

# Fatores associados aos Níveis de Ansiedade nas Puérperas em internamento em serviço de obstetrícia

Cátia Sofia Pereira Pinto<sup>1</sup>  Carlos Manuel Torres Almeida<sup>2,3</sup>  João Francisco de Castro<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega I-Baixo Tâmega - ACES. Baião, Portugal.

<sup>2</sup>Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - UTAD. Vila Real, Portugal.

<sup>3</sup>Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano - CIDESD. Vila Real, Portugal.

E-mail: calmeida@utad.pt

## Resumo

A Ansiedade Puerperal é um fenómeno frequente, uma vez que o puerpério é o período de maior risco para o surgimento ou agravamento de ansiedade. Geralmente manifesta-se por irritabilidade, fadiga, dificuldades de concentração, tensão e perturbações do sono. Pode provocar consequências tanto na mulher como na sua relação com o bebé e com o companheiro, interferindo na qualidade de vida e no futuro da família. Objetivo: identificar os fatores que se relacionam com os níveis de ansiedade das puérperas, durante o internamento num serviço de obstetrícia. Metodologia: trata-se de um estudo quantitativo descritivo-correlacional e analítico, com a aplicação da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, da Escala de Perceção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar e da Escala de Autoperceção Materna das Competências Cuidativas neonatais. Participaram 85 puérperas que se encontravam internadas no serviço de obstetrícia, num hospital da região norte de Portugal. Resultados: A maioria das puérperas (51,8%) apresentou ausência de ansiedade, 11,8% manifestou ansiedade não patológica e 36,5% apresentou ansiedade patológica. Dos fatores de ansiedade estudados, estabeleceu-se relação, de forma global, entre o nível de ansiedade puerperal e a perceção das competências cuidativas neonatais ( $p=0,00$ ). Conclusão: As puérperas apresentaram maior ansiedade na dimensão Sistema Nervoso Central (SNC). A melhor perceção do suporte social no ambiente hospitalar reduz os níveis de ansiedade materna nas diferentes vertentes. Quanto maior a autoperceção materna das competências no cuidar do bebé, menor o nível de ansiedade puerperal.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Período Pós-Parto. Enfermagem Obstétrica. Hospitalização.

## INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança implica alterações em diferentes aspetos, como fisiológicos, psíquicos e sociofamiliares. Representa a transição e definição de um novo papel para as mulheres e famílias<sup>1</sup>.

Nos últimos anos, tem sido dada menos atenção aos transtornos de ansiedade no período pós-natal, mas eles são considerados tão comuns quanto a depressão. A Ansiedade Puerperal (AP) é um fenómeno frequente, uma vez que o puerpério é o período de maior risco para o surgimento ou agravamento de distúrbios ansiosos<sup>2</sup>.

As alterações hormonais, as mudanças psicológicas, familiares e sociais, a adoção do novo papel de grande responsabilidade, a aceitação da nova imagem corporal, da nova identidade e as mudanças na sexualidade propiciam alterações psicológicas nas mulheres que podem ser severas<sup>3</sup>.

O ambiente hospitalar é um fator que aumenta a probabilidade de desencadear a ansiedade nas puérperas, dado ser considerada uma experiência desagradável, devido às inúmeras mudanças e interrupções nas relações e quo-

tidiano da mulher. As emoções ficam mais intensas, ocorre perda da autoestima, mudança da imagem corporal, alterações do ciclo sono-vigília, medo dos procedimentos invasivos e do desconhecido e isolamento social<sup>4</sup>.

A AP manifesta-se por inquietação, irritabilidade, fadiga, dificuldades de concentração, tensão e perturbações do sono<sup>3</sup>. Devido às mudanças sofridas no puerpério, a mulher pode apresentar medos, dúvidas e receios sobre a sua capacidade de cuidar do bebê<sup>1</sup>.

A AP acontece sobretudo pelas preocupações excessivas face ao cuidar do recém-nascido (RN) e à gestão das outras tarefas<sup>3</sup>, havendo maior ansiedade materna quando as mulheres se propõem a realizar os cuidados básicos aos seus filhos<sup>5</sup>. A maioria das dificuldades das mães resulta da vulnerabilidade do RN e das dúvidas e insegurança sobre como o cuidar adequadamente<sup>6</sup>.

A existência de suporte sociofamiliar adequado, especialmente do marido, é fundamental para reduzir o impacto dos sintomas ansiosos<sup>7</sup>. Quando o apoio sociofamiliar não é suficiente, a vinculação mãe-bebê pode ser di-

fícil, tanto no sentido de ser insuficiente como de ser exagerada, gerando sintomas perturbantes na vida da família<sup>1</sup>.

Existem evidências de que a ansiedade materna tem efeito negativo sobre a galactopoeia e sobre a qualidade do vínculo mãe-bebê<sup>2</sup>, e de que existe dificuldade, por parte das puérperas, em responder adequadamente às necessidades dos seus filhos. Estas dificuldades podem influenciar negativamente o desenvolvimento posterior da criança, incluindo problemas de aprendizagem infantil, atenção, linguagem e regulação emocional<sup>1</sup>. Ao nível dos efeitos no desenvolvimento infantil, a literatura aponta que o diálogo mãe-filho pode estar alterado, uma vez que mães com AP tendem a falar de modo não sintonizado e excessivo, o que pode ter efeitos no funcionamento da linguagem infantil<sup>3</sup>.

