



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA

Literacia em saúde mental da puérpera

Maria João da Cruz Marques

Coimbra, *novembro* de 2020



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

VII CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA

Literacia em saúde mental da puérpera

Maria João da Cruz Marques

Orientadora: Mestre Ana Maria Poço dos Santos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, *novembro* de 2020

Não obstante o labor inerente à elaboração deste trabalho assentar numa dedicação individual, resulta de um processo que envolve vários intervenientes, que merecem o meu afetuoso e melhor reconhecimento.

Dedico este trabalho aos meus filhos, minha razão de existir.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho encerra um percurso, um caminho demorado de múltiplos desafios. Esta caminhada não teria sido possível sem o apoio, ajuda e ânimo de muitos. Mas é de elementar justiça destacar algumas pessoas.

Agradeço à Professora Ana Maria Poço dos Santos, pela sua orientação e sapiência, dois ingredientes valiosos, para que pudesse fazer face aos reveses e manter-me perseverante.

A todas as puérperas que participaram neste estudo, fundamentais para a sua realização.

Aos meus filhos, minha força de viver. O seu sorriso, carinhos e alegria são os grandes incentivos para eu continuar a caminhada da vida,

Ao meu marido, ser humano extraordinário, por jamais ter deixado de acreditar no meu sonho e comigo sonhou.

Obrigada.

RESUMO

Introdução: A necessidade de desenvolver o conhecimento sobre a problemática da literacia em saúde mental da puérpera, quer na compreensão dos fenómenos que a afetam, quer nas estratégias que promovem a sua saúde mental, assume-se como relevante. A mulher deve ser dotada de conhecimentos que lhe permitam promover a sua saúde, prevenir e efetuar a gestão de eventuais doenças. Ser literada em saúde mental e em tudo o que o conceito envolve.

Objetivos: Determinar que variáveis sociodemográficas interferem na literacia em saúde mental das puérperas; identificar que variáveis de caracterização obstétrica interferem na literacia em saúde mental das puérperas.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. A amostra deste estudo é constituída por 128 puérperas que se encontravam nas primeiras duas semanas após o parto, recrutadas segundo uma amostragem não probabilística por bola de neve, com uma média de idade de 30,04 anos ($\pm 5,07$ anos). Recorreu-se à aplicação de um questionário *ad hoc* constituído por um grupo de questões de caracterização sociodemográfica, caracterização obstétrica, a Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978) Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988) e o Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Dias, Duarte, Palha e Veiga.

Resultados: A idade, o estado civil, as habilitações literárias e a situação profissional são variáveis sociodemográficas que interferiram na literacia em saúde mental das puérperas estudadas. A gravidez planeada, número de filhos, idade gestacional do bebé ao nascimento, frequência de um curso de preparação para o parto e parentalidade, tipo de gravidez, quem esclareceu dúvidas antes da alta hospitalar e apoio no aleitamento materno antes da alta hospitalar assumiram-se como variáveis de caracterização obstétrica com relevância estatisticamente significativa.

Conclusão: Os resultados mostram determinantes importantes para a intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, no sentido de promover literacia em saúde mental na puérpera, potenciando-se o seu bem-estar holístico. Assim, será importante encorajar o comportamento de procura de ajuda nas puérperas que enfrentam problemas de saúde mental, promover mais conhecimento acerca das crenças sobre os transtornos mentais o que auxilia o seu reconhecimento, tratamento ou prevenção. O Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica desempenham um papel privilegiado junto da mulher, desde o planeamento da gravidez, acompanhamento durante o processo gravídico e no pós-parto, para despiste de situações de risco para a saúde mental e promoção de um plano de intervenção que diminua os efeitos nocivos dos mesmos.

Palavras-chave: Literacia em saúde mental; Puérperas.

ABSTRACT

Introduction: The need to develop knowledge about the problem of mental health literacy of the puerperal woman, both in understanding the phenomena that affect her and in the strategies that promote her mental health, is considered relevant. The woman must be equipped with knowledge that allows her to promote her health, prevent and manage any diseases. Be literate in mental health and in everything that the concept involves.

Objectives: To determine which sociodemographic variables interfere in the mental health literacy of puerperal women; to identify which obstetric characterization variables interfere in the mothers' mental health literacy.

Methodology: Quantitative, cross-sectional and descriptive-correlational study. The sample of this study consists of 128 puerperal women who were in the first two weeks after delivery, recruited according to a non-probabilistic snowball sample, with an average age of 30.95 years (\pm 5.07 years). An ad hoc questionnaire consisting of a group of questions of sociodemographic characterization, obstetric characterization, the Family Apgar Scale (Smilkstein, 1978) Portuguese Version of Agostinho & Rebelo (1988) and the Mental Health Literacy Questionnaire was used. (LSMq) from Campos, Dias, Duarte, Palha & Veiga.

Results: Age, marital status, educational qualifications and professional status are sociodemographic variables that interfered in the mental health literacy of the studied mothers. The planned pregnancy, number of children, gestational age of the baby at birth, frequency of a preparation course for childbirth and parenting, type of pregnancy, who clarified doubts before discharge and support in breastfeeding before discharge was assumed as obstetric characterization variables with statistically significant relevance.

Conclusion: The results show important determinants for the intervention of Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health, in order to promote mental health literacy in the puerperal woman, enhancing her holistic well-being. Thus, it will be important to encourage help seeking behavior in women who face mental health problems, to promote more knowledge about beliefs about mental disorders, which helps their recognition, treatment or prevention. Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health play a privileged role with women, from planning the pregnancy, monitoring during the pregnancy process and in the postpartum period, to screen for risk situations for mental health and promoting an intervention plan. that reduces their harmful effects.

Keywords: Mental health literacy; Postpartum women.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. SAÚDE MENTAL	25
2. PUERPÉRIO E SUAS ALTERAÇÕES	29
3. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	33
4. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DA PUÉRPERA.....	39
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	45
4. METODOLOGIA.....	47
4.1. TIPO DE ESTUDO	47
4.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	47
4.3. OBJETIVOS DO ESTUDO	48
4.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO	48
4.4.1. Operacionalização das variáveis	48
4.5. HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO	50
4.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
4.7. COLHEITA DE DADOS.....	52
4.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	54
4.9. TRATAMENTO DOS DADOS	55
PARTE III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	57
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
5.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	59
5.1.1. Caracterização obstétrica.....	59
5.1.2. Literacia em Saúde Mental.....	61
5.1.3. Problemas considerados perturbações mentais	62
5.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	62
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71

CONCLUSÃO..... 77

ANEXOS 91

Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados

Anexo 2 - Autorização para aplicação do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte (2014)

Anexo 3 - Declaração de consentimento informado às participantes

Anexo 4 - Pedido de parecer à Comissão de Ética

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis.....	49
Tabela 2 - Estatísticas relativas à idade das puérperas	51
Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das puérperas.....	52
Tabela 4 - Resultados do Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov	56
Tabela 5 – Caracterização obstétrica	60
Tabela 6 - Motivos da gravidez de risco.....	60
Tabela 7 - Estatísticas relativas ao número de consultas de vigilância	61
Tabela 8 - Informação dada antes da alta hospitalar	61
Tabela 9 – Estatísticas relativas à literacia em saúde mental	62
Tabela 10 - Problemas considerados perturbações mentais.....	62
Tabela 11 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a idade	63
Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o estado civil	63
Tabela 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e as habilitações literárias	64
Tabela 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e a situação profissional	64
Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e a coabitação	65
Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a zona de residência	65
Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a funcionalidade familiar	65
Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e gravidez planeada.....	66
Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o número de filhos	66
Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a idade gestacional do bebé no nascimento.....	67
Tabela 21 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o número de consultas de vigilância da gravidez.....	67
Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e data da primeira consulta de vigilância da gravidez.....	68

Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e frequência de um curso de preparação para o parto e parentalidade.....	68
Tabela 24 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e tipo de gravidez	68
Tabela 25 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e permanência do bebé após o nascimento.....	69
Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o esclarecimento de dúvidas antes da alta hospitalar	69
Tabela 27 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o esclarecimento de dúvidas antes da alta hospitalar	70
Tabela 28 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e apoio no aleitamento materno	70

INTRODUÇÃO

A literacia em saúde mental é um construto que surgiu do domínio da literacia em saúde e deve ser entendida nesse contexto. O desenvolvimento da literacia em saúde foi inicialmente formado por observações de que uma baixa literacia funcional estava associada a negativos desfechos de saúde (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016). Na sua definição inicial, ainda em conformidade com os mesmos autores, a literacia em saúde foi considerada principalmente no contexto da saúde com foco na capacidade das pessoas serem capazes de compreender e fazer uso eficaz das informações médicas, principalmente para melhor compreenderem e aderirem aos tratamentos medicamentosos.

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS), como referem Kanj e Mitic (2009), expandiu a definição de literacia em saúde para incluir as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em ter acesso, compreender e usar informações de maneira que promovam e mantenham uma boa saúde. De acordo com Rootman e Gordon-El-Bihbety (2008), a *Canadian Public Health Association* partiu da definição da OMS para formar a sua própria definição de literacia em saúde de uma forma mais ampliada, observando que esta é a capacidade das pessoas terem acesso, compreenderem, avaliarem e comunicarem informações como uma forma de promover, manter e melhorar a saúde numa variedade de ambientes ao longo do curso de vida.

A construção do conceito de literacia em saúde mental, decorrente do conceito de literacia em saúde, também evoluiu. Originalmente, a literacia em saúde mental foi conceituada como o conhecimento e as crenças sobre os transtornos mentais o que que auxilia no seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm, Korten, Jacomb et al., 1997). Posteriormente, o conceito foi refinado, passando a sua definição a incluir o conhecimento que beneficia a saúde mental de uma pessoa ou outras, incluindo o conhecimento de como prevenir um transtorno mental; o reconhecimento de distúrbios mentais; conhecimento de estratégias eficazes de autoajuda para problemas leves a moderados; habilidades de primeiros socorros para ajudar os outros (Jorm, 2012).

Mais recentemente, baseado em definições anteriores de literacia em saúde mental e definições atuais de literacia em saúde, a literacia em saúde mental é definida como a capacidade de compreender como obter e manter uma saúde mental positiva;

compreensão dos distúrbios mentais e seus tratamentos; diminuindo o estigma relacionado com os transtornos mentais, aumentando a eficácia na procura de ajuda, ou seja, saber quando e onde procurar ajuda e desenvolver competências destinadas a melhorar os cuidados de saúde mental e a capacidade de autogestão (Kutcher, Bagnell & Wei, 2015; Kutcher, Wei & Coniglio, 2016).

A literacia em saúde mental consiste, assim, nos seguintes atributos: (a) a capacidade de reconhecer transtornos de saúde mental, (b) conhecimento e crenças sobre fatores e causas de risco, (c) conhecimento e crenças sobre estratégias de autoajuda, (d) conhecimento e crenças de ajuda profissional e opções de tratamento, (e) atitudes que promovam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada e (f) o conhecimento de como procurar informações sobre a saúde mental (Jorm, 2000).

O puerpério é um período exigente, caracterizado por mudanças biológicas, físicas, sociais e emocionais significativas. Requer uma adaptação pessoal e interpessoal importante, especialmente no caso de primigestas. A puérpera e as suas famílias têm muitas aspirações desde o período gravídico até ao nascimento do bebé. Todavia, as puérperas podem ser vulneráveis a uma série de transtornos psiquiátricos, como a tristeza pós-parto, a depressão e a psicose. A doença mental no puerpério é muitas vezes subdiagnosticada e pode ter implicações tanto para a mãe quanto para o bebé. A triagem e o diagnóstico precoces são muito importantes e devem ser considerados como parte obrigatória dos cuidados pós-parto (Rai, Pathak & Sharma, 2015).

Neste âmbito, refere-se a questão da depressão pós-parto que se configura como “um problema comum, muitas vezes negligenciado pela própria puérpera, marido e familiares” (Ferreira, Silva, Guerra, Silva & Rosário, 2018, p. 262). De acordo com as mesmas autoras, associa-se à “diminuição da qualidade de vida”, podendo intervir na interação entre a díade mãe/recém-nascido, “bem como no desenvolvimento emocional, intelectual e cognitivo da criança” (p. 262). Por tal, assume grande importância que a mesma seja diagnosticada precocemente, o que implica também a deteção precoce dos fatores que lhe possam estar associados, garantindo-se, assim, saúde mental na puérpera.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2005, p. 9), “nas quatro semanas seguintes ao parto, cerca de 40 a 60% das mulheres experienciam o *blues* pós-parto, uma perturbação emocional que pode durar alguns dias, traduzindo-se num estado de tristeza, disforia e choro frequente”. Por norma, desaparece espontaneamente, todavia, há casos em que as mulheres acabam por ter depressão pós-parto. Neste sentido, o mesmo organismo refere que a promoção da saúde mental é importante

uma vez que potencia o estado de equilíbrio que permite à mulher perceber, interpretar e adaptar-se ao meio que a rodeia e criar relações significativas com os outros. A evidência revela que a promoção da literacia em saúde mental se assume como importante no período gravídico e no puerpério.

A literacia em saúde mental é essencial para mulheres em termos de conhecimentos e habilidades para avaliação de sintomas psicológicos, designadamente a depressão pós-parto. Se estas possuírem mais conhecimento em detetar precocemente os sinais e os sintomas, poderão prevenir graves complicações. A literacia em saúde mental ajuda-as a serem capazes de identificar a causa de problemas, riscos associados, prevenção de problemas de saúde mental e igualmente para poderem procurar cuidados adequados (Prapawichar & Juntaruksa, 2015).

Com base no exposto e tendo-se consciência de que a saúde mental materna, incluindo o pós-parto, é essencial para a saúde da mulher, surgiu a necessidade de desenvolver o conhecimento sobre a problemática da literacia em saúde mental da puérpera, quer na compreensão dos fenómenos que a afetam, quer nas estratégias que promovem a sua saúde mental, assumindo-se como relevante, o que justifica a opção pelo tema do presente trabalho. A puérpera deve ser dotada dos conhecimentos que lhe permitam promover a sua saúde e prevenir e efetuar a gestão de eventuais doenças. Ou seja, ser literada em saúde mental e em tudo o que o conceito envolve.

A literacia em saúde mental é um desafio atual, permitindo melhorar os resultados da saúde da puérpera, bem como da população em geral, permitindo obter conhecimento e crenças acerca dos transtornos mentais que auxiliam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção (Jorm, 2012; Mirsalimi, Ghofranipour, Noroozi et al., 2020).

A literacia em saúde mental e as suas variadas componentes, incluindo o conhecimento sobre como prevenir transtornos mentais, o reconhecimento de quando uma desordem está em desenvolvimento, o conhecimento de opções de busca de ajuda e tratamentos disponíveis, o conhecimento de estratégias de autoajuda eficazes para problemas mais leves e as habilidades de primeiros socorros para apoiar outros que estão a desenvolver um transtorno mental ou estão em crise de saúde, são estratégias imperativas (Jorm, 2012). Esta refere-se ao conhecimento e às crenças sobre transtornos mentais que auxiliam no seu reconhecimento, gestão e prevenção. É um constructo que teve como mentores, em 1997, os pesquisadores australianos Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers e Pollitt, tendo-se a sua definição

tornado num padrão-ouro na pesquisa e na prática da literacia em saúde mental contemporânea (O'Connor, Casey & Clough, 2014).

Um estudo desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa, em 2019, com 408 puérperas, revela que os profissionais de saúde são considerados pelas puérperas a fonte de informação em mais confiança. No que se refere aos principais motivos de preocupação e de ansiedade, as puérperas relataram, com maior peso, a saúde do bebé (84%), a recuperação pós-parto (54%), parto (51%) e a amamentação (48%). Destacaram igualmente alguns fatores de índole psicológica que se relacionam com as preocupações e os motivos de ansiedade, nomeadamente: não terem tempo para cuidar do seu corpo e imagem (63%); sentirem-se tristes com as transformações ocorridas no seu corpo (51%); viverem momentos de desespero considerando que não são capazes de tratar do bebé (60%); as alterações do humor (82%); as dificuldades em descansar e dormir as horas necessárias (81%); sentirem pressão social, particularmente no que se refere à amamentação (51%); sentirem que os familiares e amigos querem ajudá-las, mas que complicam ainda mais (60%). Estes fatores podem resultar em depressão pós-parto, que afeta entre 6 e 13% das puérperas, mas apenas uma pequena proporção de puérperas compreendem os critérios de diagnóstico para receberem o tratamento ideal. Uma razão para tal é a falta de conhecimento em saúde mental, mormente em relação à depressão pós-parto. Estes dados corroboram ainda mais a necessidade de se estudar a literacia em saúde mental da puérpera.

