionais de saúde com experiência profissional na área materno-infantil.

Constituiu-se uma amostra não probabilística por conveniência de 29 participantes. Foram organizados 3 grupos focais: 1 – Mulheres grávidas e companheiros ($n = 7$ mulheres; $n = 1$ companheiro); 2 – Mulheres em pós-parto até aos 12 meses e companheiros ($n = 11$ mulheres; $n = 3$ companheiros); 3 - Profissionais de saúde dos CSP (Médicos $n = 2$; Enfermeiros $n = 5$).

Foi construído um guião orientador de entrevista para cada Grupo Focal, tendo em conta as suas especificidades, validado pelos investigadores do estudo. Questões colocadas ao grupo 1 (mulheres grávidas e companheiros) e ao grupo 2 (mulheres em pós-parto até aos 12 meses e companheiros): vivências emocionais experienciadas na gravidez atual ou anteriores e, para o grupo 2, também no pós-parto; alterações emocionais experienciadas nos mesmos períodos; fatores de risco e protetores percecionados para a SMM; sugestões para um protótipo de curso de promoção da SMM no período perinatal (temas; formatos; participantes; duração; local). Questões colocadas ao grupo 3 (profissionais de saúde): perceção em relação às alterações emocionais maternas no período perinatal (gravidez e até 12 meses pós-parto); fatores de risco e protetores percecionados para a SMM; dificuldades/constrangimentos na abordagem em SMM ao nível dos CSP; sugestões para o protótipo de curso de promoção da SMM no período perinatal (temas, formatos, duração). A realização dos grupos focais decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade pertencente à Unidade Local de Saúde do Médio Tejo. As entrevistas nos grupos focais foram dinamizadas por um investigador e um coinvestigador. Este realizou as anotações decorrentes da observação e dos aspetos não-verbais da comunicação dos participantes. O conteúdo integral das entrevistas, obtidas em suporte digital e as anotações de campo observadas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo. A codificação da informação e análise contextual da mesma foi realizada com recurso ao *software* NVivo 12 e sujeita a verificação por dois investigadores.

O rigor metodológico teve em conta os construtos utilizados em investigação qualitativa. Foi garantida a credibilidade e fiabilidade da análise efetuada pela triangulação dos resultados, com recurso ao coinvestigador, o que permitiu uma melhor exatidão na descrição das áreas temáticas expressas pelos participantes.

Relativamente às considerações éticas, todos os participantes foram informados dos princípios e procedimentos, sendo assegurada a confidencialidade das respostas e o anonimato. O presente estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem,

da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (CE: 604/07-2019) e da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Ofício 9028/CES/2019).

Resultados

Os participantes deste estudo apresentavam as seguintes características: Grupo focal (GF) 1: sete grávidas e um companheiro. Idade gestacional entre 16 e 31 semanas; três primíparas e quatro múltiparas, com um filho; GF 2: 11 mães (seis primíparas e cinco múltiparas com um filho) e três companheiros. Idades dos bebés: 1 a 10 meses. Tipo de parto: dois traumáticos e os restantes eutócicos; GF 3: sete profissionais de saúde: dois médicos especialistas em medicina geral e familiar e cinco enfermeiros (um especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica; um especialista em reabilitação; um especialista em saúde comunitária e dois enfermeiros). Locais de trabalho: Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados na Comunidade, todos da área dos CSP e com experiência na área materno-infantil, entre 4 e 25 anos.

Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram 628 unidades significativas que foram agrupadas em 23 categorias e 37 subcategorias organizadas em quatro dimensões.

As dimensões e respetivas categorias são as seguintes:

Dimensão 1 – Vivências emocionais maternas (89 unidades significativas). Categorias: Ansiedade e medo; Estados emocionais negativos e; Felicidade e bem-estar.

Dimensão 2 – Fatores de risco percecionados para a SMM (263 unidades de registo). Categorias: Características de personalidade; Idealização da gravidez e maternidade; Dificuldades na Amamentação; Privação do sono; Alterações corporais; Dificuldades com a rede de apoio familiar e social e; Dificuldade na Abordagem da SMM em CSP.