Para prevenir consequências para a mulher e para o bebê, a AP deve ser tratada precocemente. Neste sentido, tivemos como objetivo identificar os fatores que se relacionam com os níveis de ansiedade das puérperas, durante o internamento num serviço de obstetria.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva-correlacional e analítica, realizado no Serviço de Obstetria do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS). Definimos como população as puérperas internadas neste serviço, durante os meses de julho e agosto de 2021. Para a seleção da amostra recorreremos à técnica de amostragem não probabilística, por conveniência. Consideramos como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, ter pelo menos 24 horas de internamento no serviço de obstetria e máximo 72 horas, ser mãe de filhos vivos, RN de termo sem malformações e terem aceitado participar no estudo. Os critérios de exclusão foram: analfabetismo; mulheres com diagnóstico anterior de doença mental; história de alcoolismo e consumo de drogas; e puérperas com bebês transferidos ou interna-

dos noutro serviço. Participaram neste estudo 85 puérperas. De modo a salvaguardar os aspetos éticos, a pesquisa obteve parecer favorável da comissão de ética do CHTS (Proc. N.º 31/2021 de 09/04/2021).

Para recolher os dados aplicou-se um questionário de caracterização que permitiu a colheita de dados sociodemográficos (idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e rendimento mensal), informações relativas ao planeamento da gravidez (planeamento, desejo e aceitação pelo pai), dados da vigilância da gravidez (frequência das consultas pré-natais, local de realização das consultas, frequência de Cursos de Preparação para o Parto [CPPP] e número de sessões) e dados obstétricos (número de filhos, número de partos e tipo de parto atual). Para avaliar o nível de ansiedade, a influência do

ambiente hospitalar e a autopercepção materna das competências para cuidar o RN, foram utilizadas a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung (SAS), a Escala de Percepção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar (SHEDS) e a Escala de Autopercepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais (EAPMCCN), nas suas versões adaptadas para Portugal.

A SAS foi desenvolvida por Zung, em 1971 e validada posteriormente para a população portuguesa<sup>8</sup>. Foi concebida para avaliar quatro componentes da ansiedade: cognitiva (refere-se a pensamentos ansiosos), motora (manifesta-se com sintomas como preocupação e insegurança, sensação de perda de controlo, movimentos bruscos, hiperatividade e descoordenação motora), vegetativa (apresenta-se como ativação fisiológica alterada, que se caracteriza com sintomas como: taquicardia ou aumento do ritmo cardíaco – palpitações, aperto no peito, tensão muscular, sensação de falta de ar, náuseas, tonturas, síncope, rigidez muscular, dormência nas mãos e pés) e SNC (manifesta-se com sintomas como irritabilidade, incapacidade de tomar decisões, incapacidade de se concentrar e perturbações do sono). A pontuação total da escala varia de 20 a 80 pontos. Para fazer a sua cotação, divide-se a pontuação obtida pelo valor máximo possível, alcançando assim um índice que representa o grau de ansiedade. Na validação para a população portuguesa, os autores defendem que o ponto de corte de significado clínico, se encontra entre os valores de 37 e 40, sendo que um indivíduo que pontue acima de 37 pode ser considerado como tendo forte probabilidade de se encontrar ansioso, e acima de 40 o indivíduo é considerado como ansioso patológico<sup>8</sup>.

A SHEDS é da autoria de Andrade e Devlin e foi desenvolvida para medir as qualidades do ambiente hospitalar, considerando três dimen-

sões: condições para distração positiva, suporte social e controlo do ambiente. A pontuação obtém-se pela soma dos itens e varia entre 21 e 105, sendo que scores elevados correspondem a melhor percepção do design de suporte do ambiente hospitalar<sup>9</sup>.

A EAPMCCN criada por Marques e Sá<sup>10</sup>, avalia o nível de competência materna auto-percebida no cuidar do RN prematuro. Neste estudo, foi utilizada a versão adaptada e validada por Santos e Mendes para RN de termo. Esta escala avalia a autopercepção materna das competências cuidativas neonatais em duas dimensões: dimensão cognitivo-motora e dimensão cognitivo-afetiva, definidas por Steele e Polack. A escala é composta por 34 questões, sendo atribuída uma pontuação de 1 a 5, correspondendo este valor a níveis mais elevados de competência que traduzem a intensidade com que a mãe percebe a sua competência cuidativa. Esta intensidade é avaliada através de uma pontuação média obtida, dividindo a soma das pontuações correspondentes às alternativas de resposta assinaladas, pelo número de itens selecionados. Assim, quanto mais elevada a pontuação final, mais elevada é a competência materna autopercebida<sup>11</sup>.

No procedimento de recolha, tratamento e análise de dados tivemos em conta as considerações éticas, garantindo o consentimento informado das participantes, o seu anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos. Para o tratamento de dados, recorremos à estatística descritiva, para a caracterização sociodemográfica; e à análise inferencial, para o teste de hipóteses, utilizando os testes não paramétricos U de Mann-Whitney e correlação de Spearman. O valor de  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Para a análise estatística foi utilizada a versão 27 do programa SPSS.