Neste sentido, torna-se importante estudar a literacia em saúde mental da puérpera. Assim, para este estudo, formularam-se as seguintes questões de investigação: (i) De que modo as variáveis sociodemográficas influenciam a literacia em saúde mental das puérperas? (ii) De que modo as variáveis obstétricas influenciam a literacia em saúde mental das puérperas?

Para dar respostas às questões formuladas definiram-se como objetivos: (i) Determinar que variáveis sociodemográficas influenciam a literacia em saúde mental das puérperas; (ii) Identificar que variáveis obstétricas influenciam a literacia em saúde mental das puérperas.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: numa primeira parte, faz-se uma contextualização teórica da problemática, o que permite a elaboração de um quadro concetual promotor de um maior conhecimento acerca do tema, organizando-se a sua apresentação em três capítulos, nomeadamente: saúde mental, puerpério e suas alterações, literacia em saúde mental e literacia em saúde mental da puérpera. A segunda parte deste trabalho reporta-se à investigação empírica. Deste modo, na

metodologia apresenta-se e descreve-se o tipo de investigação desenvolvida, designadamente, o tipo de estudo, o desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a especificidade estatística utilizada. Segue-se a apresentação dos resultados e a análise dos mesmos. Tem lugar a discussão dos resultados. O estudo termina com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões e objetivos de partida.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SAÚDE MENTAL

A saúde mental é essencial para uma vida saudável e equilibrada. Abrange o bem-estar psicológico, emocional e social, significando que afeta como cada pessoa se sente, pensa e se comporta no seu dia a dia. A saúde mental também contribui para o processo de tomada de decisões, como se lida com o stresse e como cada pessoa se relaciona com os outros (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold & Sartorius, 2015). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe as suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar uma contribuição para a sua comunidade. Esta definição, embora represente um progresso substancial no que diz respeito ao afastamento do conceito de saúde mental como um estado de ausência de doença mental, tem suscitado várias preocupações e resulta em potenciais mal-entendidos quando identifica sentimentos positivos e funcionamento positivo como fatores-chave para o desenvolvimento mental saúde (Galderisi et al., 2015).

Os conceitos usados em vários artigos sobre a saúde mental incluem os dois aspetos principais da definição da OMS, ou seja, emoções positivas e funcionamento positivo. Keyes (2014) identifica três componentes da saúde mental: bem-estar emocional, bem-estar psicológico e bem-estar social. O bem-estar emocional inclui felicidade, interesse pela vida e satisfação; o bem-estar psicológico inclui gostar de muitas partes da própria personalidade, ser bom na gestão das responsabilidades da vida diária, ter bons relacionamentos com os outros e estar satisfeito com a própria vida; o bem-estar social refere-se ao funcionamento positivo e envolve ter algo para contribuir com a sociedade (contribuição social), sentir-se parte de uma comunidade (integração social), acreditar que a sociedade está a tornar-se num lugar melhor para todas as pessoas (atualização social) e que a forma como a sociedade funciona faz sentido para as pessoas (coerência social).

Jahoda, em 1958, como referem Galderisi et al. (2015), subdividiu a saúde mental em três domínios: autorrealização, em que os indivíduos são capazes de explorar plenamente o seu potencial, senso de domínio sobre o meio ambiente e senso de autonomia, ou seja, capacidade de identificar, confrontar e resolver problemas.

Murphy, em 1978, argumentou que essas ideias estavam carregadas de valores culturais considerados importantes pelos norte-americanos. Porém, mesmo para um norte-americano, é difícil imaginar, por exemplo, que um ser humano mentalmente saudável nas mãos de terroristas, possa experimentar uma sensação de felicidade e domínio sobre o meio ambiente. A definição de saúde mental é claramente influenciada pela cultura que a define. Porém, como também preconizado por Vaillant (2012), o bom senso deve prevalecer e alguns elementos de importância universal para a saúde mental podem ser identificados. Por exemplo, apesar das diferenças culturais nos hábitos alimentares, o reconhecimento da importância das vitaminas e dos quatro grupos alimentares básicos é universal. Como tal, ainda em conformidade com os mesmos autores, deve ter-se em consideração o facto de que as diferenças entre os países ao nível de valores, culturas e origens sociais podem dificultar a obtenção de um consenso geral sobre o conceito de saúde mental.

O conceito de que a saúde mental não é apenas a ausência de doença mental foi aprovado por unanimidade, enquanto a equivalência entre a saúde mental e o bem-estar/funcionamento não tem alcançado consenso, deixando espaço para uma definição ao nível da variedade de estados emocionais e para “funcionamento imperfeito” (*Department of Health and Human Services, 1999*). Assim, o mesmo organismo define saúde mental como um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos usar as suas habilidades em harmonia com os valores universais da sociedade; habilidades cognitivas básicas e sociais; capacidade de reconhecer, expressar e modular as próprias emoções, bem como a empatia com os outros; flexibilidade e capacidade de lidar com eventos adversos da vida e o desempenho de papéis na vida social; relação harmoniosa entre o corpo e a mente que representa um importante componente da saúde mental que contribui, em vários graus, para o estado de equilíbrio interno (*Department of Health and Human Services, 1999*).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental consiste num estado de bem-estar no qual a pessoa exprime as suas capacidades, enfrenta determinantes de stresse normais da vida, trabalha produtiva e frutiferamente, contribuindo para a sua comunidade (OMS, 2001). A saúde mental é parte integral da saúde, sendo mais do que a inexistência de doença e está intimamente ligada à saúde física e ao comportamento. Por conseguinte, na atual saúde pública, a saúde mental configura-se uma componente central (Ribeiro, Neto, Silva et al., 2015).

A saúde mental inclui o bem-estar emocional, psicológico e social. Afeta a forma como se pensa, sente e se age. Também ajuda a determinar como se lida com o stresse, a

forma como as pessoas se relacionam umas com as outras e a maneira como fazem as suas escolhas. A saúde mental é importante em todas as fases da vida, desde a infância até à idade adulta (OMS, 2019). De acordo com o mesmo organismo, a boa saúde mental está relacionada com o bem-estar mental e psicológico. Preconiza que o trabalho para melhorar a saúde mental dos indivíduos e da sociedade em geral inclui a promoção do bem-estar mental, a prevenção de transtornos mentais, a proteção dos direitos humanos e o atendimento às pessoas afetadas por transtornos mentais.

De facto, considerar o bem-estar como um aspeto essencial torna difícil conciliar a saúde com as muitas situações desafiadoras da vida. A saúde mental tem sido frequentemente conceituada como um efeito puramente positivo, marcado por sentimentos de felicidade e senso de domínio sobre o meio ambiente (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Ke, 2011).

A saúde mental refere-se ao bem-estar cognitivo, comportamental e emocional, sendo um termo às vezes usado para significar uma ausência de um distúrbio mental. A saúde mental pode afetar a vida diária, os relacionamentos e até a saúde física. Inclui também a capacidade da pessoa de aproveitar a vida - alcançar um equilíbrio entre as atividades da vida e os esforços para alcançar a resiliência psicológica (OMS, 2019).

2. PUERPÉRIO E SUAS ALTERAÇÕES

“O puerpério corresponde ao período que decorre desde o final do parto até que a mulher consiga restabelecer o seu estado físico normal anterior à gestação” (Mesquita, Paulino & Nogueira, 2011, p. 40). A palavra puerpério etimologicamente deriva dos vocábulos latinos *puer*, que significa criança, e *parere*, que significa parir. Refere-se ao período que se inicia no parto e perdura até que se estabeleçam as condições pré-gravídicas no organismo da mulher (Ribeiro, Lima, Soares, Oliveira, Klemtz, Lopes & Hartmann, 2019). Segundo as mesmas autoras, este período divide-se em três: puerpério imediato, que ocorre depois da dequitação até o 10º dia; puerpério tardio, que abrange o 11º ao 45º dia do pós-parto; e o puerpério remoto a partir do 45º dia. Por conseguinte, o puerpério constitui o período de recuperação física e psicológica da mulher, iniciando-se imediatamente após o parto e terminando na 6ª semana do pós-parto.

De acordo com Mesquita et al. (2011, p. 40), “popularmente, este é também designado de resguardo ou quarentena, uma vez que esta recuperação dura cerca de 6 semanas, o que corresponde à volta de 40 dias. É nesta fase que ocorrem os grandes ajustes fisiológicos e psicológicos; em nenhuma outra fase ocorrem modificações corporais tão grandes, em tão curto espaço de tempo”. Segundo as mesmas autoras, importa ter em consideração que a gravidez resulta em transformações fisiológicas importantes no corpo da mulher. Por conseguinte, é muito importante que esta seja acompanhada pelo enfermeiro que a pode ajudar através da realização de ensinamentos para prevenir os riscos de infeção e hemorragias no período puerperal, informando sobre os aspetos fisiológicos deste período, assim como para a prevenção de complicações e sinais de alerta.

Caracteriza-se por ser um período no qual ocorrem diversas alterações hormonais, psíquicas, metabólicas e reprodutivas, bem como a readaptação do organismo feminino, alterado pela gravidez, à situação puerperal (Oliveira, Quirino & Rodrigues, 2012). Por tal, o cuidado com o puerpério deve ocorrer imediatamente em contexto hospitalar, no qual as primeiras alterações são detetadas, como o stresse, as dores, as intercorrências no processo de amamentação, a insegurança face ao cuidado do

recém-nascido, medo e sentimentos de ambivalência (Oliveira, Rocha, Escobal et al., 2019).

Mesquita et al. (2011, p. 41) referem que as maiores alterações corporais ocorridas no puerpério são: “recuperação dos órgãos da mulher, principalmente dos órgãos genitais (cicatrização das lesões provocadas durante o parto); gradual recuperação do volume do útero; aparecimento de lóquios; perda de peso; restabelecimento do ciclo menstrual; término das alterações das glândulas mamárias, ficando aptas para desempenharem a amamentação”.

No puerpério ocorrem transformações internas e externas, caracterizando-se como um período cheio de alterações psíquicas, onde a mulher continua a necessitar de cuidado e proteção (Andrade, Santos, Maia & Mello, 2015). Por tal e em conformidade com as mesmas autoras, “a mulher, durante o período puerperal, precisa ser atendida em sua totalidade, por meio de uma visão integral que considere o contexto sociocultural e familiar” (p. 182).

O período de puerpério é caracterizado por adaptações psicossociais, incluindo as transformações no papel parental, nas relações familiares e na autopercepção e imagem corporal, muitas das quais demoram significativamente mais do que 6-8 semanas para resolver. Essas transições, juntamente com a recuperação física e o trabalho que é necessário para atender às necessidades do bebê, fazem com que o puerpério seja um momento de maior vulnerabilidade a problemas de saúde para as mulheres (Fahey & Shenassa, 2013). As mesmas autoras referem ainda que, se não amenizados, os stressores do período pós-parto podem resultar em ansiedade, fadiga e diminuição do autocuidado, que são fatores associados a um aumento do risco de problemas físicos e mentais, incluindo a depressão pós-parto.

Por conseguinte, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) deve alertar a puérpera acerca dos sintomas e sinais que surgem ao longo desta fase, quer enquanto se encontra no hospital, quer quando se encontra no domicílio. Mesquita et al. (2011, p. 43) referem que a ocorrência de qualquer sinal de alerta se assume como motivo para a puérpera procurar o EESMO, sendo esses sinais/sintomas: sangramento vaginal de cor vermelho-vivo, persistente, recorrente ou aumentado, com ou sem coágulos; fedor fétido dos lóquios; temperatura axilar superior aos 38.C nas suas leituras consecutivas, em intervalos mínimos de 6 horas; dor ou aumento abdominal ou pélvico; dor e sensibilidade a nível mamário, com coloração avermelhada; dor/ardor ao urinar; náuseas e vômitos; dor no peito e tosse. Assume-se também como muito importante que a puérpera tenha atenção aos restos

placentários, dado que estes podem interferir na constrição dos vasos sanguíneos do útero, resultando em hemorragia (Mesquita et al., 2011, p. 43). Devendo esta estar capacitada para o seu reconhecimento e dos riscos associados. Esta fase é fundamental para o EESMO fazer uma avaliação do estado de saúde da mulher e do seu recém-nascido, bem como a vinculação entre ambos (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Ao longo do puerpério, o EESMO deve responder não só às necessidades da puérpera, como também às do recém-nascido, ajudando-a no seu “processo fisiológico e psicológico”, potenciando a independência e o autocuidado, ajudar ao nível do “treino das aprendizagens relativas aos cuidados com o Rn”, bem como na promoção de “vínculos afetivos” entre os pais, o Rn e os irmãos, caso os haja. Os cuidados à puérpera requerem um plano holístico, quer imediatamente após o parto, quer no regresso ao domicílio (Mesquita et al., 2011, p. 44).

3. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

A literacia em saúde mental é definida como os conhecimentos e as crenças sobre transtornos mentais que auxiliam o seu reconhecimento, gestão ou prevenção, o que inclui a capacidade de reconhecer distúrbios específicos, saber procurar informações sobre saúde mental, conhecimento de fatores de risco e causas, conhecimento sobre os tratamentos disponíveis, a ajuda profissional e as atitudes que promovam a procura de ajuda apropriada (Jorm et al., 1997). De acordo com esta definição, uma pessoa com um bom conhecimento em saúde mental é capaz de identificar a doença mental em si ou nos outros e, em seguida, procura ou recomenda fontes adequadas. Altos níveis de literacia em saúde mental aumentam a probabilidade de que as doenças mentais sejam reconhecidas e isso aumenta a possibilidade de intervenção apropriada e apoio social e profissional significativo (Kelly, Jorm & Wright, 2007).

A literacia em saúde mental, decorrente do conceito de literacia em saúde, é definida como a compreensão de como obter e manter uma saúde mental positiva, compreender problemas de saúde mental e os seus tratamentos; diminuição do estigma relacionado com os problemas de saúde mental e aprimorar a eficácia na procura de ajuda (*England leads the National Health Service England*, 2019).

À semelhança da literacia em saúde em geral, a literacia em saúde mental é importante, pois está intimamente relacionada com o comportamento de procura de ajuda e com os resultados da saúde mental. As pessoas com literacia em saúde mental limitada podem não conseguir reconhecer sinais de angústia em si mesmas ou noutras pessoas, o que pode impedi-las de procurar apoio. Além disso, a falta de entendimento sobre a saúde mental no público em geral pode levar à discriminação e ao estigma em relação àqueles que vivem com problemas de saúde mental (Rowlands, Protheroe, Winkley, Richardson, Seed & Rudd, 2015).

A literacia em saúde mental é uma importante ferramenta de capacitação, uma vez que ajuda as pessoas a entender melhor a sua própria saúde mental e permite-lhes agir com base nessas informações. Aumenta a resiliência e o controlo das pessoas sobre a sua saúde mental e aprimora a autoeficácia na procura de ajuda, o que inclui saber quando e onde procurar ajuda e desenvolver habilidades de autogestão. Pode também capacitar as pessoas a gerir efetivamente as condições de saúde mental a longo prazo. *Grosso modo*, níveis elevados de literacia em saúde mental podem

reduzir a carga em saúde, na assistência social e reduzir as desigualdades em saúde (*Public Health England*, 2015).

Melhorar a literacia em saúde mental e capacitar as pessoas para tomarem decisões informadas sobre a sua saúde mental pode ser feita através de abordagens de grupo, por exemplo, através da promoção de campanhas comunitárias, abordagens de apoio ou intervenções na escola e no trabalho. Pode igualmente melhorar a literacia em saúde mental positiva dos profissionais de saúde, no caso concreto dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, através do treino, formação e práticas de trabalho compartilhadas. A literacia em saúde mental positiva também pode ser melhorada através da identificação de grupos-chave com probabilidade de ter menor literacia em saúde mental e com base em estratégias e abordagens em torno de requisitos específicos, como, por exemplo, programas de treino individual, formação contínua mais acessível, combinação do treino de habilidades de literacia, linguagem e numeracia com estratégias de capacitação (Rowlands et al., 2015; Berry, 2016).