Dimensão 3 – Fatores protetores percecionados para a SMM (119 unidades de registo). Categorias: Boa rede de apoio familiar e social; Competências emocionais e práticas de autocuidado e; Apoio dos profissionais de saúde.

Dimensão 4 – Sugestões para curso promoção da SMM (157 unidades de registo). Categorias Temáticas: Gestão de expectativas; Alterações físicas decorrentes da gravidez e pós-parto; Gestão emocional; Conjugalidade e sexualidade; Rede de apoio; Adaptação e novos papéis familiares e sociais. Categorias Organização: Modalidade (Grupos presenciais); Participantes (Inclusão de Companheiros (as) /casais, Individualização e multiculturalidade); Forma (Workshops, cursos on-line e blogs, linha telefónica e visita domiciliária de Enfermagem) e; Duração (Segundo trimestre a 12 meses pós-parto).

A Tabela 1 apresenta as categorias e as subcategorias por dimensão, ilustradas através das unidades significativas mais relevantes.

Tabela 1*Categorias e síntese das unidades significativas das dimensões apresentadas*

Dimensão 1 - Vivências Emocionais Maternas no Período Perinatal		
Categorias	Subcategorias	Unidades significativas
Ansiedade e medo	Ansiedade face ao risco de perda do bebé (feto)	(M1) - . . . tinha tido 3 abortos. Então, eu senti muita ansiedade, quando soube que estava grávida . . . sempre muito ansiosa e receosa pelas experiências que tinha tido anteriormente.
	Ansiedade face à saúde e desenvolvimento do bebé (feto e RN)	(G1) - Será que vai correr tudo bem? Será que vai nascer perfeito? Uma pessoa está sempre a pensar nisso, não sei porquê. (M5) - . . . temos a criança, depois é como é que isto vai correr? Se vai, se vai correr tudo bem no seu desenvolvimento?
	Ansiedade de separação do bebé	(M5) - Não vou descansada . . . porque eu saio e chego ao local, já estou a ligar a perguntar se está tudo bem? Se, se ela está bem? Se está a chorar? . . . eu quero sempre que ela esteja comigo.
	Ansiedade face à competência materna	(G6) - . . . não sei se vou ser boa mãe? Não sei se vou conseguir fazer tudo? . . . Será que vou fazer as coisas bem? (P2) - . . . há essa ansiedade . . . para ser a melhor mãe. . .
	Ansiedade e medo do parto	(G3) - O parto assusta, também continua a assustar. (M5) - . . . eu tinha muito medo do parto. Tinha mesmo muito . . .
Estados emocionais negativos	Aumento da sensibilidade/ fragilidade	(G1) - Mudei, estou muito mais frágil. Qualquer coisa, apanho logo nervos, ah . . . começo logo a chorar e, estou muito mais frágil. Muito mais sensível. (M6) - . . . eu só vi a [M] 4 horas depois do parto. Não consegui ter este momento que toda a gente fala (Voz trémula e chorosa).
	Desilusão e tristeza com o parto	(G3) - . . . gostaria muito de ter um parto fisiológico, depois não foi . . . foi desilusão, vá. Porque eu queria mesmo ter um parto normal.
Felicidade e bem-estar		(M11) - Mas gostei muito de estar grávida e sentia-me mesmo bonita e feliz de, de estar grávida. O parto correu lindamente, foi espetacular.
Dimensão 2 - Fatores de risco percecionados para a SMM		
Categorias	Subcategorias	Unidades Significativas
Caraterísticas de personalidade		(G2) - É isso mesmo, eu desanimo muito facilmente, então. (CG2) -Ela é muito negativa, o pormenor é esse. É muito negativa. (M5) - . . . eu sou muito orgulhosa . . . Quis ser sempre eu a fazer. . . gosto de saber que sou capaz . . .
Idealização da gravidez e maternidade		(P5) - . . . porque elas idealizam muito o mundo cor-de-rosa e depois não é nada assim. . . Há gravidezes mais fáceis, outras mais difíceis.
Dificuldades na Amamentação		(M4) - . . . <i>não consegui amamentar, andei durante um mês a tentar, e andava muito triste</i> . . . sentia-me a pior mãe do mundo . . . , pressionam-nos muito para amamentar . . .
Privação do sono		(M4) - Privação do sono é o pior . . . E nós queremos fazer tudo. E depois é muito cansaço acumulado, lá está, a privação do sono.
Alterações corporais		(G2) - . . . é a parte, por exemplo, de poder vir a ter estrias e a parte de poder não voltar ao meu peso.