## RESULTADOS

Participaram no estudo 85 puérperas com idades compreendidas entre os 21 e os 43

anos, correspondendo a uma média de idades de 31,48 ( $\pm 6,03$ ) anos. Maioritariamente eram

casadas ou viviam em união de facto (74,1%). Quanto às habilitações literárias, cerca de metade das puérperas concluiu o nível secundário (50,6%). A maioria das participantes estavam empregadas (70,6%), sendo que 34,1% auferiam um rendimento mensal entre os 500-1000€. No que respeita ao número de filhos, o valor variou entre 1 e 3 filhos, existindo um maior grupo de mulheres com 1 filho (43,5%), logo seguido pelo grupo das mulheres com 2 filhos (42,5%).

No que concerne ao planeamento da gravidez, 69,4% das mulheres afirmou ser uma gravidez planeada. Na maioria dos casos, o bebé foi desejado por ambos os progenitores (87,1%) e em apenas 1,2% das gravidezes não houve aceitação paterna. Todas as puérperas fizeram vigilância pré-natal, tendo 40% realizado as consultas apenas no centro de saúde. Em relação à frequência de CPPP, apenas 35,3% das puérperas refere ter participado em sessões de CPPP, tendo o número de sessões variado entre 2 e 10, correspondendo a uma média de 6,41 ( $\pm 1,94$ ). No que respeita ao número de partos, encontramos a mesma percentagem de mulheres com 1 e com 2 partos (43,5%). Relativamente ao tipo de parto atual, 69,4% das puérperas teve um parto eutócico.

Na avaliação dos níveis da ansiedade, com a SAS, obtivemos 51,8% das puérperas com ausência de ansiedade, 11,8% com ansiedade não patológica e 36,5% com ansiedade patológica. Para comparar as dimensões da SAS, calculámos o seu índice fazendo com que as dimensões variem entre 0,25 e 1. Assim, podemos verificar que as puérperas apresentavam maior ansiedade na dimensão SNC e menor ansiedade na dimensão vegetativa (Tabela 1).

Procuramos estabelecer relação entre a paridade (número de partos da mulher) e o nível de ansiedade das puérperas e apesar de se verificar uma correlação negativa, que nos indica que com o aumento da paridade diminui a AP, esta não chega a atingir significado estatístico (Tabela 2).

Analisando a relação entre o tipo de parto e o nível de ansiedade das puérperas verificamos apenas relação com significado estatístico entre o tipo de parto e a dimensão ansiedade do SNC, constatando-se que as puérperas de parto distócico apresentavam maior nível de ansiedade do SNC. No entanto, não se verifica relação entre o tipo de parto e a SAS total (Tabela 3).

Relativamente à relação entre a perceção do design de suporte do ambiente hospitalar e o nível de AP observamos uma correlação negativa entre a SHEDS e a dimensão ansiedade do SNC, significando que quanto melhor perceção do ambiente hospitalar, menor ansiedade do SNC as puérperas manifestam. Constatamos, igualmente, uma correlação negativa da dimensão suporte social da SHEDS, com a SAS e todas as suas dimensões, ou seja, as mulheres que melhor percecionam o suporte social manifestam menor ansiedade (Tabela 4). No entanto, não se verifica relação com significado estatístico entre a perceção do design de suporte do ambiente hospitalar e o nível de ansiedade das puérperas, ou seja, não há relação global entre a SHEDS e a SAS.

Não se observou relação entre o planeamento da gravidez e o nível de ansiedade das puérperas ( $Z=-0,82$  e  $p=0,41$ ), assim como também não se verificou relação entre a frequência de CPPP e o nível de ansiedade das participantes. Podemos constatar ainda (Tabela 5) que, contrariamente ao expectável, as mulheres que frequentaram CPPP obtiveram valores superiores de ansiedade na escala global da SAS e em todas as suas dimensões.

No que diz respeito à relação entre a auto-perceção materna das competências no cuidar do RN e o nível de ansiedade das puérperas constatamos uma correlação negativa entre a EAPMCCN e a SAS em todas as suas dimensões, o que significa que as puérperas com melhor perceção das suas competências cuidativas neonatais apresentam menor nível de ansiedade (Tabela 6).

**Tabela 1** - Estatísticas relativas ao índice das dimensões da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung. Vale do Sousa, Portugal, 2021.

	Ansiedade cognitiva	Ansiedade motora	Ansiedade vegetativa	Ansiedade SNC
Média	0,47	0,47	0,46	0,55
Mediana	0,45	0,44	0,44	0,50
Moda	0,45	0,44	0,39	0,50
Desvio Padrão	0,12	0,13	0,10	0,16
Mínimo	0,25	0,25	0,25	0,25
Máximo	0,75	0,75	0,72	1

**Tabela 2** - Correlação de *Spearman* entre o número de partos e a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung. Vale do Sousa, Portugal, 2021.

	Número de partos	
	r	p
SAS	-0,13	0,27
SAS - Cognitiva	-0,19	0,08
SAS - Motora	-0,15	0,18
SAS - Vegetativa	-0,08	0,49
SAS - SNC	-0,002	0,99

**Tabela 3** - Comparação pelo teste U de *Mann-Whitney*, entre tipo de parto e Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung. Vale do Sousa, Portugal, 2021.

	Tipo de parto	Nº	Mean Rank	Z	p
<b>SAS</b>	Eutócico	55	38,16	1,08	0,28
	Distócico	24	44,21		
	Total	79			
<b>SAS - Cognitiva</b>	Eutócico	56	38,62	1,12	0,26
	Distócico	24	44,90		
	Total	80			
<b>SAS - Motora</b>	Eutócico	58	40,49	1,14	0,26
	Distócico	26	46,98		
	Total	84			
<b>SAS - Vegetativa</b>	Eutócico	57	39,73		

continua...

