

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**AUTOESTIMA E O RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UM ESTUDO
QUANTITATIVO COM MULHERES GRÁVIDAS**

Trabalho submetido por
Lúisa Negrão de Moura
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

junho de 2025

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**AUTOESTIMA E O RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UM ESTUDO
QUANTITATIVO COM MULHERES GRÁVIDAS**

Trabalho submetido por
Luísa Negrão de Moura
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho orientado por
Prof.^a Doutora Marta Sofia Reis

junho de 2025

Agradecimentos

A realização desta dissertação representa não apenas a conclusão de uma etapa acadêmica, mas também a consolidação de um percurso pessoal profundamente significativo.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora, Marta Reis, pela escuta generosa, pela exigência respeitosa e pela orientação firme ao longo de todo o processo. Seu olhar sensível e crítico foi essencial para que este trabalho pudesse ganhar consistência e profundidade.

Aos docentes e colegas do Instituto Universitário Egas Moniz, pela partilha de saberes, pelas trocas e pelo acolhimento que encontrei ao longo do curso.

Às mulheres que participaram deste estudo, por confiarem suas histórias e por permitirem que suas vivências contribuíssem para a construção deste conhecimento.

Agradeço à minha família, em especial ao meu marido, Felipe, pelo apoio e por acreditar no valor deste projeto mesmo quando as forças vacilavam. Ao meu filho, por ser meu maior motivo de coragem e inspiração para trazer mais luz à saúde mental de outras tantas mães.

À minha família no Brasil que, mesmo de longe, se fez presente oferecendo palavras de incentivo nos momentos difíceis.

E, por fim, agradeço a mim mesma, por não ter desistido, por ter respeitado meus ritmos e por ter transformado a dor em potência de cuidado.

Declaração de Honra

Código | IMP-EM-EI-111_00

Declaro, por minha honra, que o presente trabalho académico é original e foi elaborado por mim próprio (a), não se tendo recorrido a quaisquer outras fontes, para além das indicadas, usadas, adotadas literalmente ou adaptados a partir dos seus originais (em fontes impressas, não impressas ou na internet) e encontram-se adequados, identificados e citados, com observância das convenções do trabalho académico em vigor.

Mais declaro que esta Dissertação/Tese Autoestima e o risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas não foi apresentada, para efeitos de avaliação, a qualquer outra entidade ou instituição, para além da(s) diretamente envolvida(s) na sua elaboração, e que os conteúdos das versões impressa e eletrónica são inteiramente coincidentes.

Declaro, igualmente, encontrar-me ciente de que a inclusão, neste texto, de qualquer falsa declaração terá consequências legais.

Data: 05/06/25

Declaração Conflito de Interesses (DCI)

Código | IMP-EM-EI-110_00

Eu Luísa Negrão de Moura, referente a Dissertação/Tese Autoestima e o risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas declaro que não possuo conflitos de interesse de ordem pessoal, comercial, académica, político ou financeiro.

Data: 05/06/25

Declaração de Financiamento

Código | IMP-EM-EI-113_00

Eu Luísa Negrão de Moura referente a Dissertação/Tese Autoestima e o risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas declaro que o meu trabalho não se encontra financiado.

Data: 05/06/25

Declaração de Ética e Registo

Código | IMP-EM-EI-112_00

Eu Luísa Negrão de Moura referente a Dissertação/Tese Autoestima e o risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas declaro que o meu trabalho se encontra aprovado pela Comissão de ética sob o número ou identificação de registo PT-309/24.

Data: 05/06/25

Resumo

O período pós-parto é caracterizado por intensas transformações físicas, emocionais e psicológicas, podendo culminar no desenvolvimento de Depressão Pós-Parto (DPP), uma condição que compromete não apenas a saúde da mãe, mas também o bem-estar da criança e a dinâmica familiar. Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre os níveis de autoestima durante a gravidez e o risco de DPP, considerando fatores emocionais, sociais e culturais que influenciam a autopercepção materna. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e de natureza correlacional, com amostragem por conveniência. A recolha de dados foi realizada online, por meio de questionários autoaplicados. Participaram 250 mulheres grávidas, maiores de 18 anos e residentes em Portugal, sendo excluídas aquelas com barreiras cognitivas ou linguísticas. Foram utilizados a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) e um questionário sociodemográfico. A análise dos dados foi realizada com recurso ao software SPSS, incluindo procedimentos descritivos, correlação de Pearson ($r = -0,545$; $p < 0,001$) e regressão linear, cujo modelo explicou 36,6% da variância da DPP ($R^2 = 0,366$). Partiu-se da hipótese de que níveis mais baixos de autoestima estariam associados a maior vulnerabilidade à DPP, enquanto níveis mais elevados funcionariam como fator protetor. Os dados obtidos fornecem contributos relevantes para o desenvolvimento de intervenções clínicas e políticas públicas em saúde mental, destacando a importância de reforçar a autoestima materna como estratégia preventiva ao longo do período gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Autoestima, Depressão Pós-Parto, Saúde Mental Materna, Gravidez, Fatores de Risco.

Abstract

The postpartum period is marked by intense physical, emotional, and psychological changes, which may culminate in the development of Postpartum Depression (PPD), a condition that affects not only the mother's health but also the child's well-being and family dynamics. This study aimed to investigate the relationship between self-esteem levels during pregnancy and the risk of PPD, considering emotional, social, and cultural factors that influence maternal self-perception. This is a quantitative, cross-sectional, and correlational study, based on a convenience sample. Data were collected online through self-administered questionnaires. A total of 250 pregnant women, over 18 years old and residing in Portugal, participated in the study, with cognitive or language barriers as exclusion criteria. The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and a sociodemographic questionnaire were used. Data analysis was conducted using SPSS software and included descriptive procedures, Pearson correlation ($r = -0.545$; $p < 0.001$), and linear regression, with the final model explaining 36.6% of the variance in PPD ($R^2 = 0.366$). It was hypothesized that lower self-esteem levels would be associated with increased vulnerability to PPD, while higher levels would serve as a protective factor. The findings offer relevant contributions to the development of clinical interventions and public mental health policies, highlighting the importance of promoting maternal self-esteem as a preventive strategy throughout the perinatal period.

Keywords: Self-Esteem, Postpartum Depression, Maternal Mental Health, Pregnancy, Risk Factors.

Índice Geral

Abstract	3
Introdução	13
Enquadramento Teórico	15
Depressão Pós-Parto: Características e Relevância	15
Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-Parto	17
Fatores de Proteção contra a Depressão Pós-Parto	18
Relação entre Autoestima e Depressão Pós-Parto.....	20
Consequências da Depressão Pós-Parto.....	23
Relevância Cultural e Social da Perceção Materna	24
Justificativa e Relevância do estudo	24
Método	26
Desenho do Estudo.....	26
Participantes	26
<i>Critérios de Inclusão</i>	26
<i>Amostra</i>	26
Procedimentos	28
<i>Recolha de Dados</i>	28
<i>Recrutamento</i>	28
<i>Questões Éticas</i>	29
<i>Consentimento Informado</i>	29
<i>Confidencialidade e Anonimato</i>	29
Instrumentos	29
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	29
<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES - Rosenberg, 1965)</i>	30
<i>Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS - Cox et al., 1987)</i>	30
Análise dos Dados.....	31
Resultados	33
Análise Descritiva das Variáveis.....	33
Correlações entre Variáveis.....	34
Discussão	42

Conclusão	45
Implicações Práticas/Recomendações Futuras.....	45
Referências	47

Índice de Tabelas

Tabela 1. *Características Sociodemográficas da Amostra*

Tabela 2. *Análise Descritiva e Consistência Interna das Variáveis*

Tabela 3. *Correlações de Pearson entre as Variáveis*

Tabela 4. *Regressão Linear Múltipla Ampliada para Preditores da
Depressão Pós-Parto*

Tabela 5A. *Análise das Diferenças entre a Autoestima e as Variáveis em Estudo*

Tabela 5B. *Análise das Diferenças entre a Depressão Pós-Parto (EPDS) e as Variáveis
em Estudo*

Índice de Anexos

Anexo A. Protocolo de Investigação

Anexo B. Proposta de Projeto/Dissertação

Anexo C. Aprovação da Comissão de Ética

Anexo D. Consentimento Informado

Lista de Abreviaturas

DPP – Depressão Pós-Parto

DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EPDS – Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

OMS - Organização Mundial da Saúde

RSES – Escala de Autoestima de Rosenberg

Introdução

A experiência da maternidade representa uma das transições mais complexas e significativas na trajetória de vida de uma mulher. Desde o início da gravidez até ao período pós-parto, ocorrem profundas alterações fisiológicas, emocionais, relacionais e identitárias, exigindo um elevado grau de adaptação e reorganização interna (Stern, 2000). Apesar de amplamente idealizada como um momento de plenitude, a maternidade pode implicar desafios psíquicos intensos, sobretudo quando confrontada com realidades que não correspondem aos ideais socialmente construídos (Carvalho, Schiavon & Sacco, 2018).

Entre as principais perturbações clínicas que afetam este período, destaca-se a Depressão Pós-Parto (DPP), classificada como uma perturbação depressiva maior com especificador “com início no periparto” (American Psychiatric Association, 2013). A DPP pode manifestar-se ainda durante a gravidez ou nas primeiras semanas após o parto, apresentando sintomas como tristeza persistente, anedonia, fadiga extrema, alterações no sono e no apetite, sentimentos de culpa ou de incapacidade e, nos casos mais graves, ideação suicida. A sua prevalência estimada varia entre 10% e 20% das puérperas em contextos globais, podendo atingir valores mais elevados em populações expostas a situações de vulnerabilidade socioeconómica ou com baixo acesso a cuidados de saúde mental (WHO, 2022; Figueiredo et al., 2007).

As repercussões da DPP não se limitam à mãe. Diversos estudos evidenciam o seu impacto no vínculo afectivo com o bebé, na amamentação e nas práticas de cuidado materno, o que pode comprometer o desenvolvimento cognitivo, emocional e relacional da criança, a curto e a longo prazo (O’Hara & McCabe, 2013; Silva et al., 2021). Neste sentido, torna-se urgente compreender os factores que influenciam o surgimento da DPP, bem como os elementos de protecção que podem ser promovidos desde a gravidez, com vista à prevenção e ao cuidado em saúde mental perinatal (Silva et al., 2021).

Entre as variáveis psicológicas relevantes neste contexto, a autoestima tem-se destacado como um importante indicador da saúde emocional materna. Conceituada como a avaliação subjetiva que o indivíduo faz de si próprio, incluindo perceções de valor pessoal, competência e autoconfiança (Rosenberg, 1965), a autoestima parece

desempenhar um papel duplo: ao mesmo tempo que pode ser afetada pelas exigências da maternidade, também actua como um recurso interno para o enfrentamento dos seus desafios (Sharifzadeh et al., 2018; Han & Kim, 2020).

Baixos níveis de autoestima durante a gravidez e o pós-parto têm sido consistentemente associados a maior sintomatologia depressiva, estabelecendo uma relação bidirecional: mulheres com autoestima fragilizada tendem a sentir-se menos capazes de exercer o seu papel materno, o que favorece o surgimento de sentimentos de inadequação e desamparo; por outro lado, a presença de sintomas depressivos pode acentuar ainda mais uma visão negativa de si própria (Agrawal et al., 2022). Esta dinâmica torna-se ainda mais preocupante em contextos de fragilidade social, ausência de suporte emocional, gravidez não planeada ou vivência de experiências adversas durante a gestação (Sousa et al., 2021; Silva et al., 2021).

A compreensão desta interdependência entre autoestima e risco de depressão pós-parto revela-se, portanto, fundamental para a construção de estratégias de prevenção, intervenção precoce e promoção da saúde mental materna (Han & Kim, 2020; Sharifzadeh et al., 2018), com benefícios que se estendem à díade mãe-bebé e ao ambiente familiar no seu todo. O presente estudo insere-se nesse esforço, ao investigar de forma sistemática e com base empírica a relação entre os níveis de autoestima durante a gravidez e o risco de desenvolvimento de DPP, bem como os factores sociodemográficos, obstétricos e emocionais que possam actuar como preditores de risco ou de protecção neste processo.

Enquadramento Teórico

Depressão Pós-Parto: Características e Relevância

A DPP é classificada no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) como uma perturbação depressiva major com especificador ‘com início no periparto’, podendo manifestar-se durante a gravidez e até quatro meses após o parto. Estudos indicam que cerca de metade das mulheres que desenvolvem DPP já apresentavam sintomas ainda durante a gestação (Damacena et al., 2020).

A gravidez e o período pós-parto constituem fases marcadas por profundas transformações físicas, emocionais e sociais na vida da mulher. Estas mudanças envolvem desde alterações hormonais e corporais até adaptações psicológicas e relacionais, exigindo da grávida uma constante reorganização interna. A forma como a mulher experiencia este processo está fortemente relacionada com o seu contexto pessoal e sociocultural, podendo suscitar sentimentos de empoderamento ou, inversamente, de vulnerabilidade e insegurança (Alves et al., 2024; Montenegro & Rezende, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), cerca de 20% das mulheres apresentam problemas de saúde mental neste período, sendo que uma proporção significativa manifesta pensamentos suicidas ou comportamentos autolesivos. Dados anteriores indicam que entre 10% e 20% das grávidas e puérperas são afetadas por perturbações mentais, com prevalências ainda mais elevadas em contextos de vulnerabilidade social (OMS, 2008).

A DPP é reconhecida como uma condição heterogénea no que diz respeito à sua gravidade, momento de início e resposta às intervenções, o que reforça a importância de abordagens preventivas que tenham em consideração a complexidade dos factores envolvidos, desde determinantes sociais até aspectos clínicos e emocionais (Galea et al., 2019).