A literacia em saúde mental é considerada um pré-requisito para o reconhecimento e intervenção precoce em transtornos mentais e, por esse motivo, tornou-se um foco de pesquisa desde algumas décadas. A avaliação deste construto é relevante para identificar lacunas de conhecimento e crenças erróneas sobre as questões de saúde mental, para informar o desenvolvimento de intervenções destinadas a promover a literacia em saúde mental, bem como para a avaliação dessas intervenções (Dias, Campos, Almeida, & Palha, 2018).

Em Portugal, o Plano de Ação para a Saúde Mental para 2013-2020 refere que uma boa saúde mental consiste numa condição primordial para o aumento do potencial, da capacidade de lidar com o stresse diário, o aumento da produtividade e do bem-estar, dando prioridade à literacia em saúde mental como um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI (Direção-geral da Saúde, 2017).

A definição inicial do conceito proposto por Jorm et al. (1997) atribui à literacia em saúde mental sete componentes: (1) a capacidade de reconhecer distúrbios específicos; (2) conhecimento de como procurar informações sobre a saúde mental; (3) conhecimento dos fatores de risco da doença mental; (4) conhecimento das causas das doenças mentais; (5) conhecimento do tratamento; (6) conhecimento da ajuda profissional disponível; e (7) atitudes que promovem o reconhecimento e a procura apropriada de ajuda (Lakdawala & Vankar, 2016). Em geral, estes sete componentes podem ser classificados nas três categorias de reconhecimento: conhecimento de

fatores relacionados com a saúde mental, atitudes e crenças sobre os transtornos mentais (Bahrami, Bahrami & Chaman-Ara, 2019).

Embora essa definição tenha sido amplamente usada em pesquisas, foi criticada por se centrar apenas na doença, negligenciando técnicas e estratégias de auto-regulação para melhorar a saúde mental. Kusan e Wei introduziram uma definição mais ampla de literacia em saúde mental, incluindo o conhecimento para manter e melhorar uma boa saúde mental, conhecimento dos transtornos mentais e tratamento, diminuição do estigma sobre os transtornos mentais e a eficácia aprimorada na procura de ajuda (Yu, Liu, Hu, Liu, Liu, Yang, Zhou & Xiao, 2015). Além disso, uma revisão mais recente deste conceito inclui a capacidade de fornecer suporte a alguém que tem um transtorno mental (Bahrami et al., 2019).

Estudos sobre o conceito de literacia em saúde mental mostram que uma literacia em saúde mental adequada está associada ao cuidado com a doença, ao comportamento de procura de informações, prevenção de complicações e redução dos danos a longo prazo (Noroozi, Khademolhosseini, Lari & Tahmasebi, 2018). Além disso, uma maior literacia em saúde melhora o uso dos serviços de saúde mental que, por sua vez, leva a melhores resultados (Dias et al., 2018). De acordo com os mesmos autores, as pesquisas sobre os fatores de influência da literacia em saúde mental também mostram que fatores como a idade, o sexo, as habilitações literárias, a história de transtornos mentais e o *status* económico estão associados ao nível de literacia em saúde.

A definição original de literacia em saúde mental de Jorm e seus colaboradores de 1997 é frequentemente considerada o “padrão de ouro”, mas outros investigadores (Wei, McGrath, Hayden & Kutcher, 2015; Kutcher, Wei & Coniglio, 2016; Wei, McGrath, Hayden & Kutcher, 2016; Wei, 2017) recentemente defenderam uma definição ampliada que reflete outras facetas do conhecimento em saúde, por exemplo, a prevenção de doenças. Esses investigadores argumentam que a literacia em saúde mental deve incluir não apenas a componente conhecimento, mas também as atitudes, o estigma, a saúde mental positiva e a eficácia na procura de ajuda relacionada com a doença mental (Kutcher et al., 2016; Bjornsen, Eilersten, Ringdal, Espnes & Moksnes, 2017; Wei, 2017). Além disso, alguns investigadores preferem operacionalizar o conceito de literacia em saúde mental estritamente relacionado com o conhecimento em saúde mental (Coles, Ravid, Gibb, George-Denn, Bronstein & McLeod, 2016; Chen, Wu, Qi, Deng, Wang, He et al., 2017; Furnham & Sjobkvist, 2017).

Muitos estudos sobre o conceito de literacia em saúde mental mostraram que uma adequada literacia em saúde mental está associada ao tratamento da doença, comportamento de procura de informações, prevenção de complicações subsequentes e redução de danos a longo prazo. Além disso, os estudos revelam que a melhoria da literacia em saúde melhora o uso dos serviços de saúde mental, o que, por sua vez, leva a melhores resultados (Deen & Bridges, 2011; Lakdawala & Vankar, 2016; Arafat, Al Mamun & Uddin, 2019). Pesquisas sobre os fatores de influência na literacia em saúde mental também mostraram que fatores como a idade, o sexo, as habilitações literárias, a história de transtornos mentais e o *status* económico estão associados ao nível de literacia em saúde mental (Yu, Liu, Hu et al., 2015).

A literatura mostra que a literacia em saúde mental consiste no reconhecimento e no conhecimento dos sintomas relacionados com a saúde mental, facilitadores da procura de ajuda (Altweck, Marshall, Ferenczi & Lefringhausen, 2015; Amarasuriya, Jorm & Reavley, 2015; Mason, Hart, Rossetto & Jorm, 2015), bem como a procura de informações e de intervenções destinadas a melhorar as atitudes referentes à procura de tratamento e as atitudes relacionadas com as pessoas com sintomas de doença mental (Martensson, Jacobsson & Engstrom, 2014). A literacia em saúde mental aumenta a confiança das pessoas para ajudar aqueles que sofrem de problemas de saúde mental (Wei, 2017).

Como se tem vindo a expor, a literacia em saúde mental é uma componente da literacia em saúde e também é um conceito em evolução, é considerado um determinante significativo da saúde mental e tem potencial para beneficiar a saúde mental individual e coletiva (Wei, 2017). O conceito foi conceitualizado de diferentes maneiras desde que o termo foi cunhado por Jorm e colaboradores em 1997. Tradicionalmente, a literacia em saúde mental e as suas medidas concentram-se no conhecimento e nas crenças sobre a saúde mental e não na saúde mental. No entanto, nos últimos anos, evoluiu de um foco em saúde mental e fatores de risco para promover um ativo para a saúde que pode ser fortalecido através de iniciativas educacionais (Chen et al., 2017). Atualmente, a literacia em saúde mental refere-se amplamente aos conhecimentos e às habilidades necessárias para beneficiar a saúde mental (Jorm, 2012). Uma definição recente de literacia em saúde mental descreve quatro componentes principais: (1) Compreender como obter e manter uma boa saúde mental; (2) compreender os transtornos mentais e os seus tratamentos; (3) diminuição do estigma relacionado com os transtornos mentais; (4) aumentar a eficácia na procura de ajuda (saber quando, onde e como obter bons cuidados de saúde mental e desenvolver competências necessárias para o autocuidado) (Kutcher, Wei, Costa,

Gusmão, Skokauskas & Sourander, 2016). Essa conceituação avança as percepções anteriores da literacia em saúde mental como meramente o conhecimento dos transtornos mentais e está alinhada com a definição de saúde mental da OMS, que afirma que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais e inclui o bem-estar, o funcionamento e o enfrentamento ideais (*World Health Organization*, 2013).

4. LITERACIA EM SAÚDE MENTAL DA PUÉRPERA

O estudo de Thorsteinsson, Loi e Moulynox (2014) de natureza experimental examinou a literacia em saúde mental em puérperas com depressão pós-parto, numa amostra da comunidade australiana. Participaram 427 puérperas que foram aleatoriamente recrutadas com uma das três vinhetas que descrevia um episódio “depressivo” e, em seguida, preencheram um questionário *on-line* para avaliar a literacia em saúde mental e a capacidade de reconhecer a depressão pós-parto e os seus fatores de risco, bem como a capacidade de obter informações adequadas. Os resultados revelam que, na globalidade, a capacidade de reconhecer a depressão pós-parto e o nível geral de literacia em saúde mental da amostra foram elevados. Todavia, erroneamente atribuíram as causas da depressão pós-parto a fatores biológicos ou ambientais/sociais. O reconhecimento da depressão pós-parto foi significativamente afetada pela percepção da relação de apego apresentada em duas das vinhetas o que parece ter influenciado negativamente os comportamentos de procura de ajuda. Os autores reconhecem que se a puérpera tiver níveis consideráveis de literacia em saúde mental será capaz de identificar a doença mental em si ou nos outros e, em seguida, procurar ou recomendar fontes apropriadas de ajuda. Altos níveis de literacia em saúde mental aumentam a probabilidade de que as doenças mentais sejam reconhecidas e isso aumentará a possibilidade de intervenção apropriada e apoio social e profissional significativo.

Guy, Sterling, Walker e Harrison (2014) estudaram a literacia em saúde mental em puérperas e as suas experiências em reconhecer e procurar ajuda para sintomas depressivos, numa amostra de 25 puérperas, no âmbito de um estudo longitudinal sobre a saúde psicossocial. Os resultados revelaram que as puérperas reconheceram as suas mudanças comportamentais, indicando o sofrimento mental, mas o medo impediu-as de procurar ajuda e algumas recorreram a comportamentos de risco, sem beneficiarem da intervenção precoce para os sintomas depressivos no pós-parto. Verificaram que as mulheres primíparas e mulheres com níveis socioeconómicos mais baixos foram menos capazes de reconhecer os seus sintomas de depressão pós-parto, sugerindo que essas mulheres possam apresentar níveis mais baixos de literacia em saúde mental. Os dados do estudo apoiam a necessidade de melhorar a

literacia em saúde mental das mulheres durante o pós-parto, dando-se lugar à educação sobre temas de saúde mental no contexto de uma relação de confiança com os profissionais de saúde, o que pode contribuir para promover a literacia e ganhos de competência emocional.

O nascimento de um filho, sobretudo o primeiro, é um marco importante, um acontecimento marcante na vida dos pais, caracterizado por uma mudança, o que requer uma nova reorganização familiar, redefinição de papéis e tarefas. A mulher reestrutura e integra novos papéis, sendo este processo de transição para a parentalidade gradual, o que requer que a mulher tenha literacia em saúde mental. As transições são caracterizadas pela consciencialização, envolvimento, mudança, duração da transição e eventos críticos (Ferreira, Carvalhais, Rufino, Quesado & Ferreira, 2016). Esta transição possui um carácter muito significativo, uma vez que responde a uma expectativa social, pois permite dar continuidade a uma família.

A transição para a parentalidade é uma fase de desenvolvimento, obrigando homens e mulheres a realizar várias tarefas de desenvolvimento, a fim de se adaptarem a uma ampla gama de mudanças biológicas, psicológicas e socioculturais e estarem preparados para a parentalidade (Figueiredo & Conde, 2011). Uma resolução positiva dessas tarefas leva a uma transição completa para a parentalidade, para o ajuste e desenvolvimento psicológico individual e a uma parentalidade adequada. Ao contrário, uma resolução negativa resulta numa transição incompleta, num aumento de sintomas psicopatológicos e a uma inadequada parentalidade. Alguns estudos relatam uma ampla gama de mudanças em diferentes dimensões desenvolvimentais da pessoa durante a transição para a parentalidade, nomeadamente a autoidentidade, o relacionamento com o(a) parceiro(a) e as relações familiares (Mitnick, Heyman & Smith Slep, 2009; Katz-Wise, Priess & Hyde, 2010). Outros estudos descreveram como uma transição incompleta afeta negativamente o ajustamento psicológico de homens e mulheres no desempenho da parentalidade (Figueiredo & Conde, 2011; Parfitt & Ayers, 2014; Pinto, Figueiredo, Pinheiro & Canário, 2016).

O desenvolvimento de uma identidade parental pode ser uma importante tarefa de desenvolvimento da transição para a parentalidade. A autoeficácia dos pais pode ser um importante processo psicológico envolvido no desempenho dessa tarefa de desenvolvimento (Pinto et al., 2016).

Há muito tempo que se entende que a transição para a parentalidade pode ser um período stressante e difícil para a mulher. Ajudar e apoiar as puérperas durante este período difícil requer a intervenção sistemática dos enfermeiros que assumem a

educação e empoderamento (pré-natal e pós-natal) como uma importante missão. A sua educação é definida como um processo que envolve a expansão de *insights*, compreensão, atitudes e aquisição de conhecimentos e habilidades sobre o desenvolvimento da díade mãe e filho e as suas relações. O apoio dado às puérperas reduzirá o seu stresse, melhora o conhecimento e a consciência de comportamentos saudáveis e promove relacionamentos saudáveis entre a mãe e o bebé. O objetivo final deste apoio é melhorar os laços entre a díade mãe/filho, bem como potenciar o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança (Redshaw, Martin, Rowe & Hockley, 2009).

A corroborar, Barimani, Vikström, Rosander, Frykedal e Berlin (2017) referem que a transição para a parentalidade é um evento de vida avassalador. De uma perspetiva teórica, a transição para a parentalidade é uma transição de desenvolvimento que contém fases e padrões. Neste sentido, os mesmos autores desenvolveram um estudo para descrever e compreender as condições de transição que as mulheres percebem como facilitadoras e inibidoras durante a transição para a parentalidade e usar esse conhecimento para desenvolver recomendações para intervenções de enfermagem que apoiam e facilitam a transição para a parentalidade.

De acordo com a Teoria das Transições, a enfermagem assume-se como um processo e relaciona-se com as experiências humanas de transição, onde a saúde e o bem-estar se constituem como resultados da intervenção. Na transição para a parentalidade, os enfermeiros desempenham um papel ativo, dado que são estes os profissionais de saúde que estão mais diretamente em contacto com as puérperas no seu processo de transição. Deste modo, os enfermeiros são um forte suporte, o que tem subjacente uma visão holística da puérpera e da criança (Meleis, 2012).

Segundo Meleis (2012), o centro da prática de enfermagem é a pessoa. Como tal, define o “cliente” de enfermagem como um ser humano em interação contínua com o ambiente em que se insere, no qual se operam transições ecológicas constantes. A transição para a parentalidade, neste caso, compreende os processos de mudança que implicam a necessidade de ajustamento e/ou adaptação da mulher à sua nova condição de mãe. Ao experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar esta nova situação, quando se trata do primeiro filho, poderá apresentar desajustamentos. Por conseguinte, cabe ao enfermeiro fornecer informações que contribuam para um crescendo de literacia em saúde mental da puérpera, levando-a a ajustar-se ou adaptar-se à nova situação.

Segundo Meleis (2012), a transição é um conceito relacionado com uma ou mais alterações significativas na vida. Essas mudanças funcionam através da modificação de identidade, significados, papéis, relacionamentos, expectativas, habilidades ou padrões de comportamento, como resultado do estímulo ou aquisição de conhecimentos e competências. Consequentemente, as pessoas mudam a maneira como se veem a si mesmas e ao mundo. Assim, na perspectiva da autora, mudar comportamentos significa que as pessoas se reorganizam e se redefinem a fim de incorporar as mudanças nas suas vidas, o que implica que exista um processo de adaptação psicológica.

A pesquisa demonstra consistentemente que o nascimento de um filho é frequentemente um evento stressante e traz as mais profundas mudanças do que qualquer outro estadió de desenvolvimento do ciclo de vida da mulher (Magalhães, 2011; Ramalhal, Lagarto, Matos, Cruz & Ribeiro, 2013). Para algumas puérperas, tornarem-se mães pela primeira vez pode ser um fator de stresse profundo, associado a consequências a longo prazo e, para outras, é uma importante fonte de bem-estar (Kluwer, 2010).