Dificuldades com a rede de apoio familiar e social	Apoio fraco ou ausente (Familiar e companheiro(a))	(M7) - . . . no pós-parto, eu fiquei . . . muito sozinha, eu não tinha ajudas, eu não tinha, nem mãe, . . . não tive ajuda, eu me senti muito deprimida, muito, muito sozinha, senti-me sozinha. O meu marido trabalhava muito, passava os dias sozinha, foi muito difícil, para mim.
	Sobrecarga	(M4) - Estava muito cansada, não é? Parece que é tudo para cima das mães . . . ele dá-me força . . . isso não chega porque acho que é um bocadinho, o peso é mais para as mulheres.
	Pressão para a felicidade	(CG2) - Nas histórias . . . a gravidez é melhor coisa. . . as pessoas, muitas vezes . . . acabam por esconder as coisas e depois quando as vão libertar, se calhar, já é um bocado tarde. (P3) - É visto . . . como um momento muito mágico . . . é muito difícil estar a admitir que se tem um problema e estragar a magia toda.
	Retorno à vida Profissional	(G5) - Sim, sim. A pressão exercida no trabalho . . . (P2) - . . . o retorno ao trabalho . . . vai trazer novos desafios à mulher.
Dificuldade na Abordagem da SMM em CSP	Falta de tempo dos profissionais	(P2) - . . . pela dificuldade do tempo que existe para as consultas de grávida, é difícil (...), abordar essa parte mental e a mulher ter tempo para se abrir e se expor em relação a isso é muito difícil. (CG2) - . . . a gente vai a uma consulta, não é? Perguntam se está tudo bem . . . Está tudo bem, pronto. . . E, o emocional?
	Falta de Respostas Especializadas	(P1) - . . . do ponto de vista da resposta, é muito limitada, os nossos serviços têm poucas respostas especializadas e se no pós-parto já é complicado ter uma resposta, no pré-parto também não é fácil.

Dimensão 3 - Fatores de proteção percecionados para a SMM

Categorias	Subcategorias	Unidades Significativas
Boa rede de apoio familiar e social	Apoio e presença do companheiro ou pai do bebé	(G5) - . . . o apoio do marido, o saber que está lá, que não estou sozinha. Ah eu acho que até, ele só precisa de estar, mesmo que ele não diga ou que ele não faça nada, acho que isso já me acalma. (M4) - . . . o apoio do pai foi muito importante também, acho que os pais no parto são muito importantes . . . o facto de o pai ter dado sempre o apoio e tranquilidade fez com que eu ficasse mais tranquila.
	Apoio familiar e dos amigos	(G2) - A parte que protege . . . , é a parte da família. . . Traz-me aquela segurança de que “ok, aconteça o que acontecer eu sei que não vou estar sozinha, que vai lá estar sempre alguém comigo”. (M9) - Pronto. Eu tenho isso (apoio), mas com amigos e amigas. . . Eu penso, ah se acontecer-me alguma coisa, ligo à minha amiga . . . , e ela acode-me, pronto.
Competências emocionais e práticas de autocuidado		(G6) - . . . tenho de me encarar ao espelho e tenho de me aceitar como sou. Esse é um dos principais fatores de proteção, é aceitar-nos. (M8) - Eu comigo . . . é um dia de cada vez, o que conseguir fazer, faço, o que não conseguir, não faço. (risos, alegria). (M7) - . . . Ah, é o ar, a água, o exercício, o descanso, o ar puro, pensar em Deus, então, eu me foquei nisso para, para me sentir melhor. E resultou e me sinto bem, emocionalmente, me sinto bem.
Apoio dos profissionais de saúde	Cursos de preparação para o parto e recuperação pós-parto	(M1) - . . . foi ótimo virmos fazer o curso, com a enfermeira [P] porque falávamos, estávamos com outras pessoas . . . (M10) - Estas formações, acho que também nos ajudam imenso, relatar “olha aconteceu-me assim”.
	Disponibilidade dos profissionais de saúde	(M6) - Temos sempre a enfermeira [P] está sempre disponível . . . é muito importante haver um número de telemóvel para quem nós possamos mandar uma mensagem . . .
	Visita domiciliária de Enfermagem	(M2) - O facto de a enfermeira [G] ir a casa, na primeira semana de vida do bebé, foi muito importante . . . verem logo o que se passa.