Autoestima e Saúde Mental na Gravidez

O estado emocional de uma pessoa depende, em grande medida, da qualidade dos seus relacionamentos, o que pode influenciar diretamente o sucesso ou o fracasso em momentos de adversidade. Vínculos seguros são fundamentais, pois contribuem tanto para o desenvolvimento da autoconfiança como para a superação de desafios, sendo essenciais em contextos de privação. Embora a solidão seja uma experiência comum, esses vínculos podem oferecer a segurança e a confiança necessárias para enfrentar situações difíceis (Lima Neto, 2022).

É importante reconhecer que a percepção da gravidez varia consoante o contexto cultural e social em que a mulher grávida está inserida. Para algumas, trata-se de um momento de felicidade e realização; para outras, pode ser vivenciado com apreensão e incerteza, refletindo as complexidades da aceitação pessoal e das normas sociais (Dias et al., 2021).

Brasil e Costa (2018) destacam que a gravidez é frequentemente idealizada como uma experiência natural e uniforme para todas as mulheres, mas essa visão simplista pode desvalorizar os desafios individuais enfrentados por cada mulher grávida, resultando numa experiência menos satisfatória e gratificante. Nesse sentido, Carvalho et al. (2018) sublinham que muitas mães enfrentam sentimentos de culpa, frustração e vergonha ao confrontarem uma realidade que não corresponde às expectativas idealizadas durante a gravidez. Além disso, a visão romantizada da maternidade, com padrões irrealistas de perfeição, contribui para a diminuição da autoestima e levanta dúvidas quanto à capacidade de lidar com os desafios próprios da experiência materna (Carvalho, Schiavon & Sacco, 2018).

A saúde mental perinatal refere-se ao estado emocional e psicológico da mulher desde a gravidez até ao primeiro ano após o parto. Durante este período de intensas mudanças físicas e emocionais, muitas mulheres enfrentam desafios significativos ao seu bem-estar (Alves et al., 2024). De acordo com os autores, esta fase exige uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, uma vez que perturbações mentais podem afetar não só a mãe como também o desenvolvimento do bebé. Estas perturbações são comuns nesta etapa, sendo um dos principais problemas de saúde que afetam grávidas e puérperas. Em países desenvolvidos, mais de 10% das mulheres

enfrentam estas dificuldades, enquanto em regiões em desenvolvimento este número pode ultrapassar os 25%. Tal realidade evidencia a importância de disponibilizar apoio adequado e acompanhamento especializado à saúde mental materna, de forma a mitigar os impactos emocionais deste momento único na vida da mulher (Alves et al., 2024).

Fatores de Risco Associados à Depressão Pós-Parto

Diversos fatores de ordem emocional, social, obstétrica e comportamental contribuem para o risco de desenvolvimento da DPP. Entre os fatores psicossociais mais relevantes, destacam-se a ausência de apoio emocional — seja do parceiro, da família ou da comunidade —, a gravidez não planeada, a vivência de eventos stressantes e a experiência de violência, seja ela psicológica, física ou sexual. Um estudo realizado em Recife (Brasil) demonstrou que mulheres que sofreram violência psicológica durante a gestação apresentaram um risco 113% superior de desenvolver DPP, sendo este risco ainda mais elevado (183%) quando a violência psicológica se associava à violência física ou sexual (Santos et al., 2022). A falta de suporte emocional adequado revelou-se também um fator determinante: mulheres que referiram não receber apoio durante a gravidez apresentaram um risco três vezes superior de desenvolver sintomas depressivos (Sousa et al., 2021).

A ansiedade é outro fator frequentemente associado à DPP. Caracteriza-se por medo, insegurança, distúrbios do sono e sensação de incapacidade, podendo emergir ainda durante a gravidez e persistir no pós-parto, aumentando significativamente a vulnerabilidade psicológica (Sousa et al., 2021). Também se observou que adolescentes grávidas apresentam índices mais elevados de DPP do que mulheres adultas, sobretudo quando enfrentam situações de vulnerabilidade social. Em Portugal, 25,9% das mães com menos de 18 anos apresentaram sintomas depressivos durante a gravidez e no pós-parto, em comparação com 11,1% e 9,3% das mães adultas, respetivamente (Figueiredo et al., 2007).

Entre os fatores obstétricos e clínicos, salientam-se a multiparidade, a realização de cesarianas anteriores, a ausência de ocupação remunerada, a baixa escolaridade e a presença de doenças pré-existentes. Adicionalmente, condições como obesidade, défice de vitamina D, alimentação inadequada e o estado geral de saúde física da mulher

durante a gestação podem também influenciar negativamente a sua estabilidade emocional (Brasil, 2023).

Por outro lado, aspetos relacionados com o comportamento e o estilo de vida materno exercem influência significativa. O consumo de álcool e tabaco está associado a riscos acrescidos tanto para a saúde da mãe como do bebé, incluindo parto prematuro e baixo peso à nascença — fatores que, por sua vez, se correlacionam com maior probabilidade de DPP (Sousa et al., 2021). A interrupção precoce da amamentação materna exclusiva (AME) merece também atenção. Estudos indicam que mães que não amamentam exclusivamente têm entre 1,63 e 7,58 vezes mais probabilidade de desenvolver DPP, sendo este risco particularmente elevado entre mulheres em situação de vulnerabilidade social (Silva et al., 2023; Sousa et al., 2021). O apoio familiar, neste contexto, funciona como fator de proteção, favorecendo a continuidade da amamentação e o fortalecimento do vínculo mãe-bebé (Sousa et al., 2021).

Por fim, fatores subjetivos como a imagem corporal têm sido apontados como influenciadores da autoestima e, conseqüentemente, da saúde mental materna. A insatisfação com as alterações físicas ao longo da gestação pode intensificar sentimentos de inadequação e desconforto, contribuindo para quadros depressivos e perturbações alimentares, especialmente entre mulheres que já evidenciavam baixa autoestima ou humor deprimido previamente (Meireles et al., 2022; Peixeiro et al., 2022). Além disso, Sharifzadeh et al. (2018) referem que uma autoestima reduzida pode desencadear uma série de conseqüências psicológicas adversas, como depressão, ansiedade e dificuldades nos relacionamentos interpessoais, afetando a adaptação da mulher ao papel materno.

Em conjunto, estes fatores reforçam a importância de um acompanhamento integral e contínuo da saúde mental das mulheres grávidas, destacando a DPP como um fenómeno multifatorial que exige atenção preventiva por parte dos profissionais de saúde e dos decisores políticos (Silva et al., 2021).

Fatores de Proteção contra a Depressão Pós-Parto

Felizmente, existem diversos fatores que podem contribuir para a redução do risco de DPP, auxiliando as mães a lidar com as exigências emocionais e psicológicas deste período. Estudos indicam que processos psicológicos como a autocompaixão e a

aceitação emocional têm um impacto positivo na adaptação à maternidade. Mulheres com níveis mais elevados destas competências demonstram menor vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos no pós-parto, uma vez que conseguem enfrentar de forma mais eficaz os desafios e transformações desta fase da vida (Monteiro et al., 2019).

Adicionalmente, é importante destacar fatores que podem atuar como elementos de proteção contra a DPP, promovendo o bem-estar materno. A vivência satisfatória da amamentação desempenha um papel relevante, contribuindo para o equilíbrio emocional das mulheres neste momento delicado. Para além disso, o suporte social revela-se essencial — o envolvimento da família, a presença de uma figura de apoio conjugal e uma rede de suporte sólida são determinantes na capacidade de enfrentar os desafios da maternidade. Características individuais, como o planeamento consciente da gravidez, um nível educacional mais elevado e idade materna mais avançada, também foram identificadas como fatores de proteção importantes (Betussi et al., 2022).

Um estudo observacional conduzido por Stewart e Vingod (2016) acompanhou 78 mulheres diagnosticadas com depressão no primeiro trimestre de gestação. Os resultados mostraram que nenhuma das participantes que recebeu acompanhamento com psicoterapia ou farmacoterapia desenvolveu DPP, enquanto cerca de 92% das mulheres que não receberam qualquer intervenção apresentaram sintomas depressivos após o parto. Este achado reforça a relevância de intervenções terapêuticas na gestão da depressão materna, alinhando-se à literatura que evidencia a eficácia de estratégias preventivas na saúde mental perinatal (Silva et al., 2021).

Para além das terapias convencionais, têm sido exploradas abordagens inovadoras no tratamento da DPP. Um estudo conduzido por Branquinho et al. (2023) avaliou a viabilidade de uma intervenção cognitivo-comportamental combinada, que integrava sessões presenciais por videoconferência e um programa online intitulado “Be a Mom”, oferecendo maior flexibilidade e acessibilidade às mulheres no pós-parto. Os resultados revelaram elevadas taxas de adesão e satisfação, bem como uma redução significativa dos sintomas depressivos ao final da intervenção. Estes resultados reforçam o potencial de modelos híbridos de intervenção para o tratamento da DPP, permitindo alcançar um maior número de mulheres e assegurar suporte emocional eficaz (Branquinho et al., 2023).

Um ponto essencial na prevenção da DPP é a inclusão de orientações específicas durante as consultas de vigilância pré-natal. Segundo Cardoso Gonçalves e colegas (2019), os profissionais de enfermagem desempenham um papel estratégico ao instruir as grávidas sobre alterações fisiológicas e emocionais, encaminhando-as para apoio psicológico quando necessário. Esta atuação multidisciplinar contribui para o fortalecimento da autoestima materna, prevenindo quadros depressivos no pós-parto (Cardoso Gonçalves & Almeida, 2019).

A literatura também aponta para a eficácia das intervenções psicossociais online, sobretudo para mulheres grávidas que enfrentam limitações geográficas, logísticas ou dificuldade de acesso a serviços presenciais de saúde mental. Estas intervenções constituem ferramentas complementares relevantes durante o pré-natal, promovendo melhorias significativas na autoestima, no suporte emocional e na redução dos sintomas de ansiedade e depressão durante a gravidez e no pós-parto (Ashford et al., 2016; Shorey & Ng, 2021).

Uma boa rede de apoio familiar e profissional, especialmente nas primeiras semanas após o parto, favorece a manutenção da autoestima, funcionando como um importante fator protetor contra a DPP (Sousa et al., 2021).

Relação entre Autoestima e Depressão Pós-Parto

A DPP representa um desafio significativo para a saúde mental das mães e constitui uma das principais causas de sofrimento e complicações associadas à experiência da maternidade. Os sintomas característicos, como flutuações de humor e desinteresse pelo bebê, podem persistir até um ano após o parto. Esta condição afeta não apenas a mãe, mas também o desenvolvimento e o bem-estar da criança, influenciando igualmente o ambiente familiar (Agrawal et al., 2022).

Prata (2009) conduziu um estudo que analisou a relação entre o conhecimento, a autoestima e os níveis de stresse e ansiedade em puérperas, sublinhando a importância da autoestima na saúde mental, particularmente quando integrada nos cuidados primários, de forma a facilitar a transição para a maternidade.

Após o parto, muitas mulheres enfrentam uma queda significativa na autoestima, o que pode ter repercussões negativas, como dificuldades nos relacionamentos, sintomas

depressivos e menor capacidade para cuidar do filho (Han & Kim, 2020). A autoestima materna desempenha um papel central no enfrentamento das exigências da maternidade. Mulheres com autoestima elevada tendem a adaptar-se com mais facilidade às mudanças impostas pela gravidez e aos cuidados com o bebé, demonstrando menor vulnerabilidade ao desenvolvimento de DPP. Em contraste, níveis reduzidos de autoestima podem intensificar sentimentos de inadequação, raiva, isolamento e insegurança, afetando não só a saúde emocional da mãe, como também a sua capacidade de estabelecer vínculos seguros com o filho (Agrawal et al., 2022; Han & Kim, 2020; Sharifzadeh et al., 2018).

Sharifzadeh et al. (2018) evidenciam que a baixa autoestima pode desencadear diversas consequências psicológicas adversas, como raiva, depressão, ansiedade e dificuldades nas relações interpessoais, comprometendo a adaptação da mulher ao papel materno, à relação conjugal e ao funcionamento familiar.

De acordo com Agrawal et al. (2022), a baixa autoestima durante o pós-parto constitui um importante fator de risco. Neste período particularmente vulnerável, a autoestima fragilizada pode ser exacerbada pela depressão, e esta, por sua vez, pode agravar a perceção negativa que a mulher tem de si mesma. Mulheres com níveis mais elevados de autoestima tendem a lidar melhor com as pressões que afetam a sua autoimagem, reduzindo o risco de DPP. Já aquelas que apresentam sintomas depressivos podem sentir-se menos competentes enquanto mães, desencadeando um ciclo negativo de pensamentos e emoções que enfraquece ainda mais a autoestima.

Modelos teóricos sugerem que a baixa autoestima aumenta a vulnerabilidade à depressão, sobretudo perante situações de fracasso ou rejeição, enquanto a própria depressão reforça perceções negativas do self. No contexto pós-parto, esta dinâmica revela-se particularmente preocupante, na medida em que uma autoestima fragilizada contribui de forma significativa para o desenvolvimento de depressão. Por isso, é essencial que os profissionais de saúde estejam atentos a esta interação, promovendo o bem-estar emocional das mães (Han & Kim, 2020).

Durante a gestação e o pós-parto, é crucial considerar a perceção que as mulheres têm do seu próprio corpo, assegurando apoio adequado para lidar com as mudanças físicas e emocionais inerentes a estas fases. Estudos sugerem que a valorização da

imagem corporal pode constituir uma estratégia eficaz para reduzir sintomas depressivos e fortalecer a autoestima, sem necessidade de intervenção farmacológica. Trabalhar estas questões pode, assim, contribuir de forma relevante para a prevenção e tratamento da DPP (Meireles et al., 2022).