... continuação tabela 3

	Tipo de parto	Nº	Mean Rank	Z	p
SAS - Vegetativa	Distócico	25	45,54	1,02	0,31
	Total	82			
SAS - SNC	Eutócico	59	39,45		
	Distócico	26	51,06	2,09	0,04
	Total	85			

**Tabela 4** - Correlação de *Spearman* entre a Escala da Percepção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar e a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung. Vale do Sousa, Portugal, 2021.

	SHEDS		SHEDS - Distração positiva		SHEDS - Percepção controlo		SHEDS - Suporte social	
	r	p	r	p	r	p	r	p
SAS	-0,22	0,07	0,05	0,69	-0,09	0,43	-0,47**	0,000
SAS - Cognitiva	-0,16	0,19	0,12	0,30	-0,13	0,26	-0,41**	0,000
SAS - Motora	-0,10	0,39	0,006	0,96	0,03	0,83	-0,34**	0,002
SAS - Vegetativa	-0,22	0,07	0,02	0,89	-0,09	0,46	-0,40**	0,000
SAS - SNC	-0,25*	0,03	-0,05	0,67	-0,19	0,08	-0,40**	0,000

**Tabela 5** - Comparação pelo teste U de *Mann-Whitney*, entre a frequência de Curso Preparação para o Parto e Parentalidade e a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung. Vale do Sousa, Portugal, 2021.

	Frequência de CPPP	N.º	Mean Rank	Z	p
SAS	Sim	29	44,93	-	
	Não	50	37,14	1,46	0,15
	Total	79			
SAS - Cognitiva	Sim	30	45,88	-	
	Não	50	37,27	1,62	0,11
	Total	80			
SAS - Motora	Sim	30	48,3	-	
	Não	54	39,28	1,64	0,10
	Total	84			
SAS - Vegetativa	Sim	29	45,19	-	
	Não	53	39,49	1,04	0,3
	Total	82			
SAS - SNC	Sim	30	45,48	-	
	Não	55	41,65	0,72	0,47
	Total	85			



**Tabela 6** - Correlação de Spearman entre a Escala de Autopercepção Materna das Competências Cuidativas Neonatais e a Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung. Vale do Sousa, Portugal, 2021.

	EAPMCCN		EAPMCCN - cognitivo-afetiva		EAPMCCN - cognitivo-motora	
	r	p	r	p	r	p
SAS	-0,48**	0,000	-0,35**	0,002	-0,47**	0,000
SAS - Cognitiva	-0,41**	0,000	-0,29*	0,01	-0,41**	0,000
SAS - Motora	-0,42**	0,000	-0,32**	0,004	-0,40**	0,000
SAS - Vegetativa	-0,48**	0,000	-0,34**	0,002	-0,46**	0,000
SAS - SNC	-0,32**	0,003	-0,24*	0,03	-0,31**	0,006

## DISCUSSÃO

O nascimento de uma criança implica transformações do ponto de vista fisiológico, psíquico e sociofamiliar, dado que representa a transição da mulher para um novo papel, o de ser mãe<sup>7</sup>.

Como consequência das mudanças sofridas, a mulher pode apresentar medos, dúvidas e angústias quanto à sua capacidade de cuidar do bebé, independentemente da sua vontade prévia em ter engravidado. As transformações que ocorrem nas mulheres no período gravídico-puerperal proporcionam condições para o desenvolvimento de AP e outras condições psiquiátricas maternas<sup>1</sup>.

Na atual investigação, verificou-se que 51,8% das puérperas apresentava um nível de ansiedade dentro do intervalo considerado ausência de ansiedade. Foi registada uma percentagem de 11,8% de mulheres com ansiedade não patológica e 36,5% com ansiedade patológica.

Verificamos ainda que as puérperas apresentavam maior ansiedade na dimensão SNC. Esta dimensão é caracterizada por cursar com sintomas como irritabilidade, incapacidade de tomar decisões, incapacidade de se concentrar e perturbações do sono<sup>3</sup>.

No pós-parto, a maioria das mulheres apresenta distúrbios do sono com redução da sua qualidade e quantidade, originando sonolência

significativa, menor duração do sono, fragmentação do sono e período mais longos acordadas<sup>12</sup>. A interrupção da quantidade e qualidade do sono pode estar relacionada com a barreira ambiental (ruído ambiental, exposição à luz, temperatura/humidade do ambiente, local não familiar), a imobilização, ao padrão de sono não restaurador (responsabilidades de cuidadora e práticas de maternidade) e a privacidade insuficiente<sup>13</sup>, enquanto permanece no ambiente hospitalar.

Um desequilíbrio na qualidade do sono pode afetar o estado emocional e físico da puérpera. Além disso, a prestação de cuidados ao RN, aliada à amamentação sob livre demanda, contribui para que as mães durmam menos nos primeiros meses<sup>13</sup>. Um sono inadequado prejudica o humor materno, o desempenho cognitivo-motor, a resposta imunológica, a função endócrina, a capacidade de manter vigília diurna adequada e a capacidade de cumprir o papel de cuidadora do bebé. Para além do impacto negativo no bem-estar da puérpera, o sono fragmentado e insuficiente tem influência no desempenho da amamentação, na saúde e no desenvolvimento do RN<sup>12</sup>.

Inúmeras investigações têm sido desenvolvidas na última década sobre a AP. Numa das

pesquisas que estudou a AP durante o internamento, através da aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI), e os autores obtiveram um score médio de ansiedade estado de 31, com 17,1% das mulheres com triagem positiva para ansiedade estado<sup>14</sup>.

Outro trabalho estudou a AP durante o internamento na maternidade e encontrou uma média de 43,1 pontos para a ansiedade traço e uma média de 41,3 pontos para a ansiedade estado, valores considerados ansiedade moderada<sup>1</sup>.

A nossa pesquisa encontrou níveis de ansiedade patológica superiores à maioria dos restantes autores, o que reforça a importância de se alargar este tipo de estudos no reconhecimento da condição, na sua precoce deteção e intervenção.

No período puerperal, a ansiedade pode influenciar a relação mãe-bebé, trazendo repercussões para o desenvolvimento da criança. Uma mãe ansiosa pode ter dificuldades em compreender as necessidades do RN, descodificar o seu choro e as suas carências de amamentação, sono e afeto, o que pode comprometer o bem-estar do bebé<sup>7</sup>.

Analisando a variável número de partos, constatou-se que 43,5% das mulheres eram primíparas e as restantes 56,5% eram múltíparas. Ao testar a relação entre o número de partos e o nível de AP, apesar de não existir significância estatística ( $p=0,27$ ), observou-se uma correlação negativa entre ambas as variáveis, o que sugere que, com o aumento da paridade, o nível de ansiedade das puérperas tende a diminuir.

Estes resultados vão ao encontro de outras pesquisas onde também não se verificou correlação entre a paridade e o nível de AP<sup>15</sup>. Outro autor verificou que as mulheres primíparas, à data da alta, eram mais propensas a ter um valor positivo no STAI do que mulheres múltíparas. Estes dados dão-nos uma percepção clara de que os níveis de ansiedade tendem a diminuir com o aumento da paridade, o que pode de facto estar relacionado com menor ansiedade nos cuidados ao RN<sup>14</sup>.

O nascimento de uma criança traz muitas alegrias, mas a transição para a parentalidade é am-

plamente reconhecida como um momento de mudanças significativas e ansiedade, dado que os novos pais são confrontados com uma série de desafios e mudanças na sua vida<sup>1</sup>.

A literatura tem retratado uma adaptação à parentalidade particularmente difícil para as primíparas, embora para as múltíparas a tensão e a ansiedade resultante desta fase podem advir do processo de incorporação de um novo membro na família preexistente e de ter de cuidar de vários filhos ao mesmo tempo<sup>16</sup>, o que pode justificar que em alguns estudos<sup>16,17</sup> se tenha verificado uma maior ansiedade nas mulheres múltíparas.

Os sintomas psicológicos desenvolvidos pelas mães de primeira viagem podem estar relacionados com as mudanças específicas associadas ao desconhecido da gravidez, do parto e do puerpério. Por outro lado, as maiores dificuldades psicológicas encontradas em múltíparas podem estar relacionadas com a necessidade de ter que conjugar os desafios do novo filho no sistema familiar preexistente<sup>16</sup>.

Tornar-se mãe pela primeira vez é um marco significativo de desenvolvimento na vida da mulher. O nascimento de um filho não é apenas um acontecimento significativo para os casais, mas também preocupa toda a família. As primíparas podem ter um sentimento de incompetência no seu papel materno e necessitar de orientação e apoio para se adaptarem<sup>18</sup>.

A análise inferencial não revelou uma relação estatística entre o tipo de parto e o nível de ansiedade materna ( $p=0,28$ ). No entanto, verificou-se relação entre o tipo de parto e a dimensão ansiedade do SNC ( $p=0,04$ ), constatando-se que as puérperas de parto distócico apresentavam maior nível de ansiedade do SNC. Verificamos ainda que, apesar de não existir significado estatístico, as puérperas de parto distócico apresentavam, na SAS total e em todas as dimensões, um nível de ansiedade superior. Resultados idênticos aos de algumas pesquisas analisadas, onde se constatou que as puérperas de parto distócico apresentavam maior nível de ansiedade (mínima, moderada e grave) em comparação com as puérperas de parto eutócico<sup>7</sup>.

O facto do parto distócico não ser o pla-



neado ou desejado pela mulher pode afetar negativamente o seu estado psicológico. As puérperas podem manifestar sintomas como baixa autoestima, sensação de fracasso, perda de controlo ou deceção, e aliados à necessidade de adaptação às mudanças no estilo de vida após o parto, podem tornar difícil a adaptação à parentalidade<sup>19</sup>.

Por outro lado, o medo de complicações associadas a um parto distócico, nomeadamente dor, infeção da ferida cirúrgica, hemorragia e complicações anestésicas, pode ter efeitos adversos na saúde mental das mulheres<sup>20</sup>.

Os quartos do hospital podem exacerbar ou reduzir a ansiedade dos utentes. De acordo com a teoria do design de suporte de Ulrich, o ambiente hospitalar reduz o stresse se promover perceções de controlo, suporte social e distração positiva<sup>9</sup>. Um ambiente físico hospitalar desconhecido, incontrollável, impessoal, com pouca privacidade, associado muitas vezes à forma mecanizada como as mulheres são tratadas e à falta de apoio familiar, pode ser avaliado como prejudicial e exigente, podendo provocar ansiedade nas utentes<sup>4</sup>.

Na presente pesquisa, a SHEDS obteve um valor médio de 55,15, o que significa que, tendo em conta o intervalo de variação, as puérperas apresentam uma baixa perceção do design do suporte do ambiente hospitalar. Analisando as dimensões da escala tendo em conta os intervalos de variação possíveis, verificamos que a dimensão suporte social obteve a melhor pontuação. Para este facto muito pode ter contribuído o esforço na humanização dos serviços e cuidados de saúde, nomeadamente um regime de visitas alargado, em que a puérpera não se sente tão afastada do seu meio familiar e social.

A dimensão da SHEDS que obteve a pontuação menos favorável foi a dimensão distração positiva. Medidas de distração positiva ajudam as mulheres a atender a outros estímulos para além do desconforto e ansiedade do puerpério<sup>9</sup>.

Quando analisada a relação entre perceção do design do suporte do ambiente hospitalar e a AP, verificou-se não existir correlação entre estas variáveis ( $p=0,07$ ). Em relação às dimen-

sões da escala, constatou-se existir correlação negativa entre a SHEDS e a dimensão ansiedade do SNC, permitindo afirmar que, quanto melhor perceção do ambiente hospitalar as puérperas apresentam, menor ansiedade do SNC, ou seja, menos sintomas como irritabilidade, incapacidade de tomar decisões, incapacidade de se concentrar e perturbações do sono.

A análise inferencial permitiu verificar ainda a existência de correlação negativa da dimensão suporte social da SHEDS tanto com a SAS como com todas as suas dimensões. É relevante salientar que esta dimensão da SHEDS foi aquela em que se verificou a melhor média e apresenta uma correlação negativa significativa com a ansiedade. Isto indica que as puérperas que melhor percebem o apoio social apresentam redução dos níveis de ansiedade nas suas diferentes vertentes.

O suporte social é amplamente reconhecido como um fator psicossocial que influencia resultados em saúde, sendo uma forma de criar um sentimento de pertença, aumentar a autoestima e desenvolver os sentimentos de segurança. Quando as puérperas identificam lacunas no suporte assistencial elas reforçam a importância e a necessidade de orientação e de apoio dos profissionais de saúde. Este apoio é mais evidente nos primeiros dias pós-parto, em que surgem mais dúvidas e dificuldades<sup>18,21</sup>.

Assim, constata-se que o apoio social, nomeadamente da família, dos amigos e dos profissionais de saúde, reduz os níveis de ansiedade das mulheres no pós-parto, facilita a transição para a maternidade e pode ajudar a aumentar a competência dos pais durante o período de transição de papéis<sup>18</sup>.

Na nossa pesquisa, 69,4% das puérperas afirmou ter planeado a gravidez, existindo uma percentagem de 30,6% de mulheres que não fez o seu planeamento. Quando relacionado o planeamento da gravidez e o nível de ansiedade das puérperas, concluiu-se não existir relação entre as variáveis ( $p=0,41$ ). Embora, teoricamente, o planeamento se possa traduzir em menor ansiedade pela inexistência de algo que ocorre de uma forma inesperada e que pode complicar

os planos de vida de uma mulher, o facto é que, para o grupo de participantes deste estudo, parece não ter sido um fator relevante. A mesma evidência foi verificada em outros estudos, onde também não se observou relação entre o planeamento da gravidez e o nível de AP<sup>1,7</sup>.

Apesar de não existir significância estatística, constatamos scores mais elevados de ansiedade nas mulheres que planearam a gravidez, tanto na escala total como nas suas dimensões, com exceção da dimensão ansiedade do SNC. Resultados contrários a outras pesquisas onde foram notados scores mais elevados de ansiedade nas puérperas que não planearam a gravidez<sup>1,7</sup>. Assim, os nossos resultados, podem ser fruto do contexto pandémico em que ocorreu a gestação, marcado por inúmeras limitações e restrições, e em que estas mulheres, porque planearam a gravidez, estão mais conscientes daquilo que poderiam ter que enfrentar.

Das puérperas estudadas apenas 35,3% referem ter participado em CPPP. A baixa frequência nestes cursos pode ser justificada pelo contexto pandémico, que motivou a suspensão de muitos CPPP, bem como a baixa adesão das grávidas dado os múltiplos constrangimentos verificados ao seu funcionamento. Ao analisarmos a relação entre a frequência de CPPP e o nível de AP, verificou-se não existir relação ( $p=0,15$ ). Contudo, verificamos que as mulheres que frequentaram CPPP obtiveram valores superiores de ansiedade na escala global da SAS e em todas as suas dimensões. Estes resultados contraditórios podem advir do anteriormente referido, ou seja, do facto das mulheres já terem conhecimento das muitas limitações de acompanhamento na maternidade, fruto da situação pandémica, e que já sentiram, provavelmente, durante os CPPP.

Sabe-se que a educação pré-natal é importante e benéfica durante o parto e ajuda na preparação para a parentalidade. A preparação para os problemas pós-parto pode reduzir o sofrimento materno e o risco de depressão e AP<sup>18</sup>.

Na análise descritiva da EAPMCCN, observamos uma intensidade média de 4,09, o que nos permite aferir que as puérperas apresentam

uma elevada competência autopercebida dos seus cuidados ao RN. Em relação às dimensões da EAPMCCN, verifica-se que as puérperas apresentam um score superior na dimensão cognitivo-motora (4,12 versus 3,98).

Quando correlacionada a autoperceção materna das competências nos cuidados ao RN com o nível de AP, verificou-se a existência de relação entre as variáveis ( $p<0,001$ ). Se forem analisadas as dimensões de ambas as escalas, conclui-se ainda que há relação entre todas as dimensões da SAS com as dimensões da EAPMCCN. A correlação negativa verificada permite afirmar que as escalas variam no sentido inverso, ou seja, quanto maior a autoperceção materna das competências no cuidar do bebé, menor o nível de ansiedade das mulheres.

Estes resultados corroboram a literatura consultada onde se verificou que quanto mais ansiosas as puérperas se revelam, menos se sentem preparadas para prestar cuidados ao seu RN, tendo o inverso também se verificado. A prestação de cuidados ao RN vem sendo estudada como fator ansiogénico no pós-parto. Os autores referem que há mais ansiedade por parte das mães quando se propõem a realizar os cuidados básicos aos filhos e esse sentimento parece exacerbar-se no momento da alta hospitalar<sup>5,21</sup>.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental para atender às necessidades das grávidas e, sobretudo, prepará-las para o nascimento. Assim, as ações educativas desenvolvidas no período pré-natal permitem às grávidas a aquisição de conhecimentos acerca dos cuidados ao RN, visto que a realidade da puérpera é muitas vezes cercada por medos e anseios que podem interferir com os cuidados ao bebé<sup>6</sup>.

Frente às adversidades do cuidado com o RN, as puérperas necessitam receber orientação, supervisão e esclarecimento de dúvidas. A educação pré-natal deve promover nas grávidas conhecimentos e habilidades sobre os cuidados ao RN, nomeadamente no que se refere à higiene, amamentação, imunização, sono, conforto, cuidados ao coto umbilical e manuseio do bebé<sup>6,22</sup>.

## CONCLUSÃO

O impacto severo de perturbações psicológicas, como a AP, pode provocar consequências não só na mulher, como na relação com o bebé e com o companheiro, interferindo na qualidade de vida e no futuro da família. Por isso, esta investigação considerou-se primordial, tendo como finalidade a intervenção nos fatores modificáveis.

Encontraram-se níveis de ansiedade patológica superiores aos dos restantes autores, o que reforça a importância de se alargar os estudos no reconhecimento da condição, na sua precoce deteção e intervenção.

Globalmente, verificou-se que apenas a percepção materna dos cuidados ao RN influencia o nível de ansiedade das mães. A prestação de cuidados ao RN tem sido estudada como fator ansiogénico puerperal, uma vez que as mães apresentam maior nível de ansiedade quando se propõem a realizar os cuidados básicos aos filhos, principalmente no momento da alta hospitalar.

Analisando pormenorizadamente os resultados da nossa pesquisa, verifica-se que as puérperas de parto distócico apresentam maior nível de ansiedade quando comparadas com as puérperas de parto eutócico. Este facto pode estar associado a dor mais intensa referida pelas mulheres de parto distócico e ao tempo de

recuperação superior.

Constatou-se ainda que as puérperas que melhor percebem o apoio social apresentam redução dos níveis de ansiedade nas suas diferentes vertentes. Nos primeiros dias pós-parto, as mulheres apresentam mais dúvidas e dificuldades, considerando o apoio social recebido dos familiares, amigos e profissionais de saúde de extrema importância, ajudando as puérperas a lidar com a nova condição de ser mãe e com as responsabilidades que daí advêm.

Com o objetivo de reduzir os níveis de AP, os profissionais de saúde devem, durante o internamento, investir no apoio social às puérperas; atender aos seus anseios e permitir que expressem as suas dúvidas e os seus medos, induzindo na mulher menos insegurança na prestação dos cuidados ao bebé.

Este estudo apresentou algumas limitações nomeadamente, o facto de o tamanho da amostra ser reduzido e ter sido desenvolvido em contexto pandémico, o que pode ter influenciado alguns resultados devido a uma série de limitações, incertezas e exigências no acompanhamento da puérpera na maternidade. Destacamos neste contexto, e contrariamente à generalidade da literatura, a ansiedade mais relevante nas puérperas que planearam a gravidez e frequentaram os CPPP.

## Declaração do autor CRediT

Conceptualização do estudo: Pinto, CSP; Almeida, CMT; Castro, JF. Recolha de Dados: Pinto, CSP. Metodologia: Pinto, CSP; Almeida, CMT; Castro, JF. Análise de dados: Pinto, CSP; Almeida, CMT; Castro, JF. Elaboração da redação original: Pinto, CSP. Revisão da redação: Castro, JF. Revisão da redação e edição: Almeida, CMT.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Fiorotti KF, Goulart JM, Barbosa BL, Primo CC, Lima EF, Leite FM. Anxiety in puerperae in high risk maternity hospital [Internet]. *Journal of Nursing*, maio 2019; 13(5): 1300-1307. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a237827p1300-1307-2019>
2. Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: Prevalência e fatores de risco [Internet]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2006; 28(3): 171-176. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/tLfzKPXjNxF7v5j3QV3cprQ/?format=pdf&lang=pt>
3. Leitão M. Alterações psicológicas no puerpério. In Néné M, Marques R, Batista MA, coordenadores. *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 443-454.

4. Fabri I. Nível de ansiedade e depressão em pacientes internados em hospitais gerais: Revisão de literatura [Internet]. *Revista Intellectus*, 2018; 45(1): 44-57. <http://www.revistaintellectus.com.br/artigos/47.570.pdf>
5. Machineski GG, Reis NN, Vieira CS, Toso BR, Caldeira S. Percepção das mães quanto à competência materna nos cuidados domiciliares do recém-nascido prematuro [Internet]. *Saúde (Santa Maria)*, 2018; 44(3): 1-14. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583431627>
6. Delfino JA, Melo AK, Bernardes IA, Diniz AL, Almeida CS, Souza DA. Ações educativas para a gestante no pré-natal acerca dos cuidados com o recém-nascido [Internet]. *Revista Saúde Coletiva*, 2021; 11(63): 5362-5368. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i63p5362-5375>
7. Beltrami L, Moraes AB, Souza AP. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil [Internet]. *Distúrbios da Comunicação*, 2013; 25(2): 229-239. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/16476/12373>
8. Ponciano E, Serra A, Relvas J. Aferição da escala de autoavaliação de ansiedade de Zung, numa amostra de população portuguesa I: Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*, 1982; 3(4): 191-202.
9. Devlin AS. *Environmental psychology and human well-being: Effects of built and natural settings*. Massachusetts: Academia Press; 2018. 444 p. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=uYdqDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=9.+Devlin+AS.+Environmental+psychology+and+human+well-being:+Effets+of+built+and+natural+settings.&ots=-TKDWx-LA&sig=5ZroFmR95tBzHPRot6IWsqEeY&redir\\_esc=y#v=onepage&q=9.%20Devlin%20AS.%20Environmental%20psychology%20and%20human%20well-being%3A%20Effets%20of%20built%20and%20natural%20settings.&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=uYdqDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=9.+Devlin+AS.+Environmental+psychology+and+human+well-being:+Effets+of+built+and+natural+settings.&ots=-TKDWx-LA&sig=5ZroFmR95tBzHPRot6IWsqEeY&redir_esc=y#v=onepage&q=9.%20Devlin%20AS.%20Environmental%20psychology%20and%20human%20well-being%3A%20Effets%20of%20built%20and%20natural%20settings.&f=false)
10. Marques SMN, Sá MGS. (2004). Competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade, Referência, 2004; 11: 33-41. Disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ref\\_11-33a41%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/ref_11-33a41%20(1).pdf)
11. Santos EM, Mendes IM. EAPMCCN: Um instrumento para avaliação das competências maternas auto-percebidas no cuidar do recém-nascido de termo. Referência, 2004; 12: 58-71.
12. Lucchini M, Kyle MH, Sania A, Pini N, Babineau V, Firestein MR, Fernández CR, Shuffrey LC, Barbosa JR, Rodriguez C, Fifer WP, Alcántara C, Monk C, Dumitriu D. Postpartum sleep health in a multiethnic cohort of women during the COVID-19 pandemic in New York City [Internet]. *Sleep Health*, 2022; 8(2): 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2021.10.009>
13. Silva AR, Mangueira SO, Perrelli JG, Rodrigues BH, Gomes RC. Avaliação do diagnóstico de enfermagem padrão de sono prejudicado em puérperas [Internet]. *Revista Cubana de Enfermería*, 2020; 36(1): 1-15. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3033/548>
14. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes [Internet]. *Pediatrics*, 2013; 131(4): 1218-1224. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2147>
15. Yelland J, Sutherland G, Brown SJ. Postpartum anxiety, depression and social health: Findings from a population-based survey of Australian women [Internet]. *BMC Public Health*, 2010; 10(771): 1-11. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/771>
16. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects [Internet]. *Journal of Affective Disorders*, 2011; 132: 146-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.007>
17. Sockol L, Battle CL. Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women's Mental Health*, 2015; 18: 585-593. DOI: 10.1007/s00737-015-0511-6
18. Badrin S, Badrin S, Gopal RLR, Noor SRJ. Effects of guided antenatal education support programs on postnatal depression, social support, and life satisfaction among first-time mothers in Kelantan, Malaysia [Internet]. *Nurse Media Journal of Nursing*, 2021; 11(2): 233-243. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i2.37123>
19. Meko HK, Shaaban MM, Ahmed MR, Mohammed TY. Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study [Internet]. *The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 2019; 32: 3300-3307. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1571572>
20. Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of chinese women with a high cesarean delivery rate [Internet]. *Journal of Women's Health*, 2011; 20(12): 1881-1886. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2842>
21. Cunha BP, Silva IA, Shimoda G., Aragaki IM. Influência do ambiente hospitalar no conforto de puérperas durante a amamentação [Internet]. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 2020; 10(3): 16-25. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003044752>
22. Dias EG, Novaes CC, Santos ER, Silva SX, Alves JC. Conhecimento de gestantes de uma unidade de saúde sobre os cuidados com o recém-nascido [Internet]. *Revista Inova Saúde*, 2019; 9(1): 176-190. <http://dx.doi.org/10.18616/inova.v9i1.3709>

Recebido: 29 maio 2023.

Aceito: 03 agosto 2023.

Publicado: 05 setembro 2023.