Existem evidências de que níveis baixos de literacia em saúde mental das puérperas, sobretudo no que se refere à depressão pós-parto, podem dificultar o reconhecimento dos sintomas por parte das mulheres, o que pode comprometer a sua capacidade de identificar a necessidade de ajuda. A promoção da literacia ao nível da depressão é considerada como facilitadora do reconhecimento das mulheres do seu estado emocional durante o puerpério (Goodman & Tyer-Viola, 2010).

Estudos sugerem que mulheres com baixa literacia em saúde mental podem não conseguir reconhecer de forma independente a ocorrência de alterações nos seus sintomas e comportamento (Letourneau, Duffet-Leger, Stewart, Hegadoren, Dennis, Rinaldi & Stoppard, 2007; Guy et al., 2014). Baixa literacia em saúde mental pode levar as mulheres a minimizar ou normalizar, por exemplo, os seus sintomas de depressão e a atribuírem as suas causas a mudanças ambientais, como a fadiga (Bilszta, Ericksen, Buist & Milgrom, 2010; Callister, Beckstrand, & Corbett, 2011) ou a mudanças e stresse da transição para a parentalidade (Abrams, Dornig & Curran, 2009).

Além disso, existem evidências de que mulheres com baixos níveis de literacia em saúde mental têm dificuldades em lidar proativamente com os sintomas de depressão pós-parto, envolvendo-as em estratégias de regulação emocional desadaptativas, como o consumo de álcool (Guy et al., 2014).

De facto, a regulamentação e o entendimento das emoções desempenham um papel importante não apenas na adaptação da mulher para a parentalidade, mas também podem influenciar como experienciam as diferentes emoções, ou seja, se optarem por evitar ou estar conscientes das emoções, sugerindo que a regulação emocional das mulheres e a promoção da literacia em saúde mental podem influenciar a sua consciencialização/reconhecimento de um problema psicológico contínuo e, conseqüentemente, comprometer a procura de ajuda. Além disso, há também evidência que as diferenças individuais nas suas habilidades de regulação emocional podem ser entendidas em termos da competência emocional, definida como a capacidade de identificar e descrever emoções, entender emoções e gerir emoções de uma maneira eficaz e não defensiva. As puérperas com elevada literacia em saúde mental possuem mais competência e regulação emocional (Peña-Sarrionandia, Mikolajczak & Gross, 2015).

Pissara (2019) realizou um estudo transversal, quantitativo, descritivo-correlacional para determinar o nível de literacia em saúde mental positiva da puérpera, identificar as variáveis sociodemográficas, obstétricas e as alterações psicoemocionais associadas ao nível de literacia em saúde mental da puérpera. A sua amostra era constituída por 208 puérperas, com uma média de idades de $32 \pm 4,79$ anos. O estudo revela que as variáveis obstétricas tiveram influência na literacia em saúde mental das puérperas, como o acompanhante no parto, frequência de curso de preparação para o parto/parentalidade, esclarecimento de dúvidas sobre o puerpério, informação fornecida pelos enfermeiros antes da alta hospitalar; ao nível das variáveis sociodemográficas, interferiram o local de residência e as habilitações literárias. A autora obteve um nível global de literacia em saúde mental problemático, que se associou a variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicológicas. Neste âmbito, o enfermeiro deve promover a literacia em saúde mental durante as consultas pré-concepcionais e pré-natais.

Guy et al. (2014) estudaram a literacia em saúde mental em puérperas com baixo nível económico e averiguaram as suas experiências em reconhecer e procurar ajuda para os sintomas depressivos. Tratou-se de um estudo longitudinal com 25 puérperas. A análise dos dados de conteúdo com recurso à estrutura de Jorm proporcionou uma compreensão temática descritiva da literacia em saúde mental nas puérperas, que reconheceram as mudanças comportamentais, indicando o sofrimento mental, mas o medo impediu-as de procurar ajuda e algumas recorreram a comportamentos de risco. Estes resultados sugerem a necessidade de os profissionais de saúde terem de proporcionar mais informações sobre os sintomas da depressão pós-parto,

identificando as puérperas que podem beneficiar da intervenção precoce para os sintomas depressivos pós-parto.

Um estudo australiano documenta que em 6 meses após o parto, a proporção de mulheres que relataram sintomas foi de 17,4% para a depressão, 12,7% para a ansiedade e 8,1% para a ansiedade e/ou depressão (Yelland, Sutherland & Brown, 2010). O mesmo estudo revela que as puérperas com sintomas depressivos necessitam de os controlar, mas também têm a necessidade de possuir um nível ideal de literacia em saúde mental para poderem lidar com o estigma e com a discriminação que essas condições acarretam. O estigma tem um grande impacto nos comportamentos de procura de ajuda, com um número significativo de puérperas que optam por não procurar tratamento para evitar o rótulo de 'doença mental' e a discriminação associada a esse rótulo.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4. METODOLOGIA

A segunda parte deste estudo diz respeito à investigação empírica a qual se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procura-se definir as estratégias delineadas para se estudar a literacia em saúde mental na puérpera.

Com base no enquadramento teórico elaborado, definiram-se os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões formuladas e respetivos objetivos. Descreve-se e explica-se o tipo de investigação, a amostragem realizada, o instrumento de recolha de dados utilizado, bem como os procedimentos efetuados e o respetivo tratamento estatístico que permitirão tirar conclusões sobre a problemática em estudo.

4.1. TIPO DE ESTUDO

Delineou-se para esta pesquisa um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, com o qual se procura estudar a forma como as variáveis sociodemográficas e de caracterização obstétrica interferem na literacia em saúde mental das puérperas.

Segue os métodos quantitativos uma vez que é usada a quantificação, quer na recolha de dados como no tratamento das informações, recorrendo-se para o efeito técnicas estatísticas e dado que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. É ainda um estudo descritivo e correlacional, na medida que visa avaliar a relação existente entre conceitos categorias ou variáveis (Coutinho, 2013).

4.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Delinearam-se como questões de investigação, às quais se procura dar respostas que fundamentem a definição de boas práticas, as seguintes:

- De que modo as variáveis sociodemográficas interferem na literacia em saúde mental das puérperas?

- De que modo as variáveis de caracterização obstétrica interferem na literacia em saúde mental das puérperas?

4.3. OBJETIVOS DO ESTUDO

Após terem sido elaboradas as questões de investigação, definiram-se os objetivos de acordo com as mesmas:

- Determinar que variáveis sociodemográficas interferem na literacia em saúde mental das puérperas;
- Identificar que variáveis de caracterização obstétrica interferem na literacia em saúde mental das puérperas.

4.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Quanto ao tipo de variáveis, considerou-se a literacia em saúde mental como variável dependente, mensurada em três fatores: Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, Procura de ajuda e comportamentos, Estratégias de autoajuda.

Como variáveis independentes foram consideradas: as variáveis sociodemográficas (idade, conjugalidade, habilitações académicas, situação profissional, profissão, coabitação, local de residência, funcionalidade familiar) e as variáveis obstétricas (gravidez planeada, número de filhos, idade gestacional ao nascimento, número de consultas de vigilância da gravidez, data da primeira consulta, frequência de Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, tipo de gravidez (baixo risco/risco), permanência do bebé após o nascimento (alojamento conjunto/neonatologia), informação sobre cuidados a ter após a alta hospitalar, dúvidas esclarecidas, apoio no aleitamento materno).

4.4.1. Operacionalização das variáveis

De seguida apresenta-se a operacionalização e categorização das variáveis em estudo (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis

Variável	Variável original	Operacionalização
Idade	Idade em anos	≤30 anos ≥31 anos
Conjugalidade	Solteira Divorciada /Separada Viúva	Sem cônjuge
	Casada/União de facto	Com cônjuge
Habilitações literárias	1.º Ciclo do ensino básico 2.º Ciclo do ensino básico 3.º Ciclo do ensino básico	Ensino básico
	Ensino secundário	Ensino secundário
	Licenciatura Mestrado Doutoramento	Ensino Superior
Situação profissional	Empregada a tempo integral Empregada a tempo parcial Desempregada	Empregada a tempo integral Empregada a tempo parcial Desempregada
Profissão	Profissões das Forças Armadas Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas Técnicos e Profissões de Nível Intermédio Pessoal Administrativo Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices Trabalhadores não Qualificados	Profissões das Forças Armadas Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas Técnicos e Profissões de Nível Intermédio Pessoal Administrativo Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices Trabalhadores não Qualificados
Coabitação	Companheiro/cônjuge Companheiro/cônjuge e filhos Companheiro/cônjuge, filhos e pais	Companheiro/cônjuge Companheiro/cônjuge e filhos Companheiro/cônjuge, filhos e pais
Local de residência	Urbano Rural	Urbano Rural
Funcionalidade familiar	Escala de Apgar Familiar (SMILKSTEIN, 1978) – Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988)	Moderadamente Funcional Altamente Funcional
Gravidez planeada	Sim Não	Sim Não
Número de filhos	Primeiro filho Mais do que um filho	Primeiro filho Mais do que um filho
Idade gestacional do bebé no nascimento	Antes das 38 semanas Depois das 38 semanas	Antes das 38 semanas Depois das 38 semanas
Número de consultas de vigilância da gravidez	Número de consultas em meses	Até seis consultas Sete ou mais consultas
Primeira consulta	Antes 12 semanas Depois 12 semanas	Antes 12 semanas Depois 12 semanas
Frequência de Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade	Sim Não	Sim Não
Tipo de gravidez	Baixo Risco Risco	Baixo Risco Risco

Motivo da gravidez de risco		Aborto anterior Baixo peso do bebé Deslocamento da placenta Dores constantes no ventre Idade e tensão alta Parto prematuro Privação do sono Risco de idade Trombofilia Vômitos diários e contrações fortes desde as 16 semanas
Permanência do bebé após o nascimento	Em alojamento conjunto (consigo) Internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais	Em alojamento conjunto (consigo) Internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais
Informação dada antes da alta hospitalar	Sim Não	Sim Não
	Como evitar infeção pós-parto	Sim Não
	Sinais de alerta sobre os riscos e complicações após o parto	Sim Não
	Se as dúvidas foram esclarecidas, quem as esclareceu	Enfermeiro Médico
	Apoio no aleitamento materno	Sim Não
	Apoio foi prestado	Enfermeiro Médico

4.5. HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

Numa investigação, as hipóteses estabelecem uma relação prevista entre duas ou mais variáveis, dependente e independentes. As hipóteses relacionam-se entre si (Pocinho, 2012).

Deste modo, de acordo com o problema em estudo, procurar-se-á o estabelecimento de relações entre as variáveis, formulando-se, deste modo, as hipóteses que se pretendem estudar:

H₁: Há relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde mental das puérperas?

H₂: Há relação entre variáveis de caracterização obstétrica e a literacia em saúde mental das puérperas?

4.6. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Tendo em conta a temática de estudo, a população deste estudo foram as puérperas recrutadas na comunidade. Para o presente estudo e tendo em conta as técnicas de amostragem, considerou-se a utilização da amostragem não-probabilística, bola-de-neve. Neste processo de amostragem o investigador estabelece contacto inicial com alguns sujeitos, previamente identificados como membros do grupo que se pretende estudar, são estes sujeitos que, por sua vez, põem o investigador em contacto com outros membros desse grupo e, assim, sucessivamente (Hill & Hill, 2009).

Deste modo, o primeiro elemento a incluir na amostra foi realizado através de contacto individual e pessoal com uma puérpera que frequentou um *workshop* de *babywearing*, que a investigadora frequentou. Esta reuniu critérios para se incluir na amostra no período de colheita de dados. Sendo a partir desta que se teve acesso a outras puérperas. A amostra ficou constituída por 128 puérperas que se encontravam nas primeiras duas semanas após o parto.

Caracterização sociodemográfica

Os resultados obtidos em relação à idade das puérperas revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 20 anos e uma máxima de 42 anos, ao que corresponde uma idade média de 34,04 anos ($\pm 4,50$ anos) (cf. tabela 2).

Tabela 2 - Estatísticas relativas à idade das puérperas

Idade	N	Min	Max	M	DP
Total	128	20	42	34,04	4,50

No que se refere à idade das puérperas, a maioria possui idade ≥ 31 anos (82,8%), com cônjuge (83,6%), detentoras do ensino superior (48,4%), seguidas pelas que têm o ensino secundário (40,6%). Prevalcem as que são empregadas a tempo integral (86,7%), a exercer uma profissão inserida no grupo de técnicos e profissões de nível intermédio (31,3%). A grande maioria coabita com companheiro/cônjuge e filhos (81,3%), residentes em meio urbano (68,0%) e com alta funcionalidade familiar (81,3%) (cf. tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica das puérperas

Variáveis	n	%
Idade		
≤30 anos	22	17,2
≥31 anos	106	82,8
Conjugalidade		
Sem cônjuge	21	16,4
Com cônjuge	107	83,6
Habilitações literárias		
Ensino básico	14	10,9
Ensino secundário	52	40,6
Ensino superior	62	48,4
Situação profissional		
Empregada tempo integral	111	86,7
Empregada tempo parcial	4	3,1
Desempregada	13	10,2
Profissão		
Profissões das Forças Armadas	3	2,3
Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	2	1,6
Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	18	14,1
Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	40	31,3
Pessoal Administrativo	10	7,8
Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	12	9,4
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	2	1,6
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	11	8,6
Trabalhadores não Qualificados	7	5,5
<i>Missing</i>	23	18,0
Coabitação		
Companheiro/cônjuge	16	12,5
Companheiro/cônjuge e filhos	104	81,3
Companheiro/cônjuge/filhos e pais	8	6,3
Local de residência		
Urbano	87	68,0
Rural	41	32,0
Funcionalidade familiar		
Moderadamente Funcional	24	18,8
Altamente Funcional	104	81,3

4.7. COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados pelo qual se optou neste estudo de investigação é o questionário (Anexo 1). O mesmo integra um questionário *ad hoc* (elaborado para o efeito), que permite a:

caracterização sociodemográfica (parte I) apresentando 7 questões, concernentes à idade, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, profissão, coabitação e local de residência;

caracterização obstétrica (parte II) com 9 questões, que se reportam à gravidez planeada, n.º de filhos, idade gestacional do bebé no nascimento, n.º de consultas de vigilância da gravidez, data de primeira consulta, frequência num curso de preparação para o parto e parentalidade, tipo de gravidez, onde ficou o bebé após o nascimento e informação dada antes da alta hospitalar. Contém a Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978) Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988) e o Questionário

de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte (2014).

Escala de Apgar Familiar (SMILKSTEIN, 1978) – Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988)

Como meio para se avaliar a funcionalidade familiar, recorreu-se à Escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978), adaptada para a população portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988). Esta é formada por cinco questões que avaliam a percepção que a pessoa possui acerca do funcionamento da sua família. Parte do pressuposto que os membros de uma família percecionam o funcionamento familiar, permitindo-lhes, deste modo, expressar o seu grau de satisfação com recurso a parâmetros básicos da função familiar que são definidos pelo acrónimo APGAR, nomeadamente:

- Adaptação - que se refere ao uso de recursos, dentro e fora do núcleo familiar, para a solução de problemas ameaçadores do equilíbrio da família, durante uma crise;
- Participação/Comunicação – diz respeito à partilha da tomada de decisões e às responsabilidades dos membros da família;
- Crescimento/Desenvolvimento – compreende a maturidade física, psíquica, emocional, bem como a realização conseguida pelos membros da família, através da reciprocidade em termos de apoio e orientação;
- Afeto – refere-se à presença de relações de cuidados e/ou de um sentimento de afeto entre os membros da família;
- Resolução/Dedicação ou decisão – referente ao acordo no que se refere à dedicação de tempo aos membros da família, estimulando-os física e emocionalmente, o que abarca igualmente a deliberação em termos de partilha de bens e de espaço.

Cada questão é avaliada segundo três tipos de resposta: “Quase Sempre” (2 pontos), “Algumas Vezes” (1 ponto) e “Quase Nunca” (0 pontos). O score final é obtido através da soma das pontuações de cada uma das questões, oscilando entre zero (0) e dez (10) pontos. Para se obter o resultado final, faz-se o somatório da pontuação conferida a cada uma das perguntas e a cada somatório atribui-se a classificação da respetiva funcionalidade familiar, designadamente: 7-10 pontos Altamente Funcional; 4-6 pontos Moderadamente Funcional; 0- 3 pontos Disfunção Acentuada.

Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte (2014)

O Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Dias, Duarte, Palha e Veiga (2014) avalia a saúde mental, designadamente; características gerais de problemas de saúde mental, prevalência, sinais e sintomas, fatores de risco das perturbações mentais, fatores protetores/promotores da saúde mental; conhecimentos referentes a perturbações mentais específicas (depressão, ansiedade e esquizofrenia); estereótipos relacionados com as perturbações mentais e comportamentos, como: predisposição para ajudar; comportamentos promotores da saúde mental/estratégias de autoajuda; comportamentos promotores da procura de ajuda formal e/ou informal. Trata-se de um questionário formado por 34 itens, dos quais 33 são avaliados através de uma escala de tipo Likert de 5 pontos (1 - discordo muito a 5 - concordo muito), contém um item de escolha múltipla, onde se pede aos participantes que indiquem os problemas que consideram ser perturbações mentais, podendo assinalar mais do que uma opção (ansiedade generalizada, paralisia cerebral, trissomia 21, doença de Parkinson, depressão, Acidente Vascular Cerebral e esquizofrenia). Os 33 itens distribuem-se por 3 fatores: Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental: 18 itens (3, 4, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 26,27, 28, 31 e 33); Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos: 10 itens (1, 5, 10, 20, 6, 8, 13, 19, 24 e 29); Fator 3 - Estratégias de autoajuda: 5 itens (2, 9, 21,30 e 32). Os itens 1,12,15, 17, 24 e 26 são cotados de forma inversa. Originalmente, o LSMq revelou boa consistência interna para o total dos itens ($\alpha=0.84$) e para cada um dos fatores: Fator 1 - Conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental ($\alpha=0.78$); Fator 2 - Comportamentos de primeira ajuda e procura de ajuda ($\alpha=0.79$), Fator 3 - Estratégias de autoajuda ($\alpha=0.72$) (Campos et al., 2014).

Os dados foram recolhidos em outubro de 2019, tendo sido o primeiro entregue pessoalmente à puérpera (que frequentou o *workshop* de *babywearing*), a qual indicou outras puérperas, a quem foram entregues os questionários, dando sempre a preencher o consentimento informado, com a garantia de anonimato.

4.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foi feito um pedido de autorização aos autores do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq), cujo parecer foi positivo (Anexo 2).

Neste estudo respeitaram-se os princípios definidos pela declaração de Helsínquia, tendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, o que implicou o pedido de consentimento informado às puérperas (Anexo 3).

Os questionários foram entregues em envelope fechado e recolhidos de igual forma, reforçando a garantia de anonimato. Foi pedido um parecer à Comissão de Ética da UICISA: E (Anexo 4)

4.9. TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e analítica. A apresentação dos resultados fez-se através de tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes com recurso a frequências absolutas e percentuais. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem apresentada no instrumento de recolha de dados.

A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias e o desvio padrão,

Quanto à estatística inferencial, recorreu-se à estatística não paramétrica, por não se aplicarem as condições para a utilização dos testes paramétricos.

Foram utilizados os testes:

- Teste de U-Mann Whitney (UMW) para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- Teste de Kruskal Wallis (KW) para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa) (Pestana & Gageiro, 2014).

Na ausência de uma ou mais das condições para os testes paramétricos, pode usar-se os testes não paramétricos. No presente estudo, realizou-se o teste da normalidade da distribuição amostral como forma de apoiar a decisão na escolha dos testes estatísticos a utilizar posteriormente (cf. tabela 4). No presente estudo recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov que indica que a amostra não revela uma distribuição normal, nem sequer próxima do normal ($p < 0.05$), o que foi confirmado pela curva dos histogramas que se apresentavam enviesadas para cada fator, resultando no uso de testes não paramétricos.

Tabela 4 - Resultados do Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov

Fatores	Kolmogorov-Smirnov
	<i>p</i>
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	0,000
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	0,000
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	0,000

Na análise estatística, utilizaram-se os seguintes valores de significância:

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

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows.

PARTE III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados pertencentes à estatística inferencial.

5.1. ANÁLISE DESCRITIVA

De seguida apresentam-se os resultados da análise descritiva, começando-se por apresentar a caracterização obstétrica das puérperas.

5.1.1. Caracterização obstétrica

Quanto à caracterização obstétrica das puérperas, como exposto na tabela 5, verifica-se que a maioria (79,7%) refere que a sua gravidez foi planeada, que este é o seu primeiro filho (72,7%), tendo este nascido depois das 38 semanas (76,6%). Constatase que prevalecem as puérperas com sete ou mais consultas de vigilância da gravidez (71,1%), tendo sido a primeira consulta maioritariamente antes das 12 semanas de gestação (80,5%). Quanto à frequência de Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, 52,3% das puérperas dizem ter frequentado, mas 40,6% não. Apura-se ainda que 73,4% das puérperas referem que a sua gravidez foi de risco baixo, 26,6% a mencionarem que foi de risco. Quase a totalidade das participantes refere que o seu bebé, após o nascimento, ficou em alojamento conjunto (consigo) (94,5%) e todas confirmam que lhes foi dada informação antes da alta hospitalar (100,0%).

Tabela 5 – Caracterização obstétrica

Variáveis	n	%
Gravidez planeada		
Sim	102	79,7
Não	21	16,4
<i>Missing</i>	5	3,9
Número de filhos		
Primeiro filho	93	72,7
Mais do que um filho	35	27,3
Idade gestacional do bebé no nascimento		
Antes das 38 semanas	28	21,9
Depois das 38 semanas	98	76,6
<i>Missing</i>	2	1,6
Número de consultas de vigilância da gravidez		
Até seis consultas	24	18,8
Sete ou mais consultas	91	71,1
<i>Missing</i>	13	10,2
Primeira consulta		
Antes 12 semanas	103	80,5
Depois 12 semanas	25	19,5
Frequência de Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade		
Sim	67	52,3
Não	52	40,6
<i>Missing</i>	9	7,0
Tipo de gravidez		
Baixo Risco	94	73,4
Risco	34	26,6
Permanência do bebé após o nascimento		
Em alojamento conjunto (consigo)	121	94,5
Internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais	2	1,6
<i>Missing</i>	5	3,9
Informação dada antes da alta hospitalar		
Sim	128	100,0
Não	0	0,0

Das puérperas que referiram ter tido uma gravidez de risco, evidenciam-se as que referiram como parto prematuro (3,9%) e deslocamento da placenta (3,1%) (c. tabela 6).

Tabela 6 - Motivos da gravidez de risco

Motivos da gravidez de risco	n	%
Aborto anterior	1	,8
Baixo peso do bebé	2	1,6
Deslocamento da placenta	4	3,1
Dores constantes no ventre	2	1,6
Idade e tensão alta	2	1,6
Parto prematuro	5	3,9
Privação do sono	2	1,6
Risco de idade	2	1,6
Trombofilia	1	,8
Vómitos diários e contrações fortes desde as 16 semanas	2	1,6

Ainda em relação ao número de consultas de vigilância da gravidez, os resultados obtidos em relação ao número de consultas de vigilância da gravidez revelam, para a globalidade da amostra, um mínimo de 1 consulta de um máximo de 15, ao que corresponde uma média de 9,16 consultas ($\pm 3,48$ consultas) (cf. tabela 7).

Tabela 7 - Estatísticas relativas ao número de consultas de vigilância

Número de consultas	N	Min	Max	M	DP
Total	115	1	15	9,19	3,48

A maioria das puérperas referiu ter recebido informação sobre como evitar infeção pós-parto (79,7%) e sobre os sinais de alerta acerca dos riscos e complicações após o parto (73,4%). Verifica-se que 47,7% referiram ter sido informadas pelo enfermeiro. Maioritariamente, as puérperas admitem ter tido apoio no aleitamento materno, contrariamente a 26,6%. Das confirmaram ter tido apoio, 50,8% referem ter sido por parte do enfermeiro (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Informação dada antes da alta hospitalar

Informação dada antes da alta hospitalar	n	%
Como evitar infeção pós-parto		
Sim	102	79,7
Não	26	20,3
Sinais de alerta sobre os riscos e complicações após o parto		
Sim	94	73,4
Não	34	26,6
Se as dúvidas foram esclarecidas, quem as esclareceu		
Enfermeiro	61	47,7
Médico	8	6,3
<i>Missing</i>	59	46,1
Apoio no aleitamento materno		
Sim	86	67,2
Não	34	26,6
<i>Missing</i>	8	6,3
Apoio foi prestado		
Enfermeiro	65	50,8
Médico	2	1,6
<i>Missing</i>	61	47,7

5.1.2. Literacia em Saúde Mental

Analisando os dados relativos à literacia em saúde mental, registou-se um mínimo de 3,00 e um máximo de 4,97 para o fator global. Os índices médios são de 4,21 ($\pm 0,40$) para os conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, 4,16 ($\pm 0,48$) para a procura de ajuda e comportamentos e 4,29 ($\pm 0,47$) para as estratégias de autoajuda. Verifica-se que as puérperas possuem mais literacia em saúde mental ao nível das estratégias de autoajuda, onde se regista o valor médio mais elevado cf. tabela 9).

Tabela 9 – Estatísticas relativas à literacia em saúde mental

Literacia em saúde mental	N	Min	Max	M	D.P.
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	128	3.00	5.00	4.21	0.40
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos		2.90	5.00	4.16	0.48
Fator 3 - Estratégias de autoajuda		2.60	5.00	4.29	0.47
Fator global		3.00	4.97	4.21	0.38

5.1.3. Problemas considerados perturbações mentais

Solicitou-se às puérperas que indicassem quais os problemas que consideram que são perturbações mentais, constatando-se que a grande maioria indicou a depressão (92,2%), seguindo-se a esquizofrenia (89,1%) e a ansiedade generalizada (69,5%) (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Problemas considerados perturbações mentais

Problemas considerados perturbações mentais	n	%
Ansiedade generalizada	89	69,5
Paralisia cerebral	22	17,2
Trissomia 21	16	12,5
Depressão	118	92,2
AVC	5	3,9
Parkinson	18	14,1
Esquizofrenia	114	89,1

5.2. ANÁLISE INFERENCIAL

H₁: Há relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde mental das puérperas?

Ao fazer-se a análise dos valores de ordenação média obtidos, através do teste U de Mann-Whitney, verifica-se que os mesmos são sugestivos de que as puérperas com idade inferior ou igual aos 30 anos revelam maiores níveis de literacia em saúde mental nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e as puérperas com idade igual ou superior aos 31 anos manifestam mais literacia em saúde mental ao nível da procura de ajuda e comportamentos, bem como nas estratégias de autoajuda, resultando em diferenças estatísticas significativas nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental ($p=0,004$) e na procura de ajuda e comportamentos ($p=0,036$) (cf. tabela 11).

Tabela 11 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a idade

Idade	≤30 anos	≥31 anos	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	85,32	60,18	708,000	0,004
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	48,11	65,60	805,500	0,036
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	60,23	65,39	1072,000	0,543

Para se saber a influência do estado civil na literacia em saúde mental, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney, cujos resultados revelam que existem diferenças estaticamente significativas no fator 3 – estratégias de autoajuda ($p=0,001$), sendo as puérperas sem cônjuge as que manifestam mais literacia em saúde mental ao nível da procura de ajuda e comportamentos, enquanto as que possuem cônjuge revelam mais literacia em saúde mental no que diz respeito aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e estratégias de autoajuda (cf. tabela 12).

Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o estado civil

Estado civil	Sem cônjuge	Com cônjuge	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	56,38	66,09	953,000	0,271
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	75,33	59,88	812,000	0,070
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	39,88	69,33	606,500	0,001

Para se saber a influência das habilitações literárias na literacia na literacia em saúde mental, recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados indicam que as puérperas com o ensino básico manifestam mais literacia em saúde mental no que se refere aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, enquanto as que possuem o ensino secundário revelam mais literacia em saúde mental em relação à procura de ajuda e comportamentos e as que têm o ensino superior no âmbito das estratégias de autoajuda, onde se regista evidências estatisticamente significativas ($p=0,001$) (cf. tabela 13).

Tabela 13 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e as habilitações literárias

Habilitações literárias	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	X ²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental					
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	69,43	68,04	60,42	1,481	0,477
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	59,96	70,98	55,77	5,084	0,079
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	32,29	62,91	73,10	14,681	0,001

Os resultados obtidos com o Teste de Kruskal-Wallis, na relação entre literacia em saúde mental e a situação profissional como exposto na tabela 14, indicam que as puérperas empregadas a tempo parcial manifestam maiores níveis de literacia no que se refere aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e estratégias de autoajuda, sendo as que estão desempregadas as que apresentam mais literacia em saúde mental no que concerne à procura de ajuda e comportamentos, com diferenças estatísticas significativas, nos três fatores ($p < 0,05$) (cf. tabela 14).

Tabela 14 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e a situação profissional

Situação profissional	Empregada a tempo integral	Empregada a tempo parcial	Desempregada	X ²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental					
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	63,72	109,50	57,31	6,468	0,039
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	57,30	89,50	97,00	16,830	0,000
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	63,48	109,75	59,27	6,605	0,037

Em relação à coabitação, o Teste de Kruskal-Wallis indica que são as puérperas que coabitam com o cônjuge/companheiro que apresentam valores de ordenação média mais elevados nos Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e nas estratégias de autoajuda, sugerindo mais literacia em saúde mental nestes fatores, e são as puérperas que vivem com o companheiro/cônjuge, filhos e pais as que revelam mais literacia em saúde mental na procura de ajuda e comportamentos, sem, contudo, se encontrar significância estatisticamente significativa (cf. tabela 15).

Tabela 15 – Teste de Kruskal-Wallis entre a literacia em saúde mental e a coabitação

Literacia em saúde mental	Coabitação	Companheiro/cônjuge	Companheiro/cônjuge e filhos	Companheiro/cônjuge, filhos e pais	X ²	p
		Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental		74,75	64,48	44,31	3,616	0,164
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos		70,31	60,18	75,94	2,342	0,310
Fator 3 - Estratégias de autoajuda		66,19	65,50	48,19	1,737	0,420

Para se saber a influência da zona de residência na literacia em saúde mental, recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney, cujos resultados revelam que não existem diferenças estaticamente significativas. Em termos de valores de ordenação média, constata-se que as puérperas residentes em meio urbano manifestam mais literacia em saúde mental na procura de ajuda e comportamentos e nas estratégias de autoajuda, enquanto as residentes em meio rural manifestam mais literacia em saúde mental nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental (cf. tabela 16).

Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a zona de residência

Literacia em saúde mental	Zona de residência	Urbana	Rural	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental		63,82	65,94	1724,500	0,762
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos		65,20	56,15	1374,500	0,195
Fator 3 - Estratégias de autoajuda		65,69	61,98	1680,000	0,588

Fazendo-se uma análise dos resultados em função da funcionalidade familiar, como apresentado na tabela 17, constata-se que são as puérperas com uma família altamente funcional as que apresentam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores da literacia em saúde mental, sugerindo mais literacia, mas sem evidências estatisticamente significativas.

Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a funcionalidade familiar

Literacia em saúde mental	Funcionalidade familiar	Moderada disfunção	Altamente funcional	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental		55,02	66,69	1020,500	0,163
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos		61,96	62,63	1187,000	0,934
Fator 3 - Estratégias de autoajuda		55,63	66,55	1035,000	0,183

H₂: Há relação entre as variáveis de caracterização obstétrica e a literacia em saúde mental das puérperas?

Os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney revelam que as puérperas que referem que a gravidez não foi planeada são as que revelam mais literacia em saúde mental, tendo valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental ($p=0,001$) e na procura de ajuda e comportamentos ($p=0,002$) (cf. tabela 18).

Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e gravidez planeada

Gravidez planeada	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	57,06	85,98	567,500	0,001
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	55,42	81,38	580,000	0,002
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	60,03	71,55	870,500	0,166

Procurou-se saber se o número de filhos interfere na literacia em saúde mental, cujos resultados do teste U de Mann-Whitney indicam que são as puérperas com mais do que um filho as que apresentam valores médios mais elevados nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e na procura de ajuda e comportamentos, sendo as puérperas que este é o primeiro filho as que manifestam mais literacia em saúde mental em termos de estratégias de autoajuda, onde se regista relevância estatisticamente significativa ($p=0,008$) (cf. tabela 19).

Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o número de filhos

Número de filhos	Primeiro filho	Mais do que um filho	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	61,51	72,46	1349,000	0,135
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	59,30	70,64	1272,500	0,110
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	69,69	50,70	1144,500	0,008

Os resultados obtidos da aplicação do teste U de Mann-Whitney para o estudo da relação entre a literacia em saúde mental e a idade gestacional do bebé ao nascimento revelam ordenações médias mais elevadas nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e nas estratégias de autoajuda para as puérperas cujo filho nasceu antes das 38 semanas, sugerindo maiores níveis de literacia em saúde mental nestes fatores. As puérperas cujo filho nasceu depois das

38 semanas pontuaram mais na procura de ajuda e comportamentos. Regista-se significância estatisticamente significativa nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental ($p=0,035$) e nas estratégias de autoajuda ($p=0,033$) (cf. tabela 20).

Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e a idade gestacional do bebé no nascimento

Idade gestacional do bebé no nascimento	Antes 38 semanas	Depois 38 semanas	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	50,70	67,16	1013,500	0,035
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	67,46	59,72	1149,000	0,304
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	50,79	67,13	1016,000	0,033

No que se refere à influência do número de consultas de vigilância da gravidez na literacia em saúde mental, aplicou-se um teste U de Mann-Whitney, verificando-se que são as puérperas com até seis consultas de vigilância da gravidez as que apresentam valores de ordenação média mais elevados, sugerindo que são estas as que revelam mais literacia em saúde mental, contudo sem relevância estatisticamente significativa (cf. tabela 21).

Tabela 21 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o número de consultas de vigilância da gravidez

Número de consultas de vigilância da gravidez	Até seis consultas	Sete ou mais consultas	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	58,98	57,74	1068,500	0,871
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	56,96	55,74	1021,000	0,868
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	64,19	56,37	943,500	0,296

Para se saber a influência da data da primeira consulta de vigilância da gravidez na literacia em saúde mental recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney, cujos resultados revelam que as puérperas com mais literacia ao nível dos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental são as que realizaram a primeira consulta de vigilância depois das 12 semanas, enquanto as que a primeira consulta foi antes das 12 semanas revelam mais literacia em saúde mental no que diz respeito às procura de ajuda e comportamento, bem como nas estratégias de autoajuda, todavia sem relevância estatisticamente significativa (cf. tabela 22).

Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e data da primeira consulta de vigilância da gravidez

Data da primeira consulta de vigilância da gravidez	Antes das 12 semanas	Depois das 12 semanas	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	64,04	66,38	1240,500	0,777
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	65,47	50,74	943,500	0,064
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	67,40	52,56	989,000	0,066

A tabela 23 apresenta a relação entre a literacia em saúde mental e a frequência de um curso de preparação para o parto e parentalidade. Os resultados demonstram que são as puérperas que referem ter frequentado um curso de preparação para o parto e parentalidade que manifestam maiores níveis de literacia em saúde mental, com exceção do conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, onde pontuaram mais as puérperas que não frequentaram um curso de preparação para o parto e parentalidade, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,018$).

Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e frequência de um curso de preparação para o parto e parentalidade

Frequência de um curso de preparação para o parto e parentalidade	Sim	Não	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	53,41	68,49	1300,500	0,018
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	62,78	52,21	1337,000	0,087
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	62,23	57,13	1592,500	0,412

Para se saber a influência do tipo de gravidez na literacia em saúde mental recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados indicam que as puérperas com gravidez de risco manifestam maiores níveis de literacia em saúde mental, excetuando no fator 3 – estratégias de autoajuda, onde pontuaram mais as puérperas com gravidez de baixo risco, com diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental ($p=0,022$) e na procura de ajuda e comportamentos ($p=0,012$) (cf. tabela 24).

Tabela 24 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e tipo de gravidez

Tipo de gravidez	Baixo risco	Risco	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	60,01	76,91	1176,000	0,022
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	57,56	75,57	1085,500	0,012
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	65,66	61,28	1488,500	0,545

Os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney revelam que as puérperas que cujo bebé ficou em alojamento conjunto (consigo) após o nascimento têm valores de ordenação média mais elevados nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e na procura de ajuda e comportamentos, tendo as que o seu filho foi internado na unidade de cuidados intensivos neonatais um valor de ordenação média mais elevado nas estratégias de autoajuda. Porém, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 25).

Tabela 25 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e permanência do bebé após o nascimento

Onde ficou o bebé após o nascimento	Em alojamento conjunto	Unidade de cuidados intensivos neonatais	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	62,38	39,00	75,000	0,356
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	60,45	33,50	64,000	0,268
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	61,86	70,50	104,000	0,728

Os resultados obtidos da aplicação do teste U de Mann-Whitney para o estudo da relação entre a literacia em saúde mental e o facto de a puérpera ter as suas dúvidas esclarecidas antes da alta hospitalar revelam ordenações médias mais elevadas para as puérperas que referem terem as suas dúvidas esclarecidas, à exceção da procura de ajuda e comportamentos, onde pontuaram mais as puérperas que referem não ter tido as suas dúvidas esclarecidas. Todavia, não há relevância estatisticamente significativa entre os grupos (cf. tabela 26).

Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o esclarecimento de dúvidas antes da alta hospitalar

Esclarecimento de dúvidas antes da alta hospitalar	Sim	Não	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	64.92	51.38	195.500	0.470
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	64.37	68.50	232.000	0.823
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	64.81	54.75	209.000	0.592

Afere-se que os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney, para a relação entre a literacia em saúde mental e quem esclareceu dúvidas antes da alta hospitalar, revelam que são as puérperas que referem que foi o enfermeiro quem lhes esclareceu as dúvidas as que manifestam valores de ordenação média mais elevados, com diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores ($p < 0,05$) (cf. tabela 27).

Tabela 27 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e o esclarecimento de dúvidas antes da alta hospitalar

Quem esclareceu as dúvidas antes da alta hospitalar	Enfermeiro	Médico	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	38,49	8,38	31,000	0,000
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	38,13	11,13	53,000	0,000
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	37,28	17,63	105,000	0,007

Apura-se que os resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney, para a relação entre a literacia em saúde mental e o apoio no aleitamento materno antes da alta hospitalar, indicam que são as puérperas que tiveram apoio as que manifestam valores de ordenação média mais elevados, com diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores ($p < 0,05$) (cf. tabela 28).

Tabela 28 - Teste U de Mann-Whitney entre a literacia em saúde mental e apoio no aleitamento materno

Apoio no aleitamento materno	Sim	Não	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia em saúde mental				
Fator 1 - Conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental	68.77	26.77	257.000	0.000
Fator 2 - Procura de ajuda e comportamentos	67.84	34.92	363.000	0.002
Fator 3 - Estratégias de autoajuda	68.67	27.58	267.500	0.000

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados relativos à literacia em saúde mental revelam índices médios de 4,21 ($\pm 0,40$) para os conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, 4,16 ($\pm 0,48$) para a procura de ajuda e comportamentos e 4,29 ($\pm 0,47$) para as estratégias de autoajuda, indicativo de que as puérperas possuem mais literacia em saúde mental ao nível das estratégias de autoajuda, onde se registou o valor médio mais elevado. Importa referir que a não existência de um elevado nível de literacia em saúde mental assume-se como um fator importante para a ausência de comportamentos de procura de estratégias de autoajuda (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014). Se os níveis de literacia em saúde mental forem baixos, as pessoas apresentam dificuldades em identificar de forma correta “as perturbações mentais; têm baixa compreensão dos fatores causais; crenças erradas sobre a efetividade do tratamento; são relutantes em procurar ajuda profissional e não sabem como ajudar os outros” (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014, p. 80)..Por conseguinte, a promoção da literacia em saúde mental constitui-se como um elemento chave que possibilita o reconhecimento e uma intervenção precoce nas perturbações mentais (Rosa, Loureiro & Sousa, 2014, p. 80). Deste modo, a promoção da literacia em saúde mental nas puérperas assume-se como uma estratégia primordial de promoção da saúde mental das próprias puérperas e para que estas possam ter ganhos de autonomia e uma transição para a parentalidade positiva.

No que se refere à hipótese 1, através da qual se procurou saber se existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em saúde mental das puérperas, constatou-se que as puérperas sem cônjuge manifestam mais literacia em saúde mental ao nível da procura de ajuda e comportamentos, enquanto as que possuem cônjuge revelam mais literacia em saúde mental no que diz respeito aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e estratégias de autoajuda (estratégias de autoajuda $p=0,001$). Não se tendo encontrado estudos que permitam fazer uma comparação com estes resultados, importa referir que, independentemente do estado civil, o EESMO deve promover a literacia em saúde mental desde as consultas pré-concepcionais e pré-natais, para que as mulheres, aquando no puerpério, sejam detentoras de conhecimentos que lhes permitam desenvolver competências que as ajudem na tomada de decisões esclarecidas acerca

da sua saúde mental. Guerra, Braga, Quelhas e Silva (2014, p. 118) referem que tendo em conta que “que a gravidez e o pós-parto são períodos críticos para a saúde mental da mulher, e que estes eventos constituem desafios no decurso do seu projeto de vida, que implicam processos de adaptação para a sua resolução saudável”, é importante identificarem-se precocemente os fatores de risco para a saúde mental e bem-estar da puérpera, o que permite ao EESMO delinear estratégias promotoras da sua saúde mental e capacitá-las com mais literacia em saúde mental.

As puérperas com o ensino básico manifestam mais literacia em saúde mental no que se refere aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, enquanto as que possuem o ensino secundário revelam mais literacia em saúde mental em relação à procura de ajuda e comportamentos e as que têm o ensino superior no âmbito das estratégias de autoajuda ($p=0,001$). No estudo de Fonseca, Silva e Canavarro (s.d.), as mulheres com menor escolaridade revelaram menor literacia em saúde mental, particularmente no que se refere à depressão pós parto. Ficou registado um efeito direto e significativo entre as habilitações literárias mais elevadas e a literacia ao nível da depressão, consciência/reconhecimento dos sintomas, procura de ajuda e comportamentos, bem como no que se refere às estratégias de autoajuda. De igual modo, no estudo de Pissarra (2019), ainda que a autora tenha estudado a literacia em saúde mental positiva na puérpera, também ficou documentado que as habilitações literárias têm relevância estatisticamente significativa, sendo as puérperas com mais escolaridade as que revelam mais literacia em saúde mental positiva.

As puérperas empregadas a tempo parcial manifestam maiores níveis de literacia no que se refere aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e estratégias de autoajuda, sendo as que estão desempregadas as que apresentam mais literacia em saúde mental no que concerne à procura de ajuda e comportamentos, com diferenças estatísticas significativas, nos três fatores ($p<0,05$). No estudo de Mirsalimi, Ghofranipour, Montazeri e Noroozi (2019), o *status* profissional interferiu significativamente na literacia em saúde mental da puérpera, sobretudo no que se refere à depressão pós parto, tendo sido as puérperas empregadas as que manifestaram níveis mais elevados de literacia. Ainda no mesmo estudo e de acordo com as dimensões de literacia em depressão pós parto, o maior score recaiu no conhecimento das puérperas empregadas acerca das atividades de autocuidado e o menor para as crenças sobre a ajuda profissional disponível, nomeadamente por parte das puérperas que não estavam ativas profissionalmente.

No que diz respeito à hipótese 2, que previa saber se há relação entre as variáveis de caracterização obstétrica e a literacia em saúde mental das puérperas, apurou-se que as puérperas que referem que a gravidez não foi planeada são as que revelam mais literacia em saúde mental (conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental $p=0,001$; procura de ajuda e comportamentos $p=0,002$), bem como foram as puérperas com mais do que um filho as que apresentam, na globalidade, mais literacia em saúde mental, particularmente no que se refere aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e na procura de ajuda e comportamentos. As puérperas que este é o primeiro filho manifestam mais literacia em saúde mental em termos de estratégias de autoajuda ($p=0,008$). As puérperas cujo filho nasceu antes das 38 semanas revelam maiores níveis de literacia em saúde mental nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental ($p=0,035$) e nas estratégias de autoajuda ($p=0,033$), enquanto as puérperas cujo filho nasceu depois das 38 semanas pontuaram mais na procura de ajuda e comportamentos. As puérperas que frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade manifestam maiores níveis de literacia em saúde mental, com exceção do conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, onde pontuaram mais as puérperas que não frequentaram um curso de preparação para o parto e parentalidade ($p=0,018$). As puérperas com gravidez de risco manifestam maiores níveis de literacia em saúde mental (conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental $p=0,022$; procura de ajuda e comportamentos $p=0,012$). As que tiveram apoio no aleitamento materno antes da alta hospitalar manifestam valores de ordenação média mais elevados em todos os fatores da literacia em saúde mental ($p<0,05$). Os resultados obtidos no presente estudo corroboram os encontrados por Pissarra (2019), cujo estudo revela que as variáveis obstétricas tiveram influência na literacia em saúde mental positiva das puérperas, bem como a frequência de Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade. Neste âmbito, e não se tendo encontrado estudos que permitam uma discussão mais pormenorizada das variáveis obstétricas em estudo com a literacia em saúde mental da puérpera, importa reiterar o papel privilegiado do EESMO na “identificação, suporte e referenciação das grávidas/puérperas vivenciando problemas sociais e de saúde mental durante o período perinatal” (Guerra et al., 2014, p. 123). As intervenções educacionais são eficazes na promoção da literacia das puérperas em saúde mental e, em última análise, na redução da depressão pós parto.

Tendo em conta os resultados apurados, refere-se que a literacia em saúde mental, que implica o conhecimento e as habilidades necessárias para potenciar a saúde

mental, é um determinante significativo da saúde mental e tem o potencial de beneficiar a saúde mental individual (Bjørnsen et al., 2017), que, no caso das puérperas, pode resultar em mais competência e regulação emocional (Peña-Sarrionandia et al., 2015). É importante ressaltar que, segundo Correa, Feliciano, Pedrosa e Souza (2014), muitas puérperas apresentam sintomas depressivos, que surgem geralmente no terceiro dia pós parto, com duração aproximada de duas semanas, o que implica que estas tenham níveis satisfatórios, pelo menos, de literacia em saúde mental, para que possam detetar precocemente os sinais e procurar ajuda profissional. Silva, Feliciano, Oliveira et al. (2016), neste âmbito, referem que os enfermeiros devem ouvir as preocupações das puérperas, estar atentos a sinais de ansiedade e de stresse, resultantes das dificuldades e inseguranças inerentes ao autocuidado e ao cuidado a ter com o bebé. Neste âmbito faz-se referência ao estudo de Silva, Feliciano, Oliveira et al. (2016) onde ficou demonstrado que algumas puérperas (36,8%) se demonstraram insatisfeitas com a visita domiciliária pelo facto de considerarem que os enfermeiros não lhes permitiram, como pretendiam, expressar os seus sentimentos e dúvidas face ao seu estado emocional. Assim sendo, se os enfermeiros adaptarem o cuidado à puérpera e se esta sentir que tem neste profissional um suporte de apoio e um transmissor de informações que lhe garantam um bom suporte para esta nova etapa da sua vida, estas poderão ter mais competências em termos de literacia em saúde mental.