Dimensão 4 - Sugestões para um curso de promoção da SMM

Categorias Temáticas	Subcategorias	Unidades Significativas
Gestão de expectativas	Idealização da maternidade	(P7) - Eu acho que a pessoa estando preparada para isso, aceita, . . . está mais pronta e, e percebe que aquilo vai ser uma fase transitória e, portanto, mais fácil de ultrapassar.
	Bebé imaginário/bebé real	(G3) - Para falar, nesta questão de que a gente não se identifica com a criança após o nascimento, não se reveem em bebês.
	Amamentação e alternativas	(M6) - . . . temos de defender que a amamentação é o melhor caminho, contudo, temos que mostrar que há outros, quais são e como é que devemos fazer ou a quem é que podemos ir procurar ajuda
	Desconstruir crenças	(M1) - . . . , às vezes, julgam-nos mal por isso, não é? Porque os filhos . . . Ah os filhos têm de ser a melhor coisa e tens que ser a supermãe e tens que ser tudo, e fazer tudo em casa, e conseguir.
Alterações físicas decorrentes da gravidez e pós-parto		(G6) - . . . Primeiro, desmitificar que não é uma doença, mas sofres . . . sofres alterações, as alterações são normais, tu vais sentir mais assim, tu vais sentir aquele-loutro. . . (P3) - Aquilo que eu estava a falar nas alterações do corpo, explicar o que é que, as sintomatologias, umas têm, outras não têm, pronto, mas para dar abertura, pôr as coisas no ar sobre o assunto
	Expressão de emoções	(M1) - . . . perceber e falarmos com pessoas e que nos mostrem que “olha, tu és normal se chorares, é normal se não estiveres sempre feliz”, é normal . . . Sinceramente de sentirmos essas coisas que não faz de nós más mães.
Gestão emocional	Estratégias de <i>coping</i>	(G6) - Sim, porque na prática tudo mexe com a saúde mental de uma grávida, acho que . . . O saber que é normal . . . E, e, na prática, arranjar . . . ferramentas para nos proteger um pouco. (M2) - . . . no curso, em si, para ajudar as pessoas a lidar com ansiedade, acho que podia ensinar técnicas de controlo da ansiedade . . . <i>técnicas de relaxamento</i>
	Conjugalidade e Sexualidade	(M2) - . . . <i>há uma coisa que não se aborda que é a vida sexual do casal após o parto. Eu acho que isso é uma falha</i> . . . Porque isso também gera ansiedade.
Rede de apoio	Apoio familiar	(P6) - . . . que apoio é que tem? Ou seja, tem o marido ou o companheiro que apoia, a mãe e a sogra, por aí
	Apoio social	(M2) - . . . e quem não tem (ajuda), portanto, o que fazer, não é? . . . podia ser uma mãe solteira, imaginemos, não é? Ou mesmo, não tem família perto, essa pessoa ser orientada ainda antes do parto.
Adaptação a novos papéis familiares e sociais	Competências para a transição para parentalidade	(P3) - . . . as competências parentais, isso é uma coisa que devia ser treinada sempre, devia haver muito mais abordagem. (M7) - Ter mais informação, sabe? Aspectos práticos da parentalidade.
	Estratégias relacionadas com os filhos mais velhos	(G4) - Um dos temas, o segundo filho. O como abordar? Para incluir sempre o primeiro. (M11) - . . . , como é que nós enquanto pais, com um bebé tão pequenino a precisar de tanta atenção, nós mais fragilizados e com as emoções à flor da pele, como é que damos atenção ao outro filho . . . ?
	Atividade Profissional	(G5) - Acho que também era importante um tema para saber lidar com a pressão laboral e social. (M9) - Acho importante falar na ansiedade do regresso ao trabalho.
Categorias Organização	Subcategorias	Unidades Significativas
Modalidade	Grupos	(G6) - Grupos . . . Nem que seja só para partilhar porque só a partilha, só o falar, só o ouvir os outros, só o perceber, é como os grupos de apoio. . . <i>nós sentimo-nos sempre mais amparados. Ah e cria-se, digamos, um, um conforto, algo de segurança.</i> (CG2) - Estas, estas reuniões são boas porque muitas vezes há pessoas que tem dúvidas e não o fazem por vergonha.
	Inclusão de Companheiros(as) (casais)	(G6) - De preferência para o casal, se poderem estar os dois, . . . mesmo que não seja o pai da criança . . . Mas a pessoa que a acompanha. Ah porque é, para nós é sempre visto como uma mais valia ter alguém ao lado.
Participantes	Individualização e multiculturalidade	(P3) - . . . cada pessoa é muito diferente e as realidades, até as culturas são diferentes e as vivências são complicadas e podem trazer alguma dificuldade acrescida ou facilitação, depende do que é que cada mulher está a viver.

Forma	Workshops, cursos on-line e blogs	(P2) - . . . tentar ir mais ao encontro das expectativas e das necessidades das mães. . . . possa ser ao fim de semana, que possa ser pós-laboral, que possa ser online. (M6) - . . . a formação que se faz, não ser só em sala, mas fora da sala para promover já entre as grávidas conhecerem-se
	Linha Telefónica	(M2) - O haver uma linha aberta, por exemplo, no Centro de Saúde, e nós poderemos telefonar . . . se tem dúvidas pode telefonar.
	Visita Domiciliária de Enfermagem	(M2) - O ir a casa e, havendo essa possibilidade também da parte do Centro de Saúde, dos técnicos, se calhar, ir até mais vezes, . . . haver esta possibilidade.
Duração	Segundo trimestre a 12 meses pós-parto	(P1) - . . . iniciar, no segundo trimestre, o primeiro trimestre é muito ambivalente e, portanto, as intervenções normalmente preconizam que sejam mais no segundo trimestre. (P4) - . . . eu acho que é de prolongar até 1º ao ano Dado que são situações que ainda acontecem, nessa altura. . . . conjugar a vida familiar e o trabalho, a criança, etc.. . . .

Nota. (G) = Grávida; (M) = Mãe; (CG) = Companheiro grávida; (P) = Profissional.

Após a realização da síntese da informação obtida, foi possível identificar 8 áreas temáticas e as abordagens para a construção do protótipo do curso. De uma forma global, os conteúdos que emergiram visam a aquisição de conhecimentos na transição para a maternidade (significados e competências), literacia em SMM, promoção dos fatores protetores e a minimização/controlar dos fatores de risco para a SMM (Tabela 2).

Em relação ao modelo esquemático de implementação do

protótipo, é proposto o seu início no II trimestre de gravidez e o término no final do primeiro ano de vida do bebé. As abordagens sugeridas englobam sessões de grupo em formatos vários (Presencial e On-line); sessões individualizadas e culturalmente sensíveis e a realização de visita domiciliária de Enfermagem. É também recomendada a integração do protótipo nos cursos de preparação para o parto, de recuperação pós-parto e de parentalidade, em contexto de equipa multidisciplinar.

Tabela 2

Modelo Temático do Protótipo para a Promoção da Saúde Mental Materna Perinatal

Unidades Temáticas	Principais conteúdos a desenvolver
1- Transição para a maternidade: significados e dinâmicas	A transição para a maternidade – significados; Projeto de gravidez/ maternidade/ Família – Significados; Dinâmicas familiares (relações com as famílias de origem; os filhos mais velhos); Papéis familiares; Idealização da maternidade: Estratégias na gestão de expectativas.
2- Alterações físicas e emocionais no período perinatal.	As alterações físicas e emocionais na gravidez, parto e pós-parto – Impactos na SMM; Expressão emocional e abordagem de medos e culpas; Abordagem de falsas crenças e estigmas; Fatores de risco para a saúde mental materna (pessoais, obstétricos, familiares, sociais, outros).
3- Estratégias / Autocuidado em saúde mental perinatal	Competências emocionais: Conceitos e treino; Estratégias na gestão das alterações psicoemocionais decorrentes da gravidez, parto e pós-parto; Autocuidados em Saúde Mental: Estratégias de coping/ gestão de stresse/ autoestima e hábitos de vida saudáveis.
4- Rede de apoio familiar e/ou social.	Importância da rede de apoio; Envolvimento do companheiro(a) e da família; Aprender a pedir ajuda; Estratégias de comunicação assertiva; Atividade profissional – Adaptação / Novos papéis sociais.
5- Conjugalidade e sexualidade: Mudanças e significados	Conjugalidade e sexualidade – Mudanças e significados; Conjugalidade e parentalidade - Reforço da importância do relacionamento parental; Desenvolvimento de competências na comunicação e gestão de conflitos.
6- Bebé imaginado e bebé real	Bebé imaginário/ bebé real – Expectativas. Vinculação; Competências do bebé – Significados, adequação de expectativas: temperamento, choro e sono do bebé; Treino de competências na resposta assertiva às necessidades da criança.
7- Transição para a Parentalidade	Significados; Competências socio-emocionais na transição; Treino de competências no cuidado ao RN (Amamentação e outros) – Abordagem multidisciplinar.
8- Integração da experiência do nascimento	Gestão de expectativas; Consolidação de estratégias e/ou áreas temáticas desenvolvidas; Reforçar estratégias de promoção de Saúde Mental.

Discussão

O presente estudo permitiu identificar as componentes de um protótipo de promoção da Saúde Mental Materna

(SMM) no período perinatal, através de um processo de construção de conhecimento baseado em evidências. O estudo das vivências maternas, bem como dos fatores protetores e de risco neste processo de “tornar-se mãe”,

foi essencial para aprofundar as questões relacionadas com esta fase do ciclo vital e dos seus significados para a saúde mental da mulher, bem como na identificação de estratégias para a promoção da SMM, corroborando os trabalhos desenvolvidos por outros autores (Macedo et al., 2014; Marques et al., 2014; Nagle & Farrelly, 2018; Tripathy, 2020).

As intervenções sugeridas, com enfoque nos fatores de risco psicossociais possíveis de modificar, sobretudo relacionados com a interação entre as características da pessoa e do seu contexto social, concordam com os autores que as consideram eficazes e benéficas (Marques et al., 2014). A importância do apoio social neste período é visível em alguns programas que pretendem promover o desenvolvimento de relações saudáveis e de sistemas de apoio familiar e social (Fisher et al., 2010; Harvey et al., 2018). A promoção das relações positivas entre o casal (comunicação e gestão de emoções), assim como a gestão do stresse, resolução de problemas/ conflitos, treino de competências e locus controle interno, são estratégias desenvolvidas em vários programas de promoção da saúde mental materna, bem como a gestão das expectativas acerca da parentalidade no estabelecimento de objetivos e recursos psicossociais (Drozd et al., 2015; Harvey et al., 2018).

Em relação às áreas temáticas vinculação e reconhecimento dos sinais da criança, são referidas por diversos autores como competências importantes na gestão emocional (Fisher et al., 2010; Wynter & Rowe, 2010), bem como as expectativas entre o bebé imaginário e o bebé real (Arrais et al., 2014; Fisher et al., 2010). Os autores consideram que é necessário promover uma resposta cognitiva e menos emocional dos pais ao choro, desenvolvendo as suas competências na resposta assertiva às necessidades da criança (Fisher et al., 2010).

A falta de formação e treino dos profissionais de saúde nesta área é considerada por vários autores como um obstáculo, pelo desconhecimento dos aspetos relacionados com a SMM implicados na transição para a maternidade e por práticas que afetam a confiança da mulher e a sua predisposição para pedir ajuda e superar os problemas. As mulheres nem sempre sentem abertura por parte dos profissionais de saúde para falarem abertamente das suas emoções por vergonha, estigma e falta de tempo dos profissionais para as escutarem (Nagle & Farrelly, 2018) adequando as suas práticas às necessidades individuais e de educação para a saúde (Ramalho et al., 2023). Estes aspetos foram referidos nos 3 grupos focais e considerados determinantes na construção de uma relação de confiança e promotora de um clima não estigmatizante, sublinhando a importância dos profissionais de saúde na promoção do bem-estar materno.