Na contemporaneidade, verifica-se uma sobrevalorização da imagem corporal, o que faz com que a conformidade com padrões estéticos socialmente estabelecidos proporcione vantagens nas interações sociais. A pressão para corresponder a estes padrões influencia negativamente a percepção que as mulheres têm da sua aparência (Da Silva, 2023). A ansiedade e a depressão podem coexistir durante a gravidez, especialmente quando associadas a uma baixa autoestima resultante da insatisfação com as alterações físicas. Estes sentimentos de vulnerabilidade podem dificultar a resolução de problemas e agravar o sofrimento psíquico (Nery et al., 2021).

Mulheres grávidas com menos de vinte anos podem apresentar sentimentos ambíguos e contraditórios face às mudanças físicas e psicológicas da gravidez, e muitas vezes não se sentem preparadas para a maternidade (Canli & Dermitas, 2022). Como a autopercepção corporal envolve dimensões como o aspeto, a adequação e a saúde, a insatisfação com o corpo — sobretudo com a percepção de perda de atratividade sexual (Bien et al., 2023) —, aliada ao stresse psicológico e à baixa autoestima, pode levar ao desenvolvimento de comportamentos alimentares prejudiciais (Canli & Dermitas, 2022).

Em síntese, o presente estudo reforça a visão de que tanto a autoestima como a depressão no pós-parto são fenómenos multifatoriais, influenciados por determinantes sociais, culturais e obstétricos (Galea et al., 2019; Silva et al., 2023). Os resultados sublinham a necessidade de políticas públicas que assegurem apoio emocional e social às grávidas, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade. A aposta em intervenções psicossociais, inclusive remotas, bem como a actuação multiprofissional, poderá favorecer a detecção precoce da sintomatologia depressiva e a promoção de níveis mais saudáveis de autoestima no período perinatal (Silva et al., 2021).

Consequências da Depressão Pós-Parto

A DPP compromete não apenas a saúde emocional da mãe, como também repercute no bem-estar e no desenvolvimento da criança. Diversos estudos indicam que a DPP pode dificultar o estabelecimento de vínculos afetivos seguros, interferir na amamentação e nas práticas de cuidado, além de estar associada a prejuízos no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental da criança. Esses efeitos podem prolongar-se ao longo da infância e adolescência, sendo tanto mais severos quanto maior for a gravidade e duração do quadro depressivo materno (Santos et al., 2022; Silva et al., 2021). Crianças cujas mães enfrentam a DPP apresentam maior propensão para desenvolver dificuldades cognitivas, sociais e comportamentais, em comparação com aquelas cujas mães não experienciaram essa condição (Silva et al., 2021).

As mulheres que sofrem de DPP frequentemente enfrentam níveis elevados de ansiedade, stresse e fadiga, o que pode afetar negativamente a sua autoestima, qualidade de vida e relações sociais. Este quadro compromete a construção de um vínculo afetivo saudável com o bebé e prejudica práticas essenciais como a amamentação. A DPP está frequentemente associada a sentimentos negativos, como raiva e frustração, bem como a uma redução da capacidade de expressar afeto. Este afastamento emocional pode também estar relacionado com um aumento do stresse, tal como demonstrado por estudos que apontam para a correlação entre a depressão e eventos de vida adversos, dificuldades financeiras e relações interpessoais fragilizadas.

As mães com DPP revelam, em comparação com aquelas que não apresentam a condição, uma perceção significativamente mais baixa de apoio social. O impacto da DPP estende-se, portanto, para além da figura materna, afetando igualmente o desenvolvimento do bebé. Os filhos de mulheres com DPP podem apresentar problemas cognitivos e emocionais persistentes durante a infância e adolescência. A gravidade e a duração da DPP configuram-se, assim, como fatores preditivos relevantes no que diz respeito ao desenvolvimento infantil (Santos et al., 2022).

Relevância Cultural e Social da Percepção Materna

Durante a gravidez, a autoestima da mulher é influenciada por diversos fatores sociais e interpessoais, como os relacionamentos familiares, o estado civil, a faixa etária, o nível de habilitações académicas e o planeamento da gestação (Dias et al., 2021). Estes fatores podem influenciar a autopercepção da mulher grávida, aumentando a sua vulnerabilidade ao desenvolvimento de complicações como a DPP. Quando a autoestima é afetada, esta pode comprometer os relacionamentos interpessoais, incluindo a relação conjugal. Han e Kim (2020) demonstram como a depressão pode distorcer a autoimagem, gerando conflitos e dificuldades emocionais. Este declínio da autoconfiança tende a dificultar o exercício da parentalidade e pode originar perturbações alimentares (Sharifzadeh et al., 2018).

Durante muito tempo, a maternidade foi associada à ideia de amor materno, entendido como algo inato e inerente ao universo feminino. Contudo, numa perspetiva mais recente, reconhece-se que a experiência de ser mãe não deriva exclusivamente de um instinto natural, mas resulta da combinação de múltiplas influências. Estas incluem a trajetória pessoal de cada mulher, o seu desejo de ter filhos, o modo como se relaciona com os próprios pais, bem como fatores de ordem social, cultural e profissional (Lourenço, 2013).

A transição para a maternidade é considerada um dos acontecimentos mais significativos no desenvolvimento psicológico da mulher, exigindo uma reorganização profunda da identidade, dos papéis e dos vínculos familiares. De acordo com Stern (2000), o nascimento de um filho implica também o nascimento psicológico de uma mãe, com repercussões duradouras na vida emocional e relacional da mulher. Nesta perspetiva, o nascimento de um primeiro filho, em particular, provoca transformações estruturantes e exerce um forte impacto na vida pessoal e familiar, alterando de forma duradoura a identidade, os papéis e as funções não só da mãe, mas também do pai e de todo o sistema familiar (Lourenço, 2013).

Justificativa e Relevância do estudo

A autoestima desempenha um papel fundamental na maternidade, especialmente no período pós-parto, fase em que as mulheres enfrentam desafios emocionais, físicos e

sociais particularmente exigentes. Uma autoestima positiva pode reforçar a resiliência materna, favorecer comportamentos saudáveis e influenciar, de forma significativa, a qualidade das relações familiares, bem como o desenvolvimento emocional dos bebés (Agrawal et al., 2022).

Estudos sugerem que mulheres com níveis elevados de autoestima sentem-se mais seguras para enfrentar os desafios da maternidade e apresentam menor risco de desenvolver DPP. Deste modo, compreender de que forma as mulheres percecionam a sua autoestima durante a gravidez poderá fornecer contributos relevantes para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde mental materna e prevenção da DPP. Os efeitos positivos dessas intervenções estendem-se para além da mãe, favorecendo vínculos mais seguros, um melhor desenvolvimento infantil e um ambiente familiar mais saudável (Han & Kim, 2020).

Face a este enquadramento, o presente estudo tem como objetivo geral investigar a relação entre os níveis de autoestima durante a gravidez e o risco de desenvolvimento de DPP. Procura-se, para tal, avaliar os níveis de autoestima em mulheres grávidas, identificar a prevalência de risco de DPP nesta população, analisar a associação entre baixos níveis de autoestima e maior vulnerabilidade à DPP, bem como explorar se níveis elevados de autoestima estão associados a uma menor probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia depressiva no pós-parto. Parte-se da hipótese de que mulheres grávidas com baixa autoestima apresentam maior risco de desenvolver DPP, enquanto aquelas com autoestima elevada tendem a apresentar menor risco.

Método

Desenho do Estudo

Este estudo segue uma metodologia quantitativa, de natureza descritiva e correlacional, sem qualquer manipulação das variáveis analisadas. É um estudo observacional com apenas um momento de observação, sendo, portanto, de caráter transversal.

Participantes

Os participantes do presente estudo foram obtidos através do método de amostragem do tipo bola de neve, resultando numa amostra não probabilística, por conveniência.

Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos para participação no estudo foram: ser mulher, estar grávida, com idade igual ou superior a 18 anos, residente em Portugal e com compreensão da língua portuguesa. As participantes que não atenderam a esses critérios foram excluídas da amostra.

Amostra

A amostra foi composta por 250 participantes, todas mulheres. As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

A média de idades foi de 32,42 anos (DP = 4,78; Min = 19; Máx = 45). Em relação à nacionalidade, a maioria das participantes é portuguesa (n = 217; 86,8%), seguida de brasileiras (n = 28; 11,2%) e outras nacionalidades (n = 5; 2,0%).

Quanto ao estado civil, a maioria relatou estar casada ou em união de facto (n = 212; 84,8%), enquanto 14,4% (n = 36) declararam-se solteiras e 0,8% (n = 2) viúvas. Relativamente ao número de filhos, 54,0% (n = 135) não têm filhos, 35,2% (n = 88) têm um filho, 8,8% (n = 22) têm dois filhos e 2,0% (n = 5) têm três filhos.

Quanto ao nível de escolaridade, 40,4% (n = 101) das participantes possuem ensino secundário completo, 29,2% (n = 73) ensino superior completo, 24,0% (n = 60)

ensino secundário incompleto, 4,4% (n = 11) ensino superior incompleto e 2,0% (n = 5) ensino fundamental completo.

No que se refere à situação profissional, 74,0% (n = 185) encontram-se empregadas, 20,8% (n = 52) desempregadas e 5,2% (n = 13) referiram outra situação. Em relação ao rendimento familiar, 44,8% (n = 112) declararam ter rendimento familiar de até dois salários mínimos, 32,8% (n = 82) entre três e cinco salários mínimos e 22,4% (n = 56) mais de cinco salários mínimos.

Tabela 1

Características Sociodemográficas da Amostra (N = 250)

Variável	n	%
Idade (<i>M, DP</i>)		
Média (<i>DP</i>)	32,42	(4,78)
Mínimo – Máximo	19 – 45	
Nacionalidade		
Portuguesa	217	86,8
Brasileira	28	11,2
Outras	5	2,0
Estado Civil		
Casada/União de facto	212	84,8
Solteira	36	14,4
Viúva	2	0,8
Número de Filhos		
Nenhum	135	54,0
Um filho	88	35,2
Dois filhos	22	8,8
Três filhos	5	2,0
Nível de Escolaridade		
Ensino Secundário completo	101	40,4
Ensino Superior completo	73	29,2
Ensino Secundário incompleto	60	24,0
Ensino Superior incompleto	11	4,4
Ensino Fundamental completo	5	2,0
Situação Profissional		
Empregada	185	74,0
Desempregada	52	20,8
Outra situação	13	5,2
Rendimento Familiar (escala)		
Até 2 salários mínimos	112	44,8
De 3 a 5 salários mínimos	82	32,8
Mais de 5 salários mínimos	56	22,4

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão

Procedimentos

Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada com mulheres grávidas residentes em Portugal, abrangendo diferentes regiões do país, com o objetivo de garantir uma amostra diversificada. O processo de recolha foi conduzido por meio de um protocolo de pesquisa disponibilizado online, que incluiu todos os instrumentos de autorrelato utilizados no estudo (ver Anexo A). Antes do início da aplicação, foi obtida autorização para o uso de todos os instrumentos selecionados (ver Anexo B).

Recrutamento

O primeiro passo foi identificar as instituições de saúde que prestam cuidados a grávidas. Isso incluiu hospitais, clínicas de obstetrícia, centros de saúde materno-infantis e da família, bem como consultórios médicos especializados em ginecologia e obstetrícia. As redes sociais também foram utilizadas como uma fonte relevante de recrutamento, dada a sua capacidade de alcançar um grande número de pessoas.

Antes do início do recrutamento, foi obtida autorização junto das instituições de saúde para proceder à divulgação do estudo e à recolha de dados. Este processo envolveu a apresentação dos objetivos da investigação, dos métodos de recolha de dados e dos benefícios potenciais para a comunidade médica e para as mulheres grávidas.

Foram elaborados materiais de recrutamento, tais como folhetos, cartazes e publicações para redes sociais, nos quais se explicavam os objetivos do estudo, os critérios de elegibilidade para participação e os contactos disponíveis para esclarecimentos adicionais ou inscrição. Estes materiais foram distribuídos nas instituições de saúde selecionadas e partilhados nas redes sociais, contendo instruções claras sobre como as interessadas poderiam participar, preencher o questionário e seguir as orientações indicadas.

As mulheres grávidas interessadas em participar no estudo entraram em contacto com a investigadora por telefone, e-mail ou através de formulários online

disponibilizados. A investigadora respondeu a todas as dúvidas colocadas pelas participantes e forneceu informações adicionais sempre que necessário.

Questões Éticas

Este estudo foi realizado mediante a aprovação pela Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health and Science (Anexo C e D) e de acordo com os princípios éticos consonantes com a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) e com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2021).

Consentimento Informado

Antes de participar no estudo, as mulheres grávidas deveriam fornecer o seu consentimento informado, indicando que compreendiam os objetivos, os procedimentos, bem como os possíveis riscos e benefícios do estudo, e que concordavam em participar de forma voluntária. Este consentimento poderia ser obtido online, conforme os requisitos éticos da investigação. Após o consentimento informado, as grávidas procederam, de forma também online, ao preenchimento do questionário sociodemográfico e à resposta às escalas de autoestima e depressão.

Confidencialidade e Anonimato

De forma a assegurar a confidencialidade das informações recolhidas, a identidade dos participantes não foi revelada, garantindo o anonimato dos mesmos. Os dados obtidos foram utilizados unicamente para análise estatística.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário (Anexo A) foi semiestruturado e desenvolvido pela pesquisadora a fim de avaliar os dados socioeconómicos, os hábitos de vida e doença crónica, os dados sobre a gestação, o ambiente familiar e emocional, e o parto a ser realizado.

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES - Rosenberg, 1965)

Posteriormente, foi empregada a *Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)*, versão traduzida, adaptada e validada para o português de Portugal. A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Anexo B) é um instrumento composto por dez itens, cinco de orientação positiva e cinco de orientação negativa, desenvolvido para avaliar sentimentos de valorização pessoal. Os itens questionam acerca de sentimentos atuais e são avaliados por uma escala tipo *Likert* de quatro pontos, em que um significa “*discordo totalmente*” e quatro indica “*concordo totalmente*”. A pontuação total varia entre dez e 40, com as pontuações mais elevadas a indicarem níveis mais altos de autoestima (Figueiredo, 2009). A RSES pode ser cotada simplesmente somando os dez itens ordinais, após se ter efetuado a reversão dos itens apropriados (nomeadamente os itens dois, cinco, seis, oito e nove) (Pechorro et al., 2011). A confiabilidade da escala foi avaliada pela consistência interna, verificada por meio do coeficiente *Cronbach alfa* de 0,812, considerado bom (Meurer et al., 2012).

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS - Cox et al., 1987)

Além disso, foi administrada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Anexo C). Este instrumento é composto de um enunciado e dez questões, com quatro opções cada. As opções são cotadas conforme a presença e a gravidade crescente dos sintomas. As questões números um, dois e quatro são pontuadas em ordem crescente (zero, um, dois e três) e as demais (três cinco, seis, sete, oito, nove e dez), são pontuadas inversamente (três, dois, um, zero). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de dez ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. No final, somam-se todos os resultados e quanto mais elevada for a pontuação menor é a disposição da mãe (maior probabilidade de estar a viver uma depressão pós-parto) (Figueiredo, 2009). De acordo com Figueiredo et al. (2007), a versão portuguesa da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) demonstrou boa consistência interna, com alfa de *Cronbach* de 0,85.

Embora os instrumentos utilizados apresentem boas propriedades psicométricas, importa referir que se tratam de medidas de autorrelato, o que pode constituir uma

limitação metodológica. Este tipo de instrumento está sujeito a enviesamentos como a desajustabilidade social, a percepção subjetiva e a dificuldade em autorreconhecer determinados estados emocionais, especialmente em contextos sensíveis como o período gravídico-puerperal.

Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software IBM SPSS Statistics* (versão 29). Inicialmente, foram conduzidas análises descritivas para caracterização da amostra (N = 250) e cálculo dos coeficientes alfa de *Cronbach* das escalas utilizadas.

Em seguida, foram aplicadas correlações de *Pearson* entre as escalas de Edimburgo (EPDS) e *Rosenberg* (RSES), a fim de investigar a associação entre autoestima e sintomas depressivos no período pós-parto.

Para verificar os fatores associados aos sintomas depressivos, foram conduzidas análises bivariadas, por meio de testes *t de Student* para variáveis dicotômicas e análises de variância (ANOVA) para variáveis categóricas com mais de dois grupos. Quando necessário, foram utilizados testes post hoc (Tukey HSD ou Games-Howell) para identificação das diferenças entre grupos.

Além disso, foi realizada uma regressão linear múltipla pelo método *stepwise*, com o objetivo de identificar os preditores mais relevantes dos sintomas de depressão pós-parto. As variáveis inseridas no modelo incluíram fatores emocionais, contextuais e clínicos.

Todas as análises seguiram as diretrizes da *American Psychological Association* (APA, 2020), considerando o nível de significância estatística de $p < 0,05$.

Resultados

Análise Descritiva das Variáveis

A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas e os coeficientes alfa de *Cronbach* das escalas utilizadas na presente pesquisa. A variável Autoestima obteve uma média total de 26,72 (DP = 2,68), indicando uma tendência para níveis moderados de autoestima entre as participantes.

No que se refere à DPP, a média total obtida foi de 15,84 (DP = 2,84), valor que sugere uma tendência para níveis elevados de sintomatologia depressiva, considerando que o ponto de corte frequentemente utilizado para risco de DPP na EPDS é ≥ 13 (Figueiredo et al., 2007).

A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) demonstrou excelente consistência interna ($\alpha = 0,881$), valor superior ao intervalo de 0,77 a 0,88 reportado no estudo original (Rosenberg, 1965) e ao valor encontrado na adaptação portuguesa ($\alpha = 0,812$; Meurer et al., 2012). Já a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) apresentou um alfa de Cronbach de 0,842, semelhante aos valores descritos na literatura internacional ($\alpha = 0,80$ a $0,87$) (Cox et al., 1987) e na adaptação portuguesa ($\alpha = 0,85$) (Figueiredo et al., 2007).

Estes resultados indicam que ambas as escalas apresentaram **excelente fiabilidade** na amostra estudada, sendo adequadas para avaliação dos construtos em mulheres grávidas residentes em Portugal.

Tabela 2

Análise Descritiva e Consistência Interna das Escalas Utilizadas

Escala	Itens	N	M	DP	Min	Máx	α
Autoestima (RSES)	10	250	26,72	2,68	19	36	0,881
Depressão Pós-Parto (EPDS)	10	250	15,84	2,84	5	22	0,842

Nota. M = Média; DP = Desvio-padrão

Correlações entre Variáveis

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (r) para verificar a associação entre as variáveis em análise. Conforme apresentado na Tabela 3, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa, negativa e moderada entre a autoestima (medida pela escala de Rosenberg) e os sintomas de depressão pós-parto (medidos pela escala de Edimburgo), $r = -0,545$, $p \leq 0,001$. Este resultado indica que maiores níveis de autoestima estão associados a menores níveis de sintomatologia depressiva no período pós-parto.

Tabela 3

Correlações de Pearson entre as Variáveis

Variáveis	2. DPP
1.AUTOESTIMA	-0,545**
2.DPP	-

Nota. ** $p \leq 0,010$

Regressão Linear Múltipla: Preditores da Depressão Pós-Parto

A regressão linear múltipla revelou que o estresse percebido durante a gravidez foi o preditor mais forte dos sintomas de depressão pós-parto ($B = 1,122$; $t = 6,570$; $p < 0,001$), seguido por percepção de apoio familiar ($B = -0,447$; $t = -2,830$; $p = 0,005$), autoestima ($B = -0,185$; $t = -3,118$; $p = 0,002$), nível de escolaridade ($B = 0,374$; $t = 2,209$; $p = 0,028$), histórico de depressão ou ansiedade antes da gravidez ($B = 0,341$; $t = 2,293$; $p = 0,023$) e violência física ou emocional durante a gravidez ($B = 0,316$; $t = 2,027$; $p = 0,044$). O modelo foi estatisticamente significativo ($F(6, 243) = 24,576$; $p < 0,001$), explicando 36,6% da variância dos sintomas de depressão pós-parto. Estes resultados reforçam a importância de considerar múltiplos fatores de risco emocionais, contextuais e clínicos na predição da depressão pós-parto.

Importa referir que, embora diversas variáveis tenham sido inicialmente consideradas no modelo stepwise, algumas não apresentaram significância estatística e foram excluídas nas etapas subsequentes. Entre estas, destacam-se a idade materna, o estado civil, o planeamento da gravidez, a nacionalidade, a situação profissional, o número de filhos e o facto de ser primípara.

Tabela 4*Regressão Linear Múltipla Ampliada para Preditores da Depressão Pós-Parto*

Variável	B (Coeficiente)	Erro Padrão	t	p
Estresse percebido durante a gravidez	1,122	0,171	6,570	< 0,001
Percepção de apoio familiar	-0,447	0,158	-2,830	0,005
Autoestima	-0,185	0,059	-3,118	0,002
Nível de Escolaridade	0,374	0,169	2,209	0,028
Histórico de Depressão/Ansiedade antes da gravidez	0,341	0,149	2,293	0,023
Violência física ou emocional durante a gravidez	0,316	0,156	2,027	0,044

Nota. R^2 ajustado = 0,366; $F(6, 243) = 24,576$; $p < 0,001$.

Análise Bivariada: Testes t e ANOVA

Análise das Diferenças entre a Autoestima (RSES) e Variáveis em Estudo

A Tabela 5A apresenta os resultados da análise bivariada entre variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais e os níveis de autoestima materna, avaliados pela Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES). Foram aplicados testes *t de Student* para comparações entre dois grupos e análise de variância (ANOVA) para variáveis com mais de duas categorias.

De forma geral, a maioria das variáveis investigadas não apresentou associação estatisticamente significativa com os níveis de autoestima. Contudo, dois fatores se destacaram com significância estatística e merecem atenção: amamentação e estresse percebido na gravidez.

O grupo de mulheres que estava em processo de amamentação apresentou médias significativamente mais altas de autoestima em comparação àquelas que não amamentavam ($t = -2.145$; $p = 0.033$). Este achado sugere que o ato de amamentar pode estar relacionado à percepção de competência e valorização do próprio papel materno, funcionando, portanto, como um fator protetor da autoestima no puerpério.

De maneira semelhante, os níveis de estresse percebido durante a gravidez mostraram-se associados à autoestima materna ($F = 4.706$; $p = 0.01$), sendo identificadas médias mais elevadas de autoestima entre aquelas que relataram níveis

mais altos de estresse gestacional. Este resultado, à primeira vista contraintuitivo, pode indicar que, em alguns casos, o estresse é mobilizador, incentivando estratégias de enfrentamento ativo e fortalecimento de recursos internos — o que merece investigação mais aprofundada em estudos futuros.

As demais variáveis, como idade materna ($p = 0.397$), estado civil ($p = 0.347$), escolaridade ($p = 0.724$), nível socioeconômico ($p = 0.108$), número de filhos ($p = 0.799$), planejamento da gravidez ($p = 0.827$), histórico de perturbações emocionais anteriores ($p = 0.582$), situação profissional ($p = 0.738$), nacionalidade ($p = 0.607$) e ser primípara ($p = 0.456$), não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos escores de autoestima, segundo os testes realizados.

Em síntese, os resultados indicam que a autoestima materna não foi significativamente influenciada pela maioria dos fatores sociodemográficos e obstétricos analisados. Ainda assim, práticas de cuidado ativo como a amamentação e certas vivências emocionais no período gestacional, como o estresse elevado, podem exercer papel relevante na construção da autoestima nesse período. Tais dados obtidos contribuem para uma compreensão mais ampla e contextualizada da saúde mental materna e reforçam a importância de avaliar a autoestima não apenas como consequência, mas também como recurso de proteção e enfrentamento no ciclo gravídico-puerperal.

Tabela 5A

Análise das Diferenças entre a Autoestima e as Variáveis em Estudo

Variável	Grupo	M Autoestima	DP Autoestima	t/F	p	Post-hoc
				t = -0.941	0.347	
Mãe solo (n=250)	Sim (n=38)	26.1	2.87			
	Não (n=212)	26.65	2.82			
				t = -0.848	0.397	
Idade (n=250)	19–34 anos (n=177)	26.55	2.52			
	35 anos ou mais (n=73)	27.13	3.0			
				F = 0.324	0.724	a > b, c
Escolaridade (n=250)	≤ 12º ano (n=65)	26.58	2.59			
	Licenciatura (n=101)	26.8	2.65			
	Mestrado/	27.41	2.71			

	Doutorado (n=84)				
				F = 2.237	0.108 a < b < c
Nível Socioeconómico (n=250)	Baixo/muito baixo (n=28)	26.35	2.42		
	Médio (n=174)	27.15	2.63		
	Alto/muito alto (n=48)	27.53	2.87		
				t = 0.255	0.799
Número de filhos (n=250)	1 (n=88)	26.86	2.92		
	2 ou mais (n=27)	26.74	2.63		
				F = 0.190	0.827 a < b, c
Planeamento da gravidez (n=250)	Sim (n=154)	26.51	2.85		
	Parcialmente (n=70)	26.3	2.79		
	Não (n=26)	26.41	2.79		
				F = 0.653	0.582 d > b > a, c
Hist. depressão/ Ansiedade (n=250)	Ansiedade (n=78)	26.88	2.52		
	Depressão (n=21)	26.87	2.43		
	Ambas (n=53)	27.33	2.59		
	Nenhum (n=98)	26.19	2.27		
				F = 4.706	0.01 a < b < c
Estresse na gravidez (n=250)	Muito baixo/baixo (n=72)	25.77	2.13		
	Médio (n=125)	26.63	2.42		
				t = -2.145	0.033
Amamentação (n=114)	Sim (n=24)	27.12	2.45		
	Não (n=90)	25.89	2.96		
				t = -0.335	0.738
Situação profissional (n=250)	Trabalha (n=216)	26.71	2.65		
	Não trabalha (n=34)	26.79	2.83		
				t = -0.747	0.456
Primeira gravidez (n=250)	Sim (n=130)	26.86	2.85		
	Não (n=120)	26.56	2.61		

t = -0.515 0.607

Nacionalidade (n=250)	Portuguesa (n=217)	26.61	2.55
	Outra (n=33)	26.72	2.78

Nota. Médias (*M*) e desvios-padrão (*DP*) nos escores da Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES), segundo variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais. Foram aplicados testes t de Student para variáveis dicotômicas e análises de variância (*ANOVA*) para variáveis com três ou mais grupos. As letras nos post-hoc indicam diferenças significativas entre os grupos ($p < 0.05$). Algumas variáveis foram recodificadas para fins de análise estatística.

Análise Bivariada: Testes t e ANOVA

Análise das Diferenças entre a Depressão Pós-Parto (EPDS) e as Variáveis em Estudo

A Tabela 5B apresenta os resultados da análise bivariada entre variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais e os níveis de sintomas de depressão pós-parto, avaliados pela Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Foram aplicados testes t para variáveis dicotômicas e ANOVA para aquelas com mais de dois grupos, com testes post-hoc nos casos aplicáveis.

Mulheres que se identificaram como mães solo apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomas depressivos ($t = 2.285$; $p = 0.023$), reforçando a hipótese de que a ausência de suporte conjugal pode representar um fator de vulnerabilidade emocional importante no puerpério.

A escolaridade e o nível socioeconômico mostraram-se fortemente associados aos sintomas depressivos. Os dados revelaram que mulheres com escolaridade até o 12º ano apresentaram níveis mais elevados de depressão ($F = 7.407$; $p = 0.001$), com diferenças significativas entre os grupos (a > b, c). Da mesma forma, médias mais altas de sintomatologia foram observadas entre participantes com percepção de nível socioeconômico mais baixo ($F = 6.883$; $p = 0.001$), sugerindo que menores níveis de escolaridade e de renda percebida podem representar obstáculos ao bem-estar emocional no período pós-parto.

A quantidade de filhos também teve associação significativa ($F = 6.386$; $p = 0.002$), com médias mais altas de depressão entre mulheres com apenas um filho. Este achado pode refletir os desafios iniciais da transição para a maternidade, especialmente entre primíparas.

Em relação ao planejamento da gravidez, observou-se associação estatisticamente significativa com os níveis de sintomas depressivos ($F = 9.116$; $p = 0.004$). Mulheres cuja gravidez não foi planejada apresentaram escores mais elevados de depressão ($a > b$, c), o que pode estar relacionado a sentimentos de impreparação ou ambivalência diante da maternidade.

O histórico de depressão ou ansiedade antes da gestação foi um dos preditores mais relevantes ($F = 16.50$; $p < 0.001$), com destaque para as participantes que relataram ambos os quadros (depressão e ansiedade), que apresentaram as maiores médias de depressão pós-parto ($a, b < c, d$).

O estresse percebido durante a gestação mostrou a maior força estatística entre todas as variáveis analisadas ($F = 61.049$; $p < 0.001$), com médias de EPDS muito mais altas entre mulheres que relataram níveis muito altos de estresse ($a < b < c$). Esse resultado sublinha a importância do manejo do estresse na gravidez como estratégia preventiva em saúde mental perinatal.

A amamentação também se destacou como fator protetor ($t = -2.145$; $p = 0.033$), com médias significativamente mais baixas de sintomas depressivos entre as mulheres que estavam a amamentar no momento da coleta dos dados.

Por outro lado, variáveis como idade materna ($p = 0.397$), situação profissional ($p = 0.183$), primeira gravidez ($p = 0.188$) e nacionalidade ($p = 0.351$) não apresentaram associação estatisticamente significativa com os níveis de depressão pós-parto na amostra estudada.

Esses resultados reforçam o caráter multifatorial da depressão pós-parto e a importância de abordagens integradas que considerem vulnerabilidades individuais, contextuais e estruturais na formulação de estratégias de prevenção e intervenção em saúde mental materna.

Tabela 5B

Análise das Diferenças entre a Depressão Pós-Parto (EPDS) e as Variáveis em Estudo

Variável	Grupo	M Depressão	DP Depressão	t/F	p	Post-hoc
Mãe solo (n=250)	Sim (n=38)	12.13	5.22	t = 2.285	0.023	
	Não (n=212)	10.03	5.19			
Idade (n=250)	19-34 anos (n=177)	10.18	5.31	t = -0.848	0.397	
	35 anos ou mais (n=73)	10.79	4.53			
Escolaridade (n=250)	≤ 12º ano (n=65)	12.44	5.87	F = 7.407	0.001	a > b, c
	Licenciatura (n=101)	9.99	5.33			
	Mestrado/ Doutorado (n=84)	9.36	4.64			
Nível Socioeconómico (n=250)	Baixo/muito baixo (n=28)	12.56	5.52	F = 6.883	0.001	a > b, c
	Médio (n=174)	10.39	5.22			
	Alto/muito alto (n=48)	8.82	4.64			
Número de filhos (n=250)	1 (n=88)	11.14	4.72	F = 6.386	0.002	
	2 ou mais (n=27)	10.35	5.28			
Planeamento da gravidez (n=250)	Sim (n=154)	9.9	5.49	F = 9.116	0.004	a > b, c
	Parcialmente (n=70)	10.73	5.02			
	Não (n=26)	11.68	5.36			
Hist. depressão/ Ansiedade (n=250)	Ansiedade (n=78)	10.96	5.58	F = 16.50	< 0.001	a, b < c, d
	Depressão (n=21)	12.95	6.33			
Estresse na gravidez (n=250)	Ambas (n=53)	13.67	6.01	F = 61.049	< 0.001	a < b < c
	Nenhum (n=98)	7.88	4.48			
	Muito baixo/baixo (n=72)	5.81	2.13			
	Médio (n=125)	10.21	4.93			
	Muito alto/alto (n=52)	17.72	5.36			

Amamentação (n=114)	Sim (n=24)	9.85	5.01	t = -2.145	0.033
	Não (n=90)	11.67	5.41	t = -1.335	0.183
Situação profissional (n=250)	Trabalha (n=216)	10.18	5.23	t = -1.325	0.188
	Não trabalha (n=34)	11.47	5.22	t = -0.934	0.351
Primeira gravidez (n=250)	Sim (n=130)	9.95	5.81		
	Não (n=120)	10.79	4.53		
Nacionalidade (n=250)	Portuguesa (n=217)	10.55	5.14		
	Outra (n=33)	10.29	5.27		

Nota. Médias (*M*) e desvios-padrão (*DP*) dos escores na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (*EPDS*), segundo variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais. Foram utilizados testes t de Student para variáveis dicotômicas e análises de variância (*ANOVA*) para variáveis com três ou mais categorias. Testes post-hoc foram aplicados quando necessário. Algumas variáveis foram recodificadas para fins de análise.

Discussão

Este estudo teve como objetivo investigar a relação entre autoestima e o risco de DPP, analisando também variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais como possíveis fatores de risco ou proteção. Os resultados confirmam a hipótese central de que níveis mais baixos de autoestima estão associados a maior sintomatologia depressiva no pós-parto, enquanto níveis mais elevados funcionam como fator protetor.

A análise de correlação revelou uma associação negativa e moderada entre autoestima e sintomas de depressão ($r = -0,545$; $p < 0,001$), corroborando estudos prévios que apontam essa relação bidirecional (Han & Kim, 2020; Sharifzadeh et al., 2018). Isso sugere que mulheres com autoestima mais elevada tendem a lidar de forma mais adaptativa com os desafios da maternidade, reduzindo a probabilidade de desenvolver DPP.

A regressão linear múltipla indicou que o estresse percebido durante a gravidez foi o preditor mais forte de DPP ($B = 1,122$; $p < 0,001$), seguido por baixos níveis de autoestima ($B = -0,185$; $p = 0,002$), percepção de apoio familiar, escolaridade reduzida, histórico de sofrimento psíquico e vivência de violência na gestação. Essas evidências reforçam a concepção multifatorial da DPP, apontando para a necessidade de abordagens integradas que contemplem variáveis emocionais, contextuais e clínicas (Galea et al., 2019; Sousa et al., 2021).

A análise bivariada ofereceu uma leitura ampliada da influência de diferentes variáveis. O estresse gestacional foi a variável com maior efeito estatístico sobre os sintomas depressivos ($F = 61,049$; $p < 0,001$), com médias elevadas de EPDS entre mulheres que relataram níveis “muito altos” de estresse. Por outro lado, os níveis “muito baixos” de estresse foram associados a médias mais altas de autoestima ($F = 4,706$; $p = 0,01$), sugerindo que o *stress* pode atuar tanto como fator de risco quanto como marcador de resiliência emocional, dependendo do seu grau. Esta ambivalência pode ser compreendida à luz do conceito de coping adaptativo proposto por Lazarus e Folkman (1984), segundo o qual o stress, quando interpretado como um desafio e enfrentado com recursos internos eficazes, pode reforçar a percepção de autoeficácia e promover o ajustamento emocional positivo.

O histórico de depressão ou ansiedade antes da gravidez também apresentou associação significativa com os sintomas atuais ($F = 16.50$; $p < 0,001$), sendo que as participantes que relataram ambos os quadros apresentaram os maiores níveis de depressão. Esses resultados reforçam a importância do rastreio prévio de sofrimento psíquico como ferramenta de prevenção clínica.

A variável amamentação também se destacou nos dois desfechos: foi associada a menor sintomatologia depressiva ($t = -2.145$; $p = 0,033$) e a níveis significativamente mais altos de autoestima. A literatura tem apontado a amamentação como promotora de vínculo, senso de competência e autopercepção positiva no puerpério (Silva et al., 2023).

Entre os fatores sociodemográficos, ser mãe solo ($t = 2.285$; $p = 0,023$), ter escolaridade até o 12.º ano ($F = 7.407$; $p = 0,001$), percepção de rendimento familiar mais baixo ($F = 6.883$; $p = 0,001$), e ter apenas um filho ($F = 6.386$; $p = 0,002$) foram significativamente associados a maiores níveis de sintomas depressivos. Esses convergem com estudos que apontam a vulnerabilidade social e a ausência de suporte como elementos críticos para o bem-estar mental no puerpério (Agrawal et al., 2022; Betussi et al., 2022).

O planejamento da gravidez também influenciou significativamente os níveis de DPP ($F = 9.116$; $p = 0.004$), com médias mais elevadas entre as mulheres que não planejaram a gestação. A ausência de planejamento pode estar associada a sentimentos de impreparação, ambivalência ou menor vínculo emocional com a maternidade (Dias et al., 2021).

Em contrapartida, variáveis como idade materna ($p = 0,397$), situação profissional ($p = 0,183$), nacionalidade ($p = 0,351$), ser primípara ($p = 0,188$), histórico de aborto e uso de tabaco/álcool não demonstraram associação estatisticamente significativa com os desfechos avaliados. Embora relevantes em outros contextos, essas variáveis não se mostraram diferenciadoras na presente amostra, o que pode se dever ao recorte metodológico, ao perfil sociodemográfico das participantes ou à fase gestacional em que se encontravam.

Importa salientar que, por se tratar de um estudo transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Assim, as associações

observadas devem ser interpretadas com cautela, à luz das limitações inerentes ao delineamento metodológico.

De modo geral, os resultados da presente investigação reforçam a necessidade de intervenções psicossociais voltadas à promoção da autoestima e à mitigação de fatores de risco durante a gestação, especialmente o estresse elevado e a ausência de apoio. Estratégias preventivas como orientação pré-natal, apoio emocional contínuo, estímulo à amamentação e educação sobre saúde mental materna podem contribuir significativamente para a redução da DPP e para o fortalecimento da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal.

Neste sentido, os resultados da presente investigação podem contribuir para a prática clínica de profissionais de saúde materna e mental, ao alertar para a importância de avaliar e promover a autoestima ainda durante a gestação, integrando este aspecto em programas de preparação para o parto e de apoio psicológico preventivo.

Em suma, é de ressaltar que estudos futuros poderão aprofundar essas análises com delineamentos longitudinais e qualitativos, a fim de explorar a trajetória da autoestima e a sua relação com o bem-estar psicológico ao longo das diferentes fases da maternidade.

Conclusão

Este estudo evidenciou a relevância da autoestima como um fator potencialmente protetor da saúde mental materna no período perinatal, especialmente frente ao risco de desenvolvimento da depressão pós-parto. Embora não tenham sido observadas associações estatisticamente significativas diretas entre autoestima e variáveis sociodemográficas na amostra estudada, aspectos como a vivência da amamentação e níveis reduzidos de estresse durante a gestação mostraram-se relacionados a maiores escores de autoestima, sugerindo caminhos de investigação e intervenção.

Os resultados reforçam a importância de considerar a autoestima como uma dimensão relevante nos cuidados integrados em saúde mental materna, ampliando o olhar clínico e as estratégias preventivas no acompanhamento pré-natal e pós-parto. O reconhecimento de fatores de risco como escolaridade reduzida, renda baixa, gravidez não planejada, histórico de sofrimento psíquico e ausência de suporte conjugal pode favorecer a formulação de políticas públicas mais sensíveis às necessidades emocionais das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Como limitação, destaca-se o delineamento transversal e a amostragem por conveniência, que restringem a generalização dos resultados. Estudos longitudinais e qualitativos poderão aprofundar a compreensão dos mecanismos subjetivos que ligam autoestima, maternidade e saúde emocional.

Conclui-se, portanto, que fortalecer a autoestima durante a gestação, por meio de estratégias de suporte emocional, orientação e acolhimento, é uma via promissora para a promoção da saúde mental perinatal e para a prevenção da depressão pós-parto.

Promover a autoestima durante a gravidez pode ser uma das estratégias mais eficazes e acessíveis para mitigar o risco de depressão pós-parto, protegendo não só a saúde da mulher, mas também o vínculo com o bebê e a qualidade da experiência materna.

Implicações Práticas/Recomendações Futuras

Os resultados deste estudo destacam a importância de incluir a avaliação e promoção da autoestima nas estratégias de cuidado em saúde mental materna. Profissionais de saúde, em especial aqueles envolvidos no acompanhamento pré-natal e puerperal,

podem beneficiar-se ao integrar esta dimensão subjetiva no diálogo clínico, reconhecendo sinais precoces de vulnerabilidade emocional. Intervenções breves focadas no fortalecimento da autoimagem materna, suporte emocional e vínculo com o bebé podem contribuir significativamente para a prevenção de quadros depressivos no pós-parto, especialmente em mulheres com histórico de sofrimento psíquico ou contextos de maior fragilidade social. Programas de preparação para o parto, consultas de enfermagem e psicologia perinatal constituem oportunidades privilegiadas para abordar esses aspetos de forma preventiva e humanizada.

Tendo em vista as limitações metodológicas do presente estudo, recomenda-se a realização de investigações longitudinais que permitam acompanhar a evolução da autoestima ao longo da gestação e no pós-parto, possibilitando inferências mais robustas sobre relações causais. Além disso, estudos qualitativos poderão aprofundar a compreensão da vivência subjetiva da autoestima na maternidade, considerando aspetos como cultura, identidade, imagem corporal e papel social. Investigações futuras também poderão explorar a eficácia de intervenções psicossociais focalizadas na autoestima como parte integrante das políticas públicas em saúde mental perinatal.

Referências

- Agrawal, I., Mehendale, A. M & Malhotra, R. (2022). Fatores de risco de depressão pós-parto. *Cureus, 14*(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>
- Alves, P., Sequeira, C., Néné, M., & Ribeiro, I. (2024). Manual de apoio à enfermagem de saúde mental perinatal. A Sociedade Portuguesa Enfermagem Saúde Mental. Porto. ISBN: 978-989-54826-72
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ashford, M. T., Olander, E. K., & Ayers, S. (2016). Computer- or web-based interventions for perinatal mental health: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 197*, 134–146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.057>
- Betussi, V. A., da Silva Francisco, F. K., Ancioto, J. F., Costa, K. L., Coutinho, L. P., dos Santos, L. L., & Porto, M. A. (2022). Fatores protetivos da depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Conjecturas, 22*(15), 499-516. https://www.researchgate.net/publication/365135804_Fatores_protetivos_da_depressao_pos-parto_uma_revisao_sistemica
- Bien, A., Rzońca, E., Zaręba, L., Kachaniuk, H., & Iwanowicz-Palus, G. (2023). Body esteem and self-efficacy of pregnant women with gestational diabetes mellitus. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), 2171. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032171>
- Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2023). Be a Mom Coping with Depression: a Feasibility Study of a Blended Cognitive-Behavioral Intervention for Postpartum Depression. *International Journal of Cognitive Therapy, 16*(4), 618–645. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00182-0>
- Brasil, A. C. (2023). Fatores de risco e estratégias de prevenção da Depressão Pós-Parto: uma revisão da literatura. <https://hdl.handle.net/10316/116018>

- Brasil, M. V., & Costa, A. B. (2018). Psicanálise, feminismo e os caminhos para a maternidade: diálogos possíveis?. *Psicologia Clínica*, 30(3), 427-446. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652018000300003&lng=pt&nrm=iso
- Canli, A., & Demirtas, B. (2022). Prenatal attachment and the relationship with body self-perception. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 51(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.09.003>
- Cardoso Gonçalves, J., & Almeida, M. A. P. (2019). A atuação da enfermagem na prevenção da depressão pós-parto: revisão integrativa. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 17(2), 1–15. <https://ensaioeciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/6655>
- Carvalho, J. P., Schiavon, A. A., & Sacco, A. M. A. (2018). Romantização da maternidade: uma forma de opressão de gênero. *Realize Editora*. https://www.editorarealize.com.br/editora/ebooks/senacorpus/2018/TRABALHO_EV103_MD3_SA3_ID316_23022018113230.pdf
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Daley, A. J., Jolly, K., & MacArthur, C. (2018). The role of physical activity in the prevention and treatment of postnatal depression: A systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 212(6), 312-320. <https://doi.org/10.3390/medicina55090560>
- Damacena, M. P. R., Reichow, J. R. C, Castro, A., & Fernandes, F. de S. (2020). Depressão pós-parto e os efeitos no desenvolvimento infantil: uma revisão de literatura. *Revista Panorâmica Online*, 30, 124-135. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/revistapanoramica/index.php/revistapanoramica/article/view/1145>

- Da Silva, I. G. (2023). Publicidade e beleza: O papel de influencers digitais na idealização de estereótipos e estigmas corporais. *Revista FOCO*, 16(6), e2230. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n6-058>
- De Figueiredo, M. P. (2009). Contributos Para a Validação da Escala de Auto-Eficácia na Amamentação Para Português (Master's thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal)). De Melo, E. J., Santos, S., Luiz, J., & Neto, S. (2020). Depressão pós-parto: fatores emocionais da gestação e puerpério. *Psicologia.pt-O portal dos psicólogos*. <http://hdl.handle.net/10400.12/4627>
- De Paula, D. L., Alves, G. D., De Paula, L. G. N., dos Santos, I. D. O., Valverde, V. R. L., Bravo, D. S., ... & de Oliveira, J. A. A. (2023). Assistência da equipe de enfermagem na depressão pós-parto na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 42(3). https://www.mastereditora.com.br/periodico/20230506_110520.pdf
- Dias, G. L., da Silva, C. B., Araújo, E. de S., Lima, B. B., Saraiva, A. P. C., Silva, J. C. D., Gentil, R. do N., de Oliveira, T. A., & Carneiro, P. R. C. (2021). Aspectos sociais e biológicos da autoestima na gravidez e a assistência de enfermagem: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 11, e5320. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5320.2021>
- Figueiredo, B., Pacheco, A. P., & Costa, R. (2007). Depressão na gravidez e no pós-parto em mães portuguesas adolescentes e adultas. *Arquivos de Saúde Mental Feminina*. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0178-8>
- Galea, L. A. M., & Frokjaer, V. G. (2019). Perinatal Depression: Embracing Variability toward Better Treatment and Outcomes. *Neuron*, 102(1), 13–16. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.02.023>
- Han, J. W., & Kim, D. J. (2020). Longitudinal Relationship Study of Depression and Self-Esteem in Postnatal Korean Women Using Autoregressive Cross-Lagged Modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3743. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103743>

- Hicks, S., & Brown, A. (2016). Higher Facebook use predicts greater body image dissatisfaction during pregnancy: The role of self-comparison. *Midwifery*, 40, 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.018>
- Jordânia, C. H., Zeigler-Hill, V., & Cameron, J. J. (2020). Autoestima. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, TK (eds) *Enciclopédia de Personalidade e Diferenças Individuais*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1169
- Rezende, J., & Montenegro, C. A. (2017). *Obstetrícia* (13ª ed.). SlideShare. <https://pt.slideshare.net/slideshow/rezende-obstetrícia-13-edio-2017pdf/256695553>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lima Netto, L. D. S. (2022). *Gestação, autoestima e representações sociais: um estudo com mulheres grávidas*. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/25704>
- Lourenço, I. M. M. L. (2013). *Acompanhar a Maternidade de forma holística: efeitos sobre a Autoestima Materna e a Vinculação Mãe-Bebé* (Master's thesis, Universidade de Evora (Portugal)). <http://hdl.handle.net/10174/11171>
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C. (2019). Comparison of pregnant women from public and private health care: A psychological approach. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(1), 79–87. <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100005>
- Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Amaral, A. C. S., Morgado, F. F. D. R., & Ferreira, M. E. C. (2022). Body appreciation, depressive symptoms, and self-esteem in pregnant and postpartum Brazilian women. *Frontiers in global women's health*, 3, 834040. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.834040>
- Meurer, S. T., Luft, C. B., Benedetti, T. R., & Mazo, G. Z. (2012). Validade de construto e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg para uma

- população de idosos brasileiros praticantes de atividades físicas. *Motricidade*, 8(4), 5-15. <https://psycnet.apa.org/record/2013-07356-001>
- Monteiro, F., Canário, C., & Figueiredo, B. (2019). O que protege mulheres em risco no pós-parto de desenvolver sintomas depressivos e de ansiedade? O papel dos processos focados na aceitação e na autocompaixão. *Journal of Affective Disorders*, 246, 522-529. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.124>
- Montenegro C. A. B., & Rezende, F. J. (2017). *Obstetrícia* (13 ed.). Guanabara
- Nery, N. G., Lopes, M. S., & Souza, L. P. (2021). Avaliação da ansiedade e autoestima vivenciada por mulheres durante a gravidez. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 11(71), 1–18. <https://doi.org/10.5902/2179769265433>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). *Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com adolescentes Portugueses em contexto forense e escolar*. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:scielo:S0871-34132011000500002>
- Peixeiro, S., Nunes, C., & Almeida, A. (2022). *Imagem corporal na gravidez e fatores associados: Uma revisão narrativa*. Universidade de Évora. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/34505>
- Prata, M. C. C. F (2009). Aconselhamento no puerpério: efeitos na autoestima [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. *Repositório da Universidade do Algarve*. <http://hdl.handle.net/10400.1/817>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de Autoestima de Rosenberg. *Psicologia:*

Teoria, Investigação e Prática, 8, (2), 253-268.

<http://hdl.handle.net/10216/16170>

Santos, F. S., Siqueira, E. H., Aquino, J. V. R. N. M. de, & Aragão, I. P. B. de. (2022). Características clínicas e fatores de risco da depressão pós-parto: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 5, e10041.

<https://doi.org/10.25248/reamed.e10041.2022>

Sharifzadeh, M., Navininezhad, M., & Keramat, A. (2018). Investigating the Relationship between Self-Esteem and Postpartum Blues among Delivered Women. *Journal of Research in Medical and Dental Sciences*, 6(3), 357-362.

<https://www.jrmds.in/articles/investigating-the-relationship-between-selfesteem-and-postpartum-blues-among-delivered-women.pdf>

Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 325–339.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.2.325>

Shorey, S., & Ng, E. D. (2021). Evaluation of a technology-based peer-support intervention program for preventing postnatal depression (Part 2): Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(8), e29626.

<https://doi.org/10.2196/12915>

Silva N. L., Caixeta C. R., Caetano F. A., Rocha G. A. M. M., Khaoulel. C., Batista, J. M. G. de M., Paula, J. V. L. F. Fiúza, M. F. S., Santos, V. H. F., & Corrêa, M. I. (2021). Depressão pós-parto: características, fatores de risco, prevenção e tratamento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(8), e8658.

<https://doi.org/10.25248/reas.e8658.2021>

Silva, V. C., de Moura, M. H. A., Nóbrega, M. S., Costa, I. C. P., & Ribeiro, P. M. (2023). Amamentação e Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa. *Arquivos De Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 27(5), 2330–2353.

<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9799>

- Sousa, P. H. S. F., Souza, R. F., Nascimento, R. T., Silva, M. M. L., Jesus, D. V. D., Pedral, L. D. O., Santos, M. F., & Gomes, V. D. S. (2021). Fatores de risco associados à depressão pós-parto: Revisão integrativa / Risk factors associated with postpartum depression: Integrative review. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 11447–11462. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-780>
- Stern, D. N. (2000). *O nascimento de uma mãe: como a maternidade transforma a mulher*. Martins Fontes.
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual review of medicine*, 70, 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>

Anexos

Anexo A

Autoestima e o risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas

No âmbito do curso de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde , na Unidade Curricular de Seminário de Dissertação do Instituto Universitário Egas Moniz , sob a orientação da Professora Doutora Marta Sofia Pereira dos Reis, solicita a sua autorização para a participação no estudo intitulado "Autoestima e risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas" .

O objetivo deste estudo é investigar a relação entre os níveis de autoestima durante a gravidez e o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. A sua participação consistirá em responder a um questionário semiestruturado, que abordará informações sobre a sua saúde mental, autoestima e fatores sociais, uma escala para investigar os níveis de autoestima e uma escala para avaliar a depressão pós-parto.

A participação neste estudo é voluntária. A sua participação não lhe trará qualquer prejuízo. Este estudo pode trazer benefícios ao progresso do conhecimento na área da saúde mental materna e contribuir para a elaboração de medidas que visem melhorar a saúde psicológica das mulheres durante e após a gravidez.

Os riscos potenciais associados à participação são mínimos e podem incluir desconforto emocional ao discutir experiências pessoais relacionadas à gravidez. Caso você se sinta incomodado durante o preenchimento do questionário, você poderá interromper sua participação a qualquer momento.

A informação recolhida destina-se unicamente ao tratamento estatístico e/ou publicação, sendo tratada pela investigadora e sua orientadora. A sua recolha é anónima e confidencial , garantindo que a sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações. Alguma questão adicional sobre os objetivos e procedimentos, por favor contacte através do e-mail: mestrado.luisamoura@gmail.com.

Agradecemos a sua disponibilidade em participar neste estudo.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Você compreendeu os objetivos desta investigação? *

Marcar apenas uma oval.

Compreendi todos os objetivos desta investigação e que tenho a oportunidade de obter esclarecimentos adicionais.

2. Para participar deste estudo é necessário ter mais de 18 anos de idade *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, tenho 18 anos ou mais e ACEITO participar no estudo
- Tenho 18 anos ou mais e NÃO ACEITO participar no estudo
Avançar para a secção 18 ()

3. 1- Idade *

4. 2- Nacionalidade *

Marcar apenas uma oval.

- Portuguesa *Avançar para a pergunta 6*
- Outra: _____

5. 2.1- Tempo de residência em Portugal? *

6. 3- Estado Civil: *

Marcar apenas uma oval.

- Solteira
- Casada/ União de facto
- Divorciada
- Viúva
- Outra: _____

11. 8- Primeira gravidez? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

12. 9- Número de filhos (biológicos e/ou não biológicos): *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum *Avançar para a pergunta 14*
 1 *Avançar para a pergunta 13*
 2 *Avançar para a pergunta 13*
 3 ou mais *Avançar para a pergunta 13*

Untitled Section

13. 9.1- Está a amamentar? *



Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Untitled Section

14. 10- Histórico de abortos: *

Marcar apenas uma oval.

Sim *Avançar para a pergunta 15*

Não *Avançar para a pergunta 16*

15. 10.1- O aborto foi:

Marcar apenas uma oval.

Espontâneo

Não espontâneo



16. 11- Planeamento da Gravidez: *

Gravidez “parcialmente planeada” - significa que houve alguma intenção ou preparação para engravidar, mas não de forma completa ou definitiva. Isso pode incluir situações em que os futuros pais estavam abertos à possibilidade de ter um filho, mas não tomaram todas as medidas ou não tinham um plano totalmente estabelecido. Por exemplo, pode ocorrer quando: 1. O casal discutiu a ideia de ter filhos, mas não definiu um prazo claro. 2. O uso de métodos contraceptivos foi inconsistente, refletindo um desejo moderado de conceber. 3. Existe a intenção de engravidar, mas com uma expectativa de que isso aconteça apenas num futuro próximo, sem uma programação precisa).

Marcar apenas uma oval.

- Sim, a gravidez foi planeada
- Não, a gravidez não foi planeada
- Parcialmente Planeada

17. 12- Na sua opinião, como descreve o seu apoio familiar: *

Marcar apenas uma oval.

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Pouco ou nenhum

18. 13- Na sua opinião, qual é a sua principal fonte de apoio emocional durante a gravidez? *

Marcar apenas uma oval.

- Cônjuge/Parceiro
- Família
- Amigos
- Profissionais de saúde
- Outra: _____

19. 14- Na sua percepção, qual o seu nível de estresse durante a gravidez: *

Marcar apenas uma oval.

- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo

20. 15- Histórico de Depressão ou Ansiedade antes da Gravidez: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, depressão
- Sim, ansiedade
- Sim, ambas
- Não

21. 16- Tem diagnóstico de diabetes gestacional? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

22. 17- Pretende amamentar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Ainda não decidi

23. 18- Descreva abaixo em poucas palavras, como considera sua autoestima neste momento de vida? *



24. 19- Como planeia o parto: *

Marcar apenas uma oval.

- Parto normal/vaginal
- Parto cesáreo
- Parto normal assistido (com instrumentos como fórceps ou ventosas)
- Parto em água
- Parto em casa
- Outra: _____

25. 20- Foi vítima de violência física ou emocional durante a gravidez? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Avançar para a pergunta 27*

26. 20.1- Você está recebendo algum tipo de apoio psicológico? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

27. 21- Faz uso de tabaco ou álcool? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, tabaco
- Sim, álcool
- Sim, ambos
- Não

28. 22- Uso de Medicamentos durante a Gravidez: *



Marcar apenas uma oval.

Sim Avançar para a pergunta 29

Não Avançar para a pergunta 30

29. 22.1- Quais medicamentos está a tomar?

30. 23- Tem algum problema de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

Sim Avançar para a pergunta 31

Não Avançar para a pergunta 32

31. 23.1- Qual/quais?

32. 24- Semana Atual da Gestação: *

Marcar apenas uma oval.

- 1º trimestre (até 12 semanas)
- 2º trimestre (13 a 26 semanas)
- 3º trimestre (27 semanas ou mais)

33. 25- Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si própria. À frente de cada uma delas assinale na a resposta que mais se lhe adequa. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
Globalmente, estou satisfeita comigo mesma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por vezes penso que não sou bom em nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que tenho algumas qualidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que não tenho muito de me orgulhar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por vezes sinto-me, de facto, uma inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gostava de ter mais respeito por mim mesma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Bem-vistas
as coisas,
inclino-me a
sentir que
sou uma
falhada.**

**Adoto uma
atitude
positiva para
comigo.**

Dado que está à espera de ter um bebé, gostava de saber como se sente. Agradeço que assinale a resposta que melhor indique o modo como se tem sentido nestes últimos 7 dias e não apenas como se sente hoje.

Desde há 7 dias:

34. 26- Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas *

Marcar apenas uma oval.

Tanto como dantes

Menos do que antes

Muito menos do que antes

Nunca

35. 27- Tenho tido esperança no futuro *

Marcar apenas uma oval.

Tanta como sempre tive

Bastante menos do que costumava ter

Muito menos do que costumava ter

Quase nenhuma

36. 28- Tenho-me preocupado sem necessidade quando as coisas correm mal *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, a maioria das vezes
 Sim, algumas vezes
 Raramente
 Não, nunca

37. 29- Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo *

Marcar apenas uma oval.

- Não, nunca
 Quase nunca
 Sim, por vezes
 Sim, muitas vezes

38. 30- Tenho-me sentido com medo, ou muito assustada, sem grande motivo *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, muitas vezes
 Sim, por vezes
 Não, raramente
 Não, nunca

39. 31- Tenho sentido que são coisas demais para mim *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las
 Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
 Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
 Não, resolvo-as tão bem como dantes

40. 32- Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, quase sempre
- Sim, por vezes
- Raramente
- Não, nunca

41. 33- Tenho-me sentido triste ou muito infeliz *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Raramente
- Não, nunca

42. 34- Tenho-me sentido tão infeliz que choro *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, quase sempre
- Sim, muitas vezes
- Só às vezes
- Não, nunca

43. 35- Tive ideias de fazer mal a mim mesma *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, muitas vezes
- Por vezes
- Muito raramente
- Nunca

Você completou o seu questionário. Obrigada pela sua participação!

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários



Dados do Aluno

Nome do proponente	Luísa Negrão de Moura		
Nº do Aluno	117712	Data do pedido	07/11/2024
Email do Aluno	117712@alunos.egasmoniz.edu.pt		
Nº do telemóvel	+351 932361695	Nome do Curso	MPCS
Unidade Orgânica	IUEM	CNAEF	311 (Psicologia)

Dados da Tese

Ano letivo de defesa da tese 2024/2025

Título da tese (PT)	Autoestima e risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas
Título da tese (EN)	Self-esteem and the risk of postpartum depression: a quantitative study with pregnant women

Resumo da tese

O período pós-parto, conhecido como puerpério, é uma fase de profundas transformações físicas, emocionais e psicológicas para as mulheres. A gestação e o período pós-parto estão associados a mudanças psicológicas e fisiológicas significativas, podendo levar a alterações patológicas e ao surgimento de perturbações mentais, colocando as mães diante de diversos desafios. Entre os quais, a Depressão Pós-parto (DPP) emerge como uma preocupação considerável devido ao seu impacto na saúde mental materna e no bem-estar geral da família (Han & Kim, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que cerca de 10% das mulheres grávidas e 13% das mães recém-paridas sofrem de perturbações mentais, especialmente depressão, com taxas ainda maiores em países em desenvolvimento, alcançando 15,6% durante a gestação e 19,8% após o parto (OMS, 2022). As mulheres enfrentam uma série de desafios emocionais e sociais durante a gravidez, incluindo mudanças físicas e sociais que impactam a sua autoestima, conforme observado por Montenegro & Rezende (2017).

Brasil e Costa (2018) destacam que a gravidez é frequentemente idealizada como uma experiência natural e uniforme para todas as mulheres, mas essa visão simplista pode desconsiderar os desafios individuais enfrentados por cada gestante, resultando numa experiência menos satisfatória e gratificante. Nesse sentido, Carvalho, Schiavon e Sacco (2018) também ressaltam que muitas mães enfrentam sentimentos de culpa, frustração e vergonha ao confrontarem uma realidade que não corresponde às expectativas idealizadas durante a gravidez. Além disso, a visão romântica da maternidade, com padrões irrealistas de perfeição, contribui para a diminuição da autoestima e levanta questionamentos sobre a capacidade de lidar com os desafios da maternidade.

A autoestima pode ser entendida como o julgamento que o indivíduo faz de si, expressando tanto aceitação quanto desaprovação. Esse julgamento pessoal reflete suas percepções sobre sua própria eficiência e valor, sendo demonstrado pelas atitudes que adota consigo mesmo (Figueiras et al., 2021). O estado emocional de uma pessoa depende muito da qualidade dos seus relacionamentos, o que pode influenciar diretamente no sucesso ou fracasso em tempos de dificuldades. Ele enfatiza que vínculos seguros são fundamentais, pois contribuem tanto para o desenvolvimento da autoconfiança quanto para a superação de desafios, sendo essenciais em situações de privação. Embora a solidão seja uma experiência comum, esses vínculos podem oferecer a segurança e confiança necessárias para enfrentar adversidades (Lima Neto, 2022). É importante reconhecer que a percepção da mulher grávida varia conforme o contexto cultural e social no qual a mulher grávida está inserida. Enquanto para alguns é um momento de felicidade e realização, para outros pode ser encarado com apreensão e incerteza, refletindo as complexidades da aceitação pessoal e das normas sociais (Dias et al., 2021).

Todos esses fatores podem resultar num declínio na autoestima, que reflete a percepção individual de si. A autoestima varia de baixa a alta, influenciando significativamente o comportamento e os relacionamentos das pessoas consigo mesmas e com os outros (Jordânia, Zeigler-Hill, & Cameron, 2020). Além disso, aumentos na autoestima são frequentemente considerados um dos elementos-chave dos eventos mais satisfatórios na vida das pessoas (Sheldon et al., 2001).

Durante a gravidez, a autoestima da mulher é influenciada por diversos fatores sociais e interpessoais, como relacionamentos familiares, status marital, faixa etária, habilitações académicas e planeamento da gestação (Dias et al., 2021). Esses fatores podem influenciar a autopercepção da gestante, aumentando a sua vulnerabilidade ao desenvolvimento de complicações como a DPP.

Quando a autoestima é afetada, isso prejudica os relacionamentos, incluindo os conjugais. Han e Kim (2020) mostram como a depressão distorce a autoimagem, levando a conflitos e problemas psicológicos. Esse declínio na autoconfiança dificulta o papel de pai ou mãe e pode resultar em perturbações alimentares. Eles destacam que a autoestima é essencial para a saúde mental das mães e o desenvolvimento dos bebês.

A DPP, consoante os estudos de De Paula et al. (2023), é reconhecida pela OMS como uma condição de grande relevância, frequentemente chamada «mal do século». Tanto em termos de impacto individual como de saúde pública, na prática clínica, ela é uma das questões mais prevalentes na saúde mental. Caracterizada por uma série de mudanças que abrangem aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais e físicos, a DPP tem consequências adversas para os pacientes, as suas famílias e relacionamentos, podendo perdurar por longos períodos e aumentar o risco de recorrência da doença.

No Diagnostic and Estatistical Manual Mental Disorders (DSM-V), a DPP é incluída na categoria de Transtorno Depressivo Maior, com o especificador «com início no periparto», o que significa que pode se desenvolver durante a gravidez e persistir nos quatro meses após o parto. Essa definição ampla de período é baseada em dados que indicam que metade das mulheres que experimentam a DPP começam a apresentar sintomas antes mesmo do nascimento do bebê (Damacena et al., 2020).

A DPP é um desafio significativo para a saúde mental das mães e uma das principais causas de sofrimento e complicações relacionadas à maternidade. Os sintomas típicos, como flutuações de humor e desinteresse no bebê, podem persistir por até um ano após o parto. Essa condição afeta não apenas a mãe, mas também tem sérios impactos no desenvolvimento e bem-estar da criança, influenciando também o ambiente social do lar. (Agrawal, Mehendale, & Malhotra, 2022).

Diversos fatores estão relacionados ao desenvolvimento dessa patologia. Entre eles, a falta de apoio do parceiro ou da sociedade, o histórico de depressão, uma gravidez indesejada, parto por cesariana e diabete gestacional são de grande relevância. A exposição a violência física e/ou emocional, um baixo nível socioeconómico e o processo de imigração também têm impacto. Além disso, a obesidade ou excesso de peso materno, a deficiência de vitamina D, uma dieta inadequada que não atenda às necessidades nutricionais da mãe e a multiparidade aumentam os riscos. Outros fatores incluem a saúde da mulher antes da gravidez, o uso de tabaco, álcool ou outras substâncias, a idade jovem e o estado civil. Abortos prévios, experiências negativas de gravidez e/ou parto, a ausência de amamentação, eventos de vida stressantes e o stress associado à educação dos filhos também estão associados ao risco de desenvolver essa condição (Brasil, 2023).

Por outro lado, há fatores de proteção que podem ajudar a prevenir a depressão pós-parto. Estudos indicam que o otimismo, a resiliência, a capacidade de resolver problemas e uma autoestima elevada são fundamentais para enfrentar os desafios da maternidade e reduzir o risco de DPP (de Melo et al., 2020). Além disso, Sharifzadeh, Navininezhad & Keramat (2018) apontam que uma baixa autoestima pode desencadear uma série de consequências psicológicas adversas, como depressão, ansiedade e dificuldades nos relacionamentos interpessoais, afetando a adaptação da mãe ao papel materno.

Prata (2009) realizou um estudo que investigou a relação entre o conhecimento, a autoestima e os níveis de stress e ansiedade em puerperas. Essa descoberta ressalta a importância da autoestima para a saúde mental, especialmente quando integrados aos cuidados primários, para facilitar a transição para a maternidade.

Sharifzadeh, Navininezhad e Keramat (2018) destacaram que a baixa autoestima pode desencadear uma série de consequências psicológicas adversas, tais como raiva, depressão, ansiedade e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Esses efeitos podem comprometer a capacidade materna de adaptação ao filho, ao parceiro e ao ambiente familiar, afetando assim a sua eficácia no cumprimento dos papéis maternos e conjugais.

Segundo Agrawal et al. (2022), a baixa autoestima durante o pós-parto é um fator de risco significativo. Durante esse período vulnerável, a baixa autoestima pode ser intensificada pela depressão, enquanto esta, por sua vez, pode ser influenciada pela autoestima reduzida. Mulheres com autoestima mais elevada têm maior capacidade de lidar com as pressões que afetam a sua autoimagem, reduzindo o risco de desenvolver depressão pós-parto. Por outro lado, mulheres com sintomas depressivos podem sentir-se menos competentes como mães, o que pode gerar um ciclo negativo de pensamentos e emoções, minando ainda mais a sua autoestima.

Dado o exposto, a autoestima desempenha um papel fundamental na maternidade, especialmente no pós-parto, quando as mulheres enfrentam desafios emocionais e físicos. Uma autoestima positiva fortalece a resiliência das mães e influencia a qualidade dos relacionamentos familiares e o desenvolvimento dos bebês. Mulheres com autoestima elevada são mais propensas a adotar comportamentos saudáveis, enfrentar os desafios da maternidade com confiança e prevenir a DPP. Portanto, conhecer a percepção das mulheres sobre a autoestima materna pode contribuir para futuros programas de prevenção da DPP, reduzindo a sua incidência e gravidade, gerando impactos positivos de longo prazo na saúde mental e no desenvolvimento emocional das crianças, além de promover uma cultura de cuidado e autoaceitação que beneficia toda a família e a sociedade.

Hipóteses de Investigação

1. Mulheres grávidas com baixa autoestima apresentam maior risco de desenvolver DPP.
-

2. Mulheres grávidas com autoestima elevada apresentam menor risco de desenvolver DPP.

Objetivo do Estudo

Objetivo Geral

Investigar a relação entre os níveis de autoestima durante a gravidez e o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto.

Objetivos Específicos

1. Avaliar os níveis de autoestima em mulheres grávidas.
2. Identificar a prevalência de risco para DPP entre as mulheres grávidas da amostra.
3. Analisar a relação entre baixos níveis de autoestima e o risco de desenvolver DPP.
4. Investigar se a autoestima elevada está associada a um menor risco de desenvolver DPP.

Metodologias

Tipo de estudo: Estudo quantitativo correlacional.

População: Mulheres em Portugal e que estejam grávidas.

Os critérios de inclusão serão: ser mulher, residentes em Portugal, ter mais de 18 anos e estar grávida. Os critérios de exclusão serão: gestantes com incapacidade de responder ao questionário devido a barreiras cognitivas ou de incompreensão do idioma português.

Técnica de amostragem: Por conveniência.

O primeiro passo será identificar as instituições de saúde que atendem gestantes. Isso incluirá hospitais, clínicas de obstetria, centros de saúde da gestante e da família e consultórios médicos especializados em ginecologia e obstetria. As redes sociais também serão uma fonte valiosa para recrutamento, pois permitem alcançar um grande número de pessoas.

Antes de iniciar o recrutamento, será obtida a autorização das instituições de saúde para realizar a divulgação do estudo e a coleta de dados. Isso envolve explicar os objetivos da pesquisa, os métodos de coleta de dados e os potenciais benefícios para a comunidade médica e para as gestantes.

Serão criados materiais de recrutamento, como folhetos, cartazes e posts para redes sociais, explicando brevemente os objetivos do estudo, os critérios de elegibilidade para participação e as formas de contacto para obter mais informações ou se inscrever para participar. Os materiais de recrutamento serão distribuídos nas instituições de saúde selecionadas e compartilhados nas redes sociais. Eles incluirão informações claras sobre como as interessadas podem participar do estudo, como preencher o questionário e quaisquer instruções adicionais necessárias.

As gestantes interessadas em participar do estudo poderão entrar em contacto com a pesquisadora por telefone, endereço eletrônico ou por meio de formulários 'online' disponibilizados. A pesquisadora deverá responder a quaisquer dúvidas que as gestantes possam ter sobre o estudo e fornecer informações adicionais, se necessário.

Antes de participar do estudo, as gestantes devem fornecer o consentimento informado, indicando que compreendem os objetivos, procedimentos e possíveis riscos e benefícios do estudo, e concordam em participar voluntariamente. Esse consentimento pode ser obtido por escrito ou 'online', conforme requisitos éticos da pesquisa. Após o consentimento informado, as gestantes podem preencher o questionário sociodemográfico e responder às escalas de autoestima e depressão. Dependendo da disponibilidade das gestantes e das políticas das instituições de saúde, a recolha de dados pode ser realizada presencialmente ou 'online'.

O questionário (Anexo A) será semiestruturado e desenvolvido pela pesquisadora a fim de avaliar os dados socioeconómicos, os hábitos de vida e doença crónica, os dados sobre a gestação, o ambiente familiar e emocional, e o parto a ser realizado.

Posteriormente, será empregada a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), versão traduzida, adaptada e validada para o português de Portugal. A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Anexo B) é um instrumento composto por 10 itens, 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa, desenvolvido para avaliar sentimentos de valorização pessoal. Os itens questionam acerca de sentimentos atuais e são avaliados por uma escala tipo Likert de 4 pontos, em que 1 significa "discordo totalmente" e 4 indica "concordo totalmente". A pontuação total varia entre 10 e 40, com as pontuações mais elevadas a indicarem níveis mais altos de autoestima (De Figueiredo, M. P., 2009).

Além disso, será administrada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) (Anexo C). Este instrumento é composto de um enunciado e dez questões, com quatro opções cada. As opções são cotadas conforme a presença e a gravidade crescente dos sintomas. As questões números 1, 2 e 4 são pontuadas em ordem crescente (0, 1, 2 e 3) e as demais (3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10), são pontuadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total. Uma pontuação de 10 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. No final, somam-se todos os resultados e quanto mais elevada for a pontuação menor é a disposição da mãe (maior probabilidade de estar a viver uma depressão pós-parto) (De Figueiredo, M. P., 2009). Uma vez concluída a coleta de dados, serão analisadas as respostas dos questionários e as pontuações nas escalas de autoestima e depressão. Isso envolve a tabulação dos dados, o cálculo de estatísticas descritivas e a realização

de análises estatísticas mais avançadas, como correlações, para investigar as relações entre as variáveis estudadas. O 'software' utilizado será o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), seguindo os seguintes procedimentos:

- Análise Descritiva: Para descrever o perfil sociodemográfico das gestantes, além de resumir os níveis de autoestima e o risco de DPP na amostra.
- Correlação de Pearson: Será utilizada para verificar a relação entre os níveis de autoestima e o risco de depressão pós-parto.
- Análise de Regressão Linear: Será empregada para verificar se os níveis de autoestima podem prever o risco de DPP, controlando por variáveis sociodemográficas. O nível de significância adotado será de $p < 0,05$.

Palavras-Chave Autoestima; Depressão Pós-Parto; Gestantes.

Bibliografia

1. Agrawal, I., Mehendale, A. M & Malhotra, R. (2022). Fatores de risco de depressão pós-parto. *Cureus*, 14(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>
 2. Brasil, A. C. (2023). Fatores de risco e estratégias de prevenção da Depressão Pós-Parto: uma revisão da literatura. <https://hdl.handle.net/10316/116018>
 3. Brasil, M. V., & Costa, A. B. (2018). Psicanálise, feminismo e os caminhos para a maternidade: diálogos possíveis? *Psicologia Clínica*, 30(3), 427-446. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0030n03A02>
 3. Carvalho, J. P., Schiavon, A. A., & Sacco, A. M. A. (2018). Romantização da maternidade: uma forma de opressão de gênero. *Realize Editora*. https://www.editorarealize.com.br/editora/ebooks/senacorpus/2018/TRABALHO_EV103_MD3_SA3_ID316_23022018113230.pdf
 4. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
 5. Damacena, M. P. R., Reichow, J. R. C., Castro, A., & Fernandes, F. de S. (2020). Depressão pós-parto e os efeitos no desenvolvimento infantil: uma revisão de literatura. *Revista Panorâmica Online*, 30, 124-135. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/revistaapanoramica/index.php/revistaapanoramica/article/view/1145>
 6. De Figueiredo, M. P. (2009). Contributos Para a Validação da Escala de Auto-Eficácia na Amamentação Para Português (Master's thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal)). De Melo, E. J., Santos, S., Luiz, J., & Neto, S. (2020). Depressão pós-parto: fatores emocionais da gestação e puerpério. *Psicologia.pt-O portal dos psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1395.pdf>
 7. De Paula, D. L., Alves, G. D., De Paula, L. G. N., dos Santos, I. D. O., Valverde, V. R. L., Bravo, D. S., ... & Oliveira, J. A. A. (2023). Assistência da equipe de enfermagem na depressão pós-parto na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 42(3). https://www.mastereditora.com.br/periodico/20230506_110520.pdf
 8. Dias, G. L., da Silva, C. B., Araújo, E. de S., Lima, B. B., Saraiva, A. P. C., Silva, J. C. D., Gentil, R. do N., de Oliveira, T. A., & Carneiro, P. R. C. (2021). Aspectos sociais e biológicos da autoestima na gravidez e a assistência de enfermagem: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 11, e5320. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5320.2021>
 9. Figueiras, M., Cunha, P., & Smões, M. (2021). Bem-estar psicológico, autoestima e felicidade entre alunos do ensino superior em Portugal. *Psicologia, Saúde & Doença*, [SL], 22(01), 116-127. <http://dx.doi.org/10.15309/21psd220111>
 10. Han, J. W., & Kim, D. J. (2020). Longitudinal Relationship Study of Depression and Self-Esteem in Postnatal Korean Women Using Autoregressive Cross-Lagged Modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3743. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103743>
 11. Jordânia, C. H., Zeigler-Hill, V., & Cameron, J. J. (2020). Autoestima. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, TK (eds) *Enciclopédia de Personalidade e Diferenças Individuais*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1169
 12. Lima Netto, L. D. S. (2022). Gestação, autoestima e representações sociais: um estudo com mulheres grávidas. <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/25704>
 - Montenegro C. A. B., & Rezende, F. J. (2017). *Obstetrícia* (13 ed.). Guanabara
 - Koogan. <https://pt.slideshare.net/MARINADEFENTE1/rezende-obstetrícia-13-edio-2017pdf>
 13. Prata, M. C. C. F. (2009). Aconselhamento no puerpério: efeitos na autoestima [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <https://sapientia.uaig.pt/handle/10400.1/817>
 14. Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de Auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, (2), 253-268. <http://hdl.handle.net/10216/16170>
 - Sharifzadeh, M., Navininezhad, M., & Keramat, A. (2018). Investigating the Relationship between Self-Esteem and Postpartum Blues among Delivered Women. *Journal of Research in Medical and Dental Sciences*, 6(3), 357-362.
-

<https://www.jrmds.in/articles/investigating-the-relationship-between-selfesteem-and-postpartum-blues-among-delivered-women.pdf>

15. Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 325-339.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.2.325>

Local de Realização do Estudo O primeiro passo será identificar as instituições de saúde que atendem gestantes. Isso incluirá hospitais, clínicas de obstetria, centros de saúde da gestante e da família e consultórios médicos especializados em ginecologia e obstetria. As redes sociais também serão uma fonte valiosa para recrutamento, pois permitem alcançar um grande número de pessoas.

Dados da Instituição

Dados da Instituição **Egas Moniz**

Tipo de Trabalho

Tipo de investigação **Primária** Investigação primária **Fundamental**
Metodologia de investigação **Quantitativa**
Desenho estudo **Correlacional / Epidemiológico**

Comissão de Ética

O trabalho submetido nesta proposta requer aprovação pela Comissão de Ética? **Sim**

Projeto Científico

Dissertação / Investigação Associada a Projeto Científico? **Não**

Clínica Dentária

Necessita de utilizar a clínica dentária Egas Moniz? **Não**

Necessita de utilizar o banco de dentes? **Não**

Clínica Fisioterapia

Necessita de utilizar a clínica fisioterapia Egas Moniz? **Não**

Necessita de consultar os registos clínicos? **Não**

Clínica Almada

Necessita de utilizar a clínica Almada? **Não**

Necessita de consultar os registos clínicos? **Não**

Laboratórios Egas Moniz

O trabalho requer utilização de Laboratórios Internos? Não

Cronograma

1-	Atividade: Recolha bibliográfica	Mês: Setembro	Ano: 2024
2-	Atividade: Elaboração de Proposta de Projeto	Mês: Setembro	Ano: 2024
3-	Atividade: Entrega de Proposta de Projeto	Mês: Outubro	Ano: 2024
4-	Atividade: Revisão Narrativa de Literatura	Mês: Outubro	Ano: 2024
5-	Atividade: Elaboração do Protocolo de Investigação (Google Forms)	Mês: Novembro	Ano: 2024
6-	Atividade: Entrega do Primeiro Relatório	Mês: Dezembro	Ano: 2024
7-	Atividade: Aplicação do Questionário online com recolha de respostas	Mês: Dezembro	Ano: 2024
8-	Atividade: Tratamento de dados em software estatístico SPSS	Mês: Março	Ano: 2025
9-	Atividade: Entrega do Segundo Relatório	Mês: Março	Ano: 2025
10-	Atividade: Elaboração dos Resultados	Mês: Abril	Ano: 2025
11-	Atividade: Elaboração da Discussão e Conclusão	Mês: Maio	Ano: 2025
12-	Atividade: Submissão à Comissão Científica	Mês: Julho	Ano: 2025
13-	Atividade: Entrega de dissertação	Mês: Julho	Ano: 2025

Financiamento

Custos Não Estimativa de Custos 0,00€ Fonte de Financiamento? Não

Dados dos Orientadores

Orientador Marta Sofia Reis

Nº de Co-orientadores 0

Tem co-orientador externo

Parecer Orientação

Lista de pareceres dos Orientadores

	Tipo de parecer	Orientador	Atual	Estado
1-	Orientador	Marta Sofia Reis	Não	Proposta de melhoria
2-	Orientador	Marta Sofia Reis	Sim	Parecer positivo

PC

Aprovado por José Grillo Data 22/ 10/ 2024
Proposta aprovada? Sim

Comissão de Ética

Aprovado por Filipa Vicente Data 20/ 11/ 2024
Proposta aprovada? Sim

Anexo C



Comissão de Ética EGAS MONIZ

Processo Interno: 1460
PT 309/24

Ex.ma Senhora

Luísa Moura

Monte de Caparica, 20 de novembro de 2024.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado: "Autoestima e risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas", foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Profª Doutora Cidália de Castro

Anexo D



Consentimento Informado

Monte de Caparica, 09 de outubro de 2024

Exma Sra,

No âmbito do curso de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Unidade Curricular de Seminário de Dissertação do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Marta Reis, solicito a sua autorização para a participação no estudo intitulado **“Autoestima e risco de depressão pós-parto: um estudo quantitativo com mulheres grávidas”**.

O objetivo deste estudo é investigar a relação entre os níveis de autoestima durante a gravidez e o risco de desenvolvimento de depressão pós-parto. A sua participação consistirá em responder a um questionário semiestruturado, que abordará informações sobre a sua saúde mental, autoestima e fatores sociais, uma escala para investigar os níveis de autoestima e uma escala para avaliar a depressão pós-parto.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo. Este estudo pode trazer benefícios ao progresso do conhecimento na área da saúde mental materna e contribuir para a elaboração de intervenções que visem melhorar a saúde psicológica das mulheres durante e após a gravidez.