A literacia em saúde mental, enquanto capacidade de se poderem tomar decisões saudáveis de saúde no contexto da vida quotidiana, deve ser promovida para que haja uma participação efetiva na promoção da saúde (Barry, D'Eath & Sixsmith. 2013). Trata-se de um construto complexo e multifacetado, sendo considerado como um determinante significativo para a saúde mental, dotando as pessoas de conhecimentos sobre os fatores de risco, resultando na capacidade de procurar recursos e estratégias de autoajuda, o que pode ser potenciado e reforçado através de iniciativas educativas, que dotem as pessoas de conhecimento e de habilidades necessárias que beneficiem a saúde mental (Jorm, 2012), o que se assume de grande importância nas puérperas, uma vez que estas estão numa fase de adoção de um novo papel, que é a transição para a parentalidade, um período de grande vulnerabilidade e de instabilidade na sua vida, cuja maneira como se adaptam poderá acarretar consequências na saúde e no bem-estar da criança, do casal e da restante família. Por conseguinte, é crucial que o enfermeiro, mais concretamente o EESMO, conheça as dificuldades e necessidades das puérperas no que se refere ao autocuidado e ao cuidar da criança, para que possa facilitar a adaptação ao seu novo papel, potenciando novas competências, cuja

finalidade é a autonomia da puérpera no cuidar da criança, independentemente do contexto em que ela se encontre. Ressalva-se que o enfermeiro deve ter em conta que a componente educativa e afetiva estão intimamente interligadas, o que torna esta fase de transição um marco significativo no desenvolvimento das próprias puérperas e da criança.

É importante salientar que, segundo Morgado e Botelho (2014, p. 91), em Portugal, têm sido realizadas investigações por Loureiro e seus colaboradores que demonstram que os maiores “entraves à procura de ajuda profissional centram-se no facto das doenças serem causa de estigma e discriminação social e indicadores de fraqueza pessoal”, o que torna ainda mais pertinente continuar-se a apostar em programas que promovam a literacia em saúde mental junto das comunidades e no caso concreto junto das puérperas, o que implica uma atuação do EESMO, diagnosticando as necessidades das puérperas em termos de saúde mental, como importante estratégia para aumentar a autonomia das mesmas e capacitá-las para a transição para a parentalidade, procurando informações profissionais sobre as suas necessidades, bem como para uma procura de ajuda profissional. Destaca-se, ainda, a adoção de uma educação contínua, especificamente orientada para as necessidades das puérperas, como meio de as levar a atingir níveis ideais de literacia em saúde mental, o que implica estratégias de comunicação em saúde, tendo sempre em conta as características sociodemográficas de cada puérpera. Reitera-se o facto de as evidências revelarem que níveis baixos de literacia em saúde mental das puérperas, principalmente no que se refere à depressão pós-parto, dificultam o reconhecimento dos sintomas por parte das mulheres, o que pode comprometer a sua capacidade de identificar a necessidade de ajuda e procurar estratégias de autoajuda (Goodman & Tyer-Viola, 2010; Guy et al., 2014).

Neste sentido, torna-se fundamental, tal como já referido, que as mulheres sejam capacitadas em literacia em saúde mental desde as consultas de vigilância da gravidez, na preparação para o parto e no pós parto, podendo o EESMO trabalhar em parceria com o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Como refere Santos (2020, p. 62), “o ciclo gravídico-puerperal vai desde a conceção até o término do puerpério, dificilmente durante todo esse período a grávida receberá assistência de uma mesma instituição, em geral, se articulam neste processo, a USF e o hospital”. A mesma autora salienta ainda que durante o puerpério surgem alterações internas e externas, o que o torna numa fase de grandes modificações psicológicas e, como tal, a puérpera necessita continuamente de cuidados e de apoio. O puerpério é um período

“marcado por mudanças que requerem enquadramento e adaptação de natureza biopsicossocial” (Santos, 2020, p. 62).

Em suma, capacitar a puérpera com literacia em saúde mental é uma importante ferramenta de empoderamento, pois ajuda-a a entender melhor a sua própria saúde mental e permite que aja com base nessas informações. Aumenta a sua resiliência e o seu controlo sobre a sua saúde mental e melhora a autoeficácia na procura de ajuda, o que inclui saber quando e onde procurar ajuda e desenvolver habilidades de autogestão.

CONCLUSÃO

No *terminus* deste trabalho importa refletir sobre os resultados mais relevantes encontrados, para que se possam fazer sugestões pertinentes. Começa-se por referir que o estudo realizado permitiu inferir as hipóteses de investigação e alcançar os objetivos inicialmente delineados.

Através do estudo empírico, concluiu-se que as puérperas têm uma idade média de 34,04 anos, estando em maioria as que têm cônjuge, com o ensino superior, a coabitar com companheiro/cônjuge e filhos, residentes maioritariamente em zona urbana. Mais de metade da amostra teve uma gravidez planeada e de baixo risco, com predomínio das que o bebé nasceu após as 38 semanas, com uma média de 9,16 consultas de vigilância da gravidez. Expressividade percentual das que frequentaram um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade. Quase todas as puérperas relataram que o seu bebé ficou, após o nascimento, em alojamento conjunto (consigo). Todas as puérperas referiram que lhes foi dada alguma informação antes da alta hospitalar, relativa a evitar infeção pós-parto, sobre os sinais de alerta acerca dos riscos e complicações após o parto, com a maioria a relatar ter sido informada pelo enfermeiro.

No que se refere à hipótese 1, concluiu-se que as puérperas sem cônjuge, com o ensino secundário e as que estão desempregadas manifestaram mais literacia em saúde mental ao nível da procura de ajuda e comportamentos, enquanto as que possuem cônjuge, o ensino básico e empregadas a tempo parcial revelam mais literacia em saúde mental no que diz respeito aos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental e estratégias de autoajuda.

Relativamente à hipótese 2, aferiu-se que as puérperas que referem que a gravidez não foi planeada e com gravidez de risco revelam mais literacia em saúde mental, bem como as que possuem mais do que um filho e que tiveram apoio no aleitamento materno antes da alta hospitalar. As puérperas que este é o primeiro filho manifestam mais literacia em saúde mental em termos de estratégias de autoajuda, as que o filho nasceu antes das 38 semanas, tendo também um score mais elevado nos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, enquanto as puérperas cujo filho nasceu depois das 38 semanas pontuaram mais na procura de ajuda e comportamentos. As puérperas que frequentaram um Curso de Preparação

para o Parto e Parentalidade manifestam maiores níveis de literacia em saúde mental, com exceção dos conhecimentos e estereótipos sobre problemas de saúde mental, onde sobressarariam as que não frequentaram o referido curso.

Face aos resultados apurados, é importante que as puérperas compreendam a maneira como se veem a si mesmas e ao mundo, reorganizando e redefinindo novos papéis a fim de incorporarem as mudanças na sua vida, o que implica um processo de adaptação psicológica, requerendo o apoio por parte dos enfermeiros, dotando-as de mais literacia em saúde mental. Portanto, o EESMO deve abraçar esta filosofia de cuidado na sua prática e adotar essas conceções como algo transversal aos cuidados que prestam à mulher, desde o planeamento da gravidez até ao puerpério.

Tendo-se verificado, pela revisão da literatura, que a literacia em saúde mental inclui a capacidade de reconhecer e diferenciar transtornos e sintomas de saúde mental, o conhecimento de como e onde procurar informações relacionadas com os transtornos de saúde mental e as cognições que influenciam a capacidade de identificar sintomas e procurar ajuda adequada, e atendendo ao facto de que muitas puérperas desenvolverem depressão pós parto, mas apenas uma pequena percentagem reconhece os sintomas e, por consequência, recebem o tratamento ideal, assume toda a relevância dotá-las de mais literacia em saúde mental.

Antes de se dar por terminado este trabalho, importa referir que se encontraram algumas limitações, sendo a mais evidente a escassez de estudos sobre literacia em saúde mental da puérpera, versando sobretudo a depressão pós-parto. Uma outra limitação refere-se ao instrumento de recolha de dados, o questionário de autorresposta. Este facto poderá ser tido como uma limitação metodológica, uma vez que a veracidade dos resultados depende da sinceridade das respostas das participantes, isto é, as suas respostas poderão ter sido mais encaminhadas para condutas socialmente desejáveis, podendo não traduzir condutas concretas, o que pode ter interferido nos resultados finais do estudo. Para minimizar alguns vieses nos resultados recorreu-se a um instrumento validado e adaptado para a população portuguesa. Não obstante, julga-se que o tamanho da amostra é satisfatório traduzindo-se em resultados fiáveis, embora, não sendo representativa, condiciona a generalização dos resultados a outra população de puérperas com as mesmas características sociodemográficas e obstétricas. Embora conscientes destas limitações, considera-se que as opções metodológicas foram as mais adequadas ao tipo de estudo desenvolvido, tendo o mesmo permitido um conhecimento mais concreto sobre a literacia em saúde mental das puérperas estudadas.

Termina-se referindo que se espera que este trabalho seja um contributo para a formação EESMO para que possa ter uma melhor perceção sobre a importância de as puérperas terem um nível, pelo menos, satisfatório, de literacia em saúde mental, uma vez que estas se encontram num período de profundas alterações físicas e psicológicas. Portanto, na prática profissional futura, ter-se-á de abraçar uma filosofia holística dos cuidados a prestar à puérpera.

Refere-se que há a necessidade de se continuar a apostar em programas que promovam a literacia em saúde mental junto das puérperas, o que implica uma atuação do EESMO, diagnosticando as necessidades das puérperas em termos de saúde mental, como importante estratégia para aumentar o seu envolvimento no seu processo de saúde/doença/saúde, procurando informações profissionais sobre as doenças e a sua forma de tratamento, bem como para uma procura de ajuda profissional. Destaca-se ainda a adoção de uma educação contínua, especificamente orientada para as necessidades das puérperas, como meio de as levar a atingir níveis ideais de literacia em saúde mental. Sugere-se também que o EESMO promova mais intervenções, em parceria com o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, que objetivem melhorar a literacia em saúde mental das puérperas, o que implica estratégias de comunicação em saúde, tendo sempre em conta o nível de literacia em saúde de cada uma.

Como investigação futura, sugere-se a continuidade deste estudo numa amostra mais dilatada, de modo que se possam fazer comparações, sendo importante a realização de um estudo controlado randomizado, onde se criem dois grupos de puérperas, um com mulheres integradas num programa de formação sobre literacia em saúde mental e outro de controlo, o que poderá resultar em evidências mais sustentáveis da importância de se empoderar as puérperas com literacia em saúde mental, com benefícios para si próprias, para o bebé e para a família. Esta poderá ser uma forma de se incentivar os enfermeiros a utilizarem uma análise crítica e reflexiva na sua prática profissional como forma de encontrar respostas para superar dificuldades inerentes ao seu papel e usar a pesquisa como meio de melhorar os padrões de atendimento e como contribuição para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 5 (32). 18-21.
- Altweck, L., Marshall, T. C., Ferenczi, N., & Lefringhausen, K. (2015). Mental health literacy: A cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Frontiers in Psychology*, 6, 1272. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01272>
- Amarasuriya, S. D., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2015). Depression literacy of undergraduates in a non-western developing context: The case of Sri Lanka. *BMC Research Notes*, 8(1), 593. <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-015-1589-7>
- Andrade, R., Santos, J., Maia, M. & Mello, D. (2015). Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Esc Anna Nery*; 19(1), 181-186. DOI: 10.5935/1414-8145.20150025
- Arafat, S.M.Y., Al Mamun, M-A-, & Uddin. S. (2019). Depression literacy among first-year university students: a cross-sectional study in Bangladesh. *Glob Psychol.*; 2(1), 1–6.
- Bahrami, M.A., Bahrami, D., & Chaman-Ara, K. (2019). The correlations of mental health literacy with psychological aspects of general health among Iranian female students. *Int J Ment Health Syst.*; 13, 59, 2-7. doi:10.1186/s13033-019-0315-6
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scand J Caring Sci.*; 31(3), 537-546. doi: 10.1111/scs.12367. Epub 2017 Jan 31. PMID: 28144992.
- Barry, M., D'Eath, M., & Sixsmith, J. (2013). Interventions for Improving Population Health Literacy: Insights From a Rapid Review of the Evidence. *Journal of Health Communication*; 18, 1507–1522. DOI: 10.1080/10810730.2013.840699
- Berry, J. (2016). *Does health literacy matter?* Disponível em <https://www.england.nhs.uk/blog/jonathan-berry/>

- Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A., & Milgrom, J. (2010) Women's Experience of Postnatal Depression—Beliefs and Attitudes as Barriers to Care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27, 44-54. Disponível em [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2107927](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2107927)
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Espnes, G. A., & Moksnes, U. K. (2017). Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17, 717. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>.
- Callister, L.C., Beckstrand, R.L., & Corbett, C. (2011). Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*; 40(4), 440-9. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01254.x. Epub 2011 Jun 3. PMID: 21639863.
- Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Palha, F. & Veiga, E. (2014). Questionário de Literacia em Saúde Mental. In H. Almeida (2014). *Questionário de Literacia em Saúde Mental: Adaptação e estudo das características psicométricas numa amostra de adultos* (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Chen, S., Wu, Q., Qi, C., Deng, H., Wang, X., He, H., & Liu, T. (2017). Mental health literacy about schizophrenia and depression: a survey among Chinese caregivers of patients with mental disorder. *BMC Psychiatry*, 17(1), 89. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1245-y>
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R., & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.017>
- Correa, M.S., Feliciano, K.V., Pedrosa, E.N., & Souza, A.I. (2014). Women's perception concerning health care in the post-partum period: a meta-synthesis. *OJOG*; 4, 416-26. Acedido em <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2014.47062>
- Coutinho, C.M. (2013). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas. 2ªed. ISBN:978-972-405-513-76
- Deen, T.L., & Bridges, A.J. (2011). Depression literacy: rates and relation to perceived need and mental health service utilization in a rural American sample. *Rural Remote Health*; 11, 1–13.

- Department of Health and Human Services (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville: U.S. Public Health Service.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*; 15(7), 1318. doi:10.3390/ijerph15071318
- Direção-Geral da Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância. Manual de orientação para profissionais de saúde*. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude_mental_e_gravidez_folheto_dgs_2005-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa.
- Direcção-Geral Da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>
- England leads the National Health Service England. (2019). Enabling people to make informed health decisions: Health Literacy. Disponível em <https://www.england.nhs.uk/ourwork/patient-participation/health-decisions/>
- Estudo desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa (2019). *Realizado estudo sobre preocupações e tabus na gravidez e pós-parto*. Disponível em <https://www.newsfarma.pt/noticias/8381-realizado-estudo-sobre-preocupa%C3%A7%C3%B5es-e-tabus-na-gravidez-e-p%C3%B3s-parto.html>
- Fahey, O.E., & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Mode. *Journal of Midwifery & Women's Health*; 613-621. 1526-9523/09/\$36.00 doi:10.1111/jmwh.12139
- Ferreira, M.M., Carvalhais, M., Rufino, A., Quesado, A., & Ferreira, C. (2016). *Nursing intervention in the promotion of the transition to parenthood*. 3rd World Congress of Health Research. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23031/1/FUNDAMENTS%20OF%20THE%20ETHICAL%20ACTING%20IN%20UNIVERSITY%20STUDENTS.pdf>
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and

effects. *Journal of Affective Disorders*; 132, 146–157.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.007>

Fonseca, A., Silva, S. & Canavarro, M.C. (s.d.). *Depression literacy and awareness of psychopathological symptoms during the perinatal period*. 1-26. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/144050915.pdf>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 231–233.
<https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Goodman, J.H., & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J Womens Health (Larchmt)*; 19(3), 477-90. doi: 10.1089/jwh.2008.1352. PMID: 20156110.

Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e nos pós/parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*; Especial 1, 117-123. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18436/1/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde%20mental%20na%20gravidez%20e%20no%20p%C3%B3s-parto.pdf>

Guy, S., Sterling, B.S., Walker, L.O., & Harrison, T.C. (2014). Mental health literacy and postpartum depression: a qualitative description of views of lower income women. *Arch Psychiatr Nurs*.; 28(4), 256-62. doi: 10.1016/j.apnu.2014.04.001. Epub 2014 Apr 14. PMID: 25017559.

Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa, Edições SÍLABO.

Jorm, A. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*; 67(3), 231-243.

Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P. et al. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*.; 166, 182-186.

Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*; 177(5), 396–401.