O protótipo proposto apresenta uma abordagem primária e universal, porque pretende minimizar a incidência da patologia mental materna, com o controle dos fatores de risco, e porque dirigida a toda a população. Alguns autores consideram estas abordagens menos estigmatizantes e, por isso, mais facilmente aceitáveis. Apesar de os resultados não serem muito significativos, são importantes em termos de saúde pública, tendo em conta os efeitos no sistema familiar e comunitário (Fisher et al., 2010). Tem,

também, subjacente uma abordagem psicoeducacional, de modo a capacitar as mulheres para a identificação de sintomas, incentivando-as a procurar ajuda e apoio, indo ao encontro de outros autores que defendem esta abordagem na desmistificação de crenças e sentimentos de culpa relacionados com a competência materna, e as decorrentes do autoestigma associado à doença mental (Arrais et al., 2014; Drozd, et al., 2010)

É essencial uma abordagem flexível e acessível, ajustada culturalmente aos vários contextos de cuidados de SMM. Neste sentido, recomenda-se uma especial atenção às mulheres de minorias étnicas ou deslocadas dos seus países de origem e cuja vulnerabilidade para a patologia mental é superior, pelos fatores psicossociais presentes (Monteiro & Mendes, 2013; Watson et al., 2019). Mas, também, às mulheres que pelas circunstâncias de vida complexas (pobreza, isolamento, dificuldades em se deslocarem, etc.) não se disponibilizam para a frequência destas ações (Harvey et al., 2018; Marques et al., 2014).

A sugestão referida neste estudo, de realização de uma visita domiciliária de enfermagem em contexto de pós-parto, onde é disponibilizado apoio à família, foi realçada por alguns autores como essencial na promoção do bem-estar emocional das mulheres. No entanto, esta consulta deve englobar como objetivos, o reconhecimento precoce de sintomas e a referenciação para um acompanhamento especializado na área da saúde mental (Wylie et al., 2011). Neste contexto, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica aparece em alguns estudos, como um recurso importante nas equipas, sendo sublinhado o papel diferenciador na prestação de cuidados especializados (Guerra et al., 2014) e culturalmente sensíveis (Monteiro & Mendes, 2013), bem como no desenvolvimento de programas a este nível (Harvey et al., 2018).

As limitações deste estudo decorrem do facto de ter sido realizado num único contexto de cuidados e de não ter sido possível aprofundar o impacto do processo de transição para a parentalidade dos companheiros, bem como do papel dos bebés na saúde mental das mulheres no período perinatal. Por outro lado, a falta de validação do protótipo, também constitui uma limitação, tendo em conta a avaliação da sua pertinência e/ou a necessidade de eventuais alterações.

Conclusão

Este estudo contribuiu para a identificação das componentes temáticas e abordagens metodológicas do protótipo de um curso de promoção da saúde mental materna perinatal, a partir da síntese dos resultados e de evidências encontradas na literatura sobre programas nesta área. As unidades temáticas visam a capacitação da mulher para a literacia em saúde mental materna, o autocuidado em saúde mental na transição para a maternidade, a promoção dos fatores protetores e a minimização/ controle dos fatores de risco.

Confirma-se com este estudo, a importância da construção de respostas de saúde promotoras do bem-estar materno, bem como a necessidade de formação específica

dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres no período perinatal, de forma a tornar as práticas mais adequadas e sensíveis aos aspetos da saúde mental materna. Como implicações para a prática, o protótipo proposto é inovador por ser integrado nos Cuidados de Saúde Primários, em equipa multidisciplinar e num ambiente comunitário e de proximidade de cuidados. Em termos de investigação futura, propõe-se a avaliação e validação do protótipo e sugere-se o estudo do percurso do pai/companheiro(a), de outros filhos, bem como dos avós, numa perspetiva transgeracional, cujas vivências se cruzam e, certamente, se influenciam na promoção da saúde mental e bem-estar de toda a família.

Contribuição de autores

Conceptualização: Sebastião, M.G., Monteiro, A. P., Camarneiro, A. P.

Tratamento de dados: Sebastião, M.G., Camarneiro, A. P.

Análise formal: Sebastião, M.G., Monteiro, A. P., Camarneiro, A. P.

Investigação: Sebastião, M.G., Monteiro, A. P., Camarneiro, A. P.

Metodologia: Sebastião, M.G., Monteiro, A. P., Camarneiro, A. P.

Supervisão: Monteiro, A. P., Camarneiro, A. P.

Validação: Sebastião, M.G., Monteiro, A. P., Camarneiro, A. P.

Visualização: Sebastião, M.G.

Redação - rascunho original: Sebastião, M.G.

Redação - análise e edição: Sebastião, M.G., Monteiro, A. P., Camarneiro, A. P.

Referências bibliográficas

- Arrais, A., Mourão, M., & Fragalle, B. (2014). Pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. <https://doi.org/10.1590/S010412902014000100020>
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2020). Emotional states and psychopathological symptoms in couples during pregnancy and post-partum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 4(4), 384-398. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1814226>
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Drozdz, F., Haga, S., Brendryen, H., & Slinning, K. (2015). An Internet-based intervention (mamma mia) for postpartum depression: Mapping the development from theory to practice. *JMIR Research Protocols*, 4(4), 1-17. <https://doi.org/10.2196/resprot.4858>
- Fisher, J. R., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2010). Innovate psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a before and after controlled study. *BMC Public Health*, 10(432), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-432>
- Guerra, M. J., Braga, M. C., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed.Esp.1), 117-124.
- Haga, S.M., Drozd, F., Lisøy, C., Wentzel-Larsen, T., & Slinning, K. (2018). MammaMia – A randomized controlled trial of an internet-based intervention for perinatal depression. *Psychological Medicine* 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002544>
- Harvey, S. T., Bennett, J. A., Burmeister, E., & Wyder, M. (2018). Evaluating a nurse-led community model of service for perinatal mental health. *Collegian*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.12.005>
- Macedo, A.F., & Pereira, A. T. (Coords) (2014). *Saúde Mental Perinatal*. Lisboa: Lidel.
- Marques, M., Pereira, A.T., Bos, S., Soares, M.J., Maia, B.R., Valente, J., & Macedo, A.F. (2014). Aspetos clínicos e fatores de risco psicossociais da depressão perinatal. In A.F. Macedo & A.T. Pereira (Coords), *Saúde Mental Perinatal* (pp. 27- 49). LIDEL.
- Monteiro, A.P., & Mendes, A. (2013). Multicultural care in nursing-From the theoretical paradigm to the subjective experiences in clinical settings. *Open Journal of Nursing*, 3(8), 557-562. <https://doi.org/10.4236/ojn.2013.38076>
- Nagle, U., & Farrelly, M. (2018). Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period. *Midwifery*, 66, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>
- Ramalho, G. C., Alves, B. P., Temoteo, R. C., Nascimento, M. B., Fernandes, P. K., Freitas, F. F., & Fernandes, M. C. (2023). Experiências e sentimentos vivenciados pelas mulheres na gestação. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e31100. <https://doi.org/10.12707/RVI23.56.31100>
- Tripathy, P. (2020). A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 49, 101747. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogh.2020.101747>
- Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11, 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
- Watson, H., Harrop, D., Walton, E., Young, A., & Soltani, H. (2019). A systematic review of ethnic minority women's experiences of perinatal mental health conditions and services in Europe. *PLOS ONE*, 14(1), e0210587. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210587>
- World Health Organization. (2009). *Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature*. World Health Organization.
- WPA (2017). *The WPA Perinatal mental health position statement*. Recuperado de http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA%20perinatal%20position%20statement%20FINAL.pdf
- Wylie, L., Holiins Martin, C. J., Marland, G., Martin, C. R., & Rankin, J. (2011). The enigma of post-natal depression: an update. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 48-58. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01626.x>
- Yin, X., Sun, N., Jiang, N., Xu, X., Gan, Y., Zhang, J, Qiu, L., Yang, C., Shi, X., Chang, J., & Gong, Y. (2021). Prevalence and associated factors of antenatal depression: Systematic reviews and meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 83, 101932. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101932>