Kanj, M., & Mitic, W. (2009). Working document: 7th Global Conference on Health Promotion, Promoting Health and Development: closing the implementation gap. Nairobi, Kenya, 26–30 October 2009. Geneva (CH): World Health

Organization. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf

- Katz-Wise, S. L., Priess, H. A., & Hyde, J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*; 46, 18–28. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0017820>
- Kelly, C.M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J*; 187(7), S26. || doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x
- Keyes, C.L.M. (2014). Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. In: Bauer GF, Hammig € O (eds). Bridging occupational, organizational and public health. Dordrecht: Springer; 179-92.
- Kluwer, E.S. (2010). From Partnership to Parenthood: A Review of Marital Change Across the Transition to Parenthood. *Journal of Family Theory & Review* ; 2, 105-125.
- Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*; 24(2), 233-244.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 25, 567–569.
- Lakdawala, B.M., & Vankar, G.K. (2016). A study on community attitudes towards the mentally ill among youth in Gujarat. *Indian J Mental Health*; 3(4), 473–85.
- Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, CL. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *J Clin Psychol.*; 67(1), 99-110. doi:10.1002/jclp.20741
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C.L., Rinaldi, C.M., & Stoppard, J. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*; 36(5), 441-9. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00174.x. PMID: 17880314.
- Magalhães, S.C.R.S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança. (The experience of transitions in parenthood facing*

the child's hospitalization event.) Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.

- Martensson, G., Jacobsson, J. W., & Engström, M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 782-788. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.036>
- Mason, R. J., Hart, L. M., Rossetto, A., & Jorm, A. F. (2015). Quality and predictors of adolescents' first aid intentions and actions towards a peer with a mental health problem. *Psychiatry Research*, 228(1), 31-38.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.^a Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.
- Mesquita, A.C., Paulino, C.S. dos, & Nogueira, S.A. (2011). Uma nova vida após o parto: cuidados à mulher no puerpério. *Percursos*; 19, 39-48. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9233/1/Revista%20Percursos%20n19_Uma%20nova%20vida%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20-%20cuidados%20%C3%A0%20mulher%20no%20puerp%C3%A9rio.pdf
- Mirsalimi, F., Ghofranipour, F., Montazeri, A., & Noroozi, A. (2019). Postpartum depression literacy among pregnant women. *Payesh.*; 18 (5), 525-533. URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-1186-en.html>
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*; 23, 848–852. doi:[http:// dx.doi.org/10.1037/a0017004](http://dx.doi.org/10.1037/a0017004)
- Morgado, t., & Botelho, M. (2014). Intervenções promotoras da literacia em saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 1*; 90-95. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/317471503_Intervencoes_promotoras_da_literacia_em_saude_mental_dos_adolescentes_Uma_revisao_sistemica_da_literatura/link/59656d6a0f7e9b2a367ce0cc/download
- Noroozi, A., Khademolhosseini, F., Lari, H., & Tahmasebi, R. (2018). The mediator role of mental health literacy in the relationship between demographic variables and health-promoting behaviours. *Iran J Psychiatry Behav Sci.*; 12(2):e12603.

- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy--a review of scale-based measures. *J Ment Health*; 23(4), 197-204. doi: 10.3109/09638237.2014.910646. Epub 2014 Apr 30. PMID: 24785120.
- Oliveira, J. F. B., Quirino, G. S., & Rodrigues, D. P. (2012). Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Rev. RENE)*, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 74-84. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3772>
- Oliveira, T.D., Rocha, K.S., Escobal, A.P. et al. (2019). Orientações Sobre Período Puerperal Recebidas por Mulheres no Puerpério Imediato. *Rev Fund Care*; 11(3), 620-626. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.620-626>
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*; 35, 263–273. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21443>
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., & Gross, J.J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Front Psychol.* ; 24;6, 160. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00160. Erratum in: *Front Psychol.* 2019 Nov 27;10:2610. PMID: 25759676; PMCID: PMC4338658.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6ª ed.)* Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Pinto, T.M., Figueiredo, B., Pinheiro, L.L., & Canário, C. (2016). Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*; 2-13. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1178853>
- Pissara, C.S.M. (2019). *Literacia em saúde mental positiva da puérpera*. (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5567>
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. (1º edição). Lisboa: Lidel.
- Prapawichar, P., & Juntaruksa, P. (2015). *The Study of Mental Health Literacy Regarding Postpartum Depression Among Relatives of Postpartum Women*. Bernadette de Lourdes School of Nursing Science, Assumption University. Disponível em <https://repository.au.edu/bitstream/handle/6623004553/20055/AU-Research-Report-20055.PDF?sequence=2>

- Public Health England (2015). *Local action on health inequalities: Improving health literacy to reduce health inequalities*. Disponível em <https://www.gov.uk/government/publications/local-action-on-health-inequa...>
- Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian journal of psychiatry*, 57(Suppl 2), S216–S221. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>
- Redshaw, M., Martin, C., Rowe, R., & Hockley, C. (2009). The Oxford Worries about Labour Scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychol Health Med.*; 14(3), 354-66. doi: 10.1080/13548500802707159. PMID: 19444713.
- Ribeiro, J.P., Lima, F.B.C. de, Soares, T.M.S. da, Oliveira, B.B., Klemtz, F.V., Lopes, K.B., & Hartmann, M. (2019). Necessidades sentidas pelas mulheres no período puerperal. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 13(1), 61-69. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a235022p61-69-2019>.
- Ribeiro, J.P.R., Neto, C., Silva, M. et al. (2015). Ulterior validação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg de 28 itens. *Psicologia, Saúde & Doenças*; 16(3), 278-286. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160301>
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D.A. (2008). Vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy. Ottawa (ON): Canadian Public Health Association.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 79-93). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rowlands, G., Protheroe, J., Winkley, J., Richardson, M., Seed, P.T., & Rudd, R. (2015). A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: an observational study. *British Journal of General Practice*, 65(635), 379-86. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26009533>
- Santos, A.J. de (2020). *O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na continuidade dos cuidados pós-parto*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus. Disponível em

https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27880/1/Mestrado-Enfermagem_de_Saude_Materna_e_Obstetrica-Antonia_Jossiceli_dos_Santos.pdf

- Silva, L.L.B., Feliciano, K.V.O., Oliveira, L.N.F.P. et al. (2016). Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral”. *Rev Gaúcha Enferm.*; 37(3), e59248, 1-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160359248.pdf>
- Thorsteinsson, E.B., Loi, N.M., & Moullynox, A.L. (2014). Mental Health Literacy of Depression and Postnatal Depression: A Community Sample. *Open Journal of Depression*; 3, 101-111. <http://dx.doi.org/10.4236/ojd.2014.33014>
- Vaillant, G.E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11, 93-99.
- Wei, Y. (2017). The assessment of the quality of mental health literacy measurement tools: A scoping review and three systematic reviews (Unpublished doctoral dissertation). Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes, and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2016). Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 16. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1012-5>
- WHO (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva, CH: World Health Organization (Fact sheet nº. 220) Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>) WHO, (1998). Health promotion glossary. Geneva, CH: World Health Organization.
- WHO (2019). *Mental Health*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2013). *Health literacy. The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S.J. (2010). Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*; 10, 771. doi: 10.1186/1471-2458-10-771. PMID: 21167078; PMCID: PMC3022850.
- Yu, Y., Liu, Z., Hu, M., Liu, X., Liu, H., Yang, J.P., Zhou, L., & Xiao, S. (2015). Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population. *BMJ Open*; 5: e009054. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009054>

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumento de colheita de dados

Cara Senhora:

Sou Enfermeira Maria João da Cruz Marques a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e estou a desenvolver uma investigação sob a orientação da Professora Ana Maria Poço dos Santos. Pretendemos estudar a literacia em saúde mental da puérpera, pelo que a sua colaboração é indispensável. A sua participação é voluntária e, desde já, agradecemos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, não existem respostas certas ou erradas. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião, para que o questionário seja válido.

As respostas fornecidas neste questionário são anónimas, servirão para tratamento estatístico e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua confidencialidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso. Agradecemos, desde já, a sua colaboração e disponibilidade.

Muito obrigada,

Maria João da Cruz Marques

I Parte – Caracterização sociodemográfica

1. Idade _____ anos

2. Estado Civil:

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

3. Habilitações literárias:

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1.º Ciclo do ensino básico | <input type="checkbox"/> | Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| 2.º Ciclo do ensino básico | <input type="checkbox"/> | Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| 3.º Ciclo do ensino básico | <input type="checkbox"/> | Doutoramento | <input type="checkbox"/> |
| Ensino secundário | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Outra _____ | |

4. Situação profissional:

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Empregada a tempo integral | <input type="checkbox"/> | Em formação | <input type="checkbox"/> |
| Empregada a tempo parcial | <input type="checkbox"/> | Outra | <input type="checkbox"/> |
| Desempregada | <input type="checkbox"/> | Qual _____ | |

5. Profissão:

- Profissões das Forças Armadas
- Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Directores e Gestores Executivos
- Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas
- Técnicos e Profissões de Nível Intermédio
- Pessoal Administrativo
- Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Protecção e Segurança e Vendedores
- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta

Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices

Trabalhadores não Qualificados

6. Coabitação:

Companheiro/cônjuge

Companheiro/cônjuge e filhos

Companheiro/cônjuge, filhos e pais

Outros _____

7. Local de residência:

Urbano Rural

Escala de Apgar Familiar (SMILKSTEIN, 1978) – Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988)

	Quase sempre (2)	Algumas vezes (1)	Quase nunca (0)
1 – Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa?			
2 – Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?			
3 – Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?			

A Escala de Apgar é um instrumento que demonstra como os membros da família percebem o nível da funcionalidade da unidade familiar de forma global. Marque com uma cruz (X) a opção que melhor traduz o que sente.

4 – Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5 – Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?			
TOTAL			

Parte II –Caracterização obstétrica

8. Gravidez planeada: Sim Não

9. Primeiro filho: Mais do que um filho:

10. O bebé nasceu:

Antes das 38 semanas

Depois das 38 semanas

11. Número de consultas de vigilância da gravidez: _____

12 A primeira consulta foi:

Antes das 12 semanas

Depois das 12 semanas

13. Frequentou um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Sim Não

14. A gravidez foi:

Baixo Risco

Risco

14.1 Se foi de risco, refira o motivo: _____

15. Após o nascimento do bebé ficou:

Em alojamento conjunto (consigo)

Internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais

15. Antes da alta hospitalar, foi-lhe dada informação sobre os cuidados a ter em casa com o bebé?

Sim Não

_Como evitar infeção pós-parto?

Sim Não

_Sinais de alerta sobre os riscos e complicações após o parto?

Sim Não

_Não me foi dada qualquer informação

_As minhas dúvidas foram esclarecidas

_Se as dúvidas foram esclarecidas, quem as esclareceu:

Enfermeiro Médico

_Tive apoio no aleitamento materno:

Sim Não

_Se sim, o apoio foi prestado por

Enfermeiro Médico

Parte III – Literacia em saúde mental

Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte (2014)

Leia com atenção cada uma das afirmações apresentadas e coloque uma cruz (X) na afirmação que corresponde à sua afirmação

		Discordo muito	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo muito
1	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar					
2	Fazer exercício físico ajuda a melhorar a saúde mental					
3	Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz					
4	Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (isto é, podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas)					
5	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família					
6	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo					
7	Uma perturbação mental não afeta o comportamento					
8	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com os pais dele					
9	Dormir bem ajuda a melhorar a saúde mental					
10	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra)					

11	Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo				
12	As pessoas com perturbação mental são de famílias com pouco dinheiro				
13	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar ou criticar				
14	O consumo de álcool pode causar perturbações mentais				
15	Uma perturbação mental não afeta os sentimentos				
16	Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor				
17	Só os adultos têm perturbações mentais				
18	O mau funcionamento do cérebro pode levar ao aparecimento de perturbações mentais				
19	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico				
20	Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda dos meus amigos				
21	Ter uma alimentação equilibrada ajuda a melhorar a saúde mental				
22	Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas				
23	Uma pessoa com perturbação de ansiedade evita situações que lhe causem desconforto				
24	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar				
25	A duração dos sintomas é um dos aspetos importantes para sabermos se uma pessoa tem, ou não tem, uma perturbação mental				
26	A depressão não é uma verdadeira perturbação mental				
27	O consumo de drogas pode causar perturbações mentais				
28	Uma perturbação mental afeta os pensamentos				
29	Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor				
30	Fazer algo que goste ajuda a melhorar a saúde mental				
31	Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve				
32	Falar com outras pessoas sobre os meus problemas ajuda a melhorar a saúde mental				
33	Situações de grande stresse podem causar perturbações mentais				
34	<p>Da seguinte lista, assinale com uma cruz (X) os problemas que acha que são perturbações mentais (pode assinalar mais do que uma opção):</p> <p>Ansiedade generalizada <input type="checkbox"/></p> <p>Paralisia Cerebral <input type="checkbox"/></p> <p>Trissomia 21 <input type="checkbox"/></p> <p>Depressão <input type="checkbox"/></p> <p>Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/></p> <p>Parkinson <input type="checkbox"/></p> <p>Esquizofrenia <input type="checkbox"/></p>				

Obrigado, pela sua participação

ANEXO 2

Autorização para aplicação do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) de Campos, Palha, Dias, Veiga & Duarte (2014)

Pedido autorização aplicação escala.

LC Luisa Campos <mcampos@porto.ucp.pt>
sáb 22/06/2019 11:27
Você: Pedro Dias

 LSMq_versão jovem adulto_2...
250 KB

 Scoring_MHL_young adult.pdf
217 KB

2 anexos (448 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive

Cara Maria João,
Antes de mais, agradecemos o seu interesse pelo nosso trabalho.
Anexamos o Questionário em literacia em saúde mental, versão adultos e o documento relativo aos procedimentos de cotação.
Desejamos um bom trabalho.
Um bom fim de semana.
Luisa Campos

Luisa Campos
PhD

Faculdade de Educação e Psicologia
Universidade Católica Portuguesa | Porto
Rua de Diogo Botelho, 1327
4169-005 Porto, Portugal
Tel: +351 +3510226196200
Email: mcampos@porto.ucp.pt
www.fep.porto.ucp.pt

Universidade Católica Portuguesa | Católica Porto

Portal Académico da Universidade Católica Portuguesa - Porto onde poderá obter informação sobre a Escola das Artes, Instituto de Bioética, Escola Superior de Biotecnologia, Católica Porto Business School, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Direito,
www.fep.porto.ucp.pt

MM Maria João Marques
seg 17/06/2019 09:41

Boa tarde Sra. Professora Doutora Luisa Campos

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob orientação da Sra Professora Ana Poço

Estou a integrar o grupo de investigação - "Literacia em saúde materna" com o projeto estruturante - "A educação pré-natal do casal e assistência de enfermagem à família e recém-nascido em trabalho de parto e parto".

Venho por este meio pedir autorização de aplicação de questionário sobre "Literacia em Saúde Mental".

Atentamente e com os mais sinceros cumprimentos

Maria João Marques
Aluna Nº21621003
VII Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO 3
Declaração de consentimento informado às participantes

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Cara Senhora,

Sou Enfr^a Maria João da Cruz Marques, estou a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e encontro-me a desenvolver uma investigação integrada sob a orientação da Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos, que pretende avaliar a de literacia em saúde mental da puérpera.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e respeitada a confidencialidade dos seus dados. É livre de poder recusar a sua participação sem quaisquer consequências para si.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-se sido garantido que não haverá prejuízos dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Coimbra ___ / ___ / 2019

Nome: _____

Assinatura do participante:

Declaro que prestei **a informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:
Nome das Investigadoras: Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos e Enfermeira Maria João da Cruz Marques

Assinatura: _____

ANEXO 4
Pedido de parecer à Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer Nº P610-09/2019

Título do Projecto: Literacia em Saúde Mental da Puérpera

Identificação das Proponentes

Nome(s): Maria João da Cruz Marques

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Ana Maria Poço dos Santos

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivos: a) determinar que variáveis sociodemográficas interferem na literacia em saúde mental das puérperas; b) identificar que variáveis de caracterização obstétrica interferem na literacia em saúde mental das puérperas.

Segundo os autores trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com enfoque transversal, em que a amostra, não-probabilística do tipo bola-de-neve, será constituída por puérperas recrutadas na comunidade.

Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e os instrumentos de colheita de dados e a declaração de autorização do uso do Questionário de Literacia em Saúde Mental.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 08/10/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho