



Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE\_2015

**Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: Barreiras e facilitadores no período perinatal**

Sheila Denilsa Fernandes Silva (e-mail: [sheila.d.f.silva@hotmail.com](mailto:sheila.d.f.silva@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e da Doutora Ana Fonseca

## Intenções e Comportamentos Efetivos de Procura de Ajuda das Mulheres para Lidar com Dificuldades Emocionais: Barreiras e Facilitadores no Período Perinatal

### Resumo

**Objetivo:** Este estudo pretendeu analisar as intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda de mulheres portuguesas no período perinatal, com e sem sintomatologia clinicamente significativa, procurando conhecer as principais barreiras e facilitadores da procura de ajuda profissional para lidar com dificuldades emocionais no período perinatal. **Método:** Mulheres a vivenciar uma gravidez e/ou nos primeiros 12 meses do pós-parto ( $N = 243$ ) responderam a um conjunto de instrumentos de autorresposta (e.g., para avaliar sintomas de depressão e ansiedade, literacia sobre depressão, atitudes face à procura de ajuda), através de uma *online survey*. Do total das participantes, 39.5% das mulheres pontuaram para sintomatologia ansiosa e/ou depressiva clinicamente significativa. **Resultados:** Do total de mulheres com sintomatologia clinicamente significativa, 9.4% não procurou nenhum tipo de ajuda e apenas 33.3% recorreu a ajuda formal, verificando-se uma preferência das mulheres em recorrer a fontes de ajuda informais, nomeadamente do companheiro e dos pais. De entre as barreiras e facilitadores estudados, a indiferença ao estigma e a perceção de apoio do companheiro constituíram-se como fortes preditores das intenções de procura de ajuda formal, independentemente da presença ou ausência de sintomatologia clinicamente significativa. A indiferença ao estigma foi o único preditor dos comportamentos efetivos de procura de ajuda formal, nas mulheres com sintomatologia clinicamente significativa. **Conclusões:** Estes resultados elucidam sobre a importância da perceção do apoio do companheiro e da indiferença ao estigma nas intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda formal das mulheres, demonstrando a pertinência de se incluir o companheiro no processo de procura de ajuda e recuperação das mulheres, bem como o papel importante da comunicação social e dos profissionais de saúde, na redução do estigma em torno da depressão perinatal.

**Palavras-chave:** Atitudes; Comportamentos Efetivos de Procura de Ajuda; Depressão Perinatal; Intenções de Procura de Ajuda; Literacia sobre Depressão; Perceção de Apoio do Companheiro.

## Intentions and Actual Help-Seeking Behaviors of Women to Deal with Emotional Difficulties: Barriers and Facilitators in the Perinatal Period

### Abstract

**Objective:** This study examined the intentions and actual help-seeking behaviors of Portuguese women in the perinatal period, with and without clinically significant symptoms, in an attempt to meet the main barriers and facilitators demand for professional help. **Methods:** Women experiencing a pregnancy and/or in the first 12 months postpartum ( $N = 243$ ) completed self-reported questionnaires (e.g., to assess depression and anxiety symptoms, literacy about depression, attitudes towards help-seeking), through an online survey. Of the total of participants, 39.5% of women scored for anxious and/or depressed clinically significant symptoms. **Results:** Of the women presenting clinically significant symptoms, 9.4% did not seek any kind of help and only 33.3% resorted to formal help, verifying a preference for informal sources of help, including the partner and the parents. Among the barriers and facilitators studied, indifference to stigma and perception of partner support were formed as strong predictors of formal help-seeking intentions, regardless of the presence or absence of clinically significant symptoms. Indifference to stigma was the only predictor of actual help-seeking behaviors of demand for formal assistance, in women with clinically significant symptoms. **Conclusions:** These results elucidate the importance of perception of partner support and of indifference to stigma in women's intentions and actual behaviors of seeking formal help, underscoring the relevance of including the partner in the women's help-seeking process and recovery, as well as the important role of the media and health professionals, to reduce the stigma surrounding perinatal depression.

**Keywords:** Actual Help-seeking Behavior; Attitudes; Depression Literacy; Help-seeking Intentions; Perception of Partner Support; Perinatal Depression.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, por me ter acolhido tão bem na sua equipa, pela disponibilidade e pelos conselhos.

À Doutora Ana Fonseca pela orientação tão presente e cuidadosa, pela disponibilidade incansável, pelos conhecimentos transmitidos e pelos conselhos, que me permitiram ultrapassar sempre as minhas dificuldades.

À Dra. Helena Moreira, à Dra. Mariana Moura Ramos, à Dra. Cláudia Melo, à Dra. Susana Santos e ao Dr. Marco Pereira pela disponibilidade e pela partilha de conhecimentos.

A todas as participantes, que através do seu contributo voluntário, permitiram a realização desta investigação.

À Ana Rita e ao Valter, pelos conselhos e incentivos tão pertinentes, pela compreensão e pelo apoio incondicional.

À Rita e à Catarina pela partilha de conhecimentos, pelas palavras amigas, pelo companheirismo e por acreditarem em mim. Foi um prazer partilhar convosco, este ano tão desafiante.

Aos meus familiares, principalmente aos meus pais, irmãos e avó, que tornaram este sonho possível. Obrigado por acreditarem em mim, pelo esforço e pela dedicação.

## Índice

Introdução	1
Artigo: Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: Barreiras e facilitadores no período perinatal	6
Enquadramento Concetual	6
Método	12
Resultados	17
Discussão	23
Conclusão	29
Referências	30

## **Índice de Quadros**

<b>Quadro 1.</b> Estatísticas Descritivas das Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra	<b>13</b>
<b>Quadro 2.</b> Comportamentos Efetivos de Procura de Ajuda, Segundo os Tipos e Fontes de Ajuda	<b>18</b>
<b>Quadro 3.</b> Intenções de Procura de Ajuda: Fontes de Ajuda e Presença/Ausência de Sintomatologia Clinicamente Significativa	<b>18</b>
<b>Quadro 4.</b> Correlações entre as Características Sociodemográficas e Clínicas e Intenções de Procura de Ajuda, Controlando a Presença de Sintomatologia Clinicamente Significativa	<b>20</b>
<b>Quadro 5.</b> Estatísticas Descritivas das Barreiras e Facilitadores da Procura de Ajuda Formal, em Função da Presença/Ausência de Sintomatologia Clinicamente Significativa	<b>21</b>
<b>Quadro 6.</b> Preditores da Intenção de Procurar Ajuda Formal: O Papel Moderador da Presença de Sintomatologia Clinicamente Significativa	<b>22</b>
<b>Quadro 7.</b> Preditores dos Comportamentos Efetivos de Procura de Ajuda Formal: O Papel das Barreiras e dos Facilitadores	<b>22</b>

## Introdução

### Depressão no Período Perinatal

A depressão perinatal afeta entre 10 a 20% das mulheres e engloba a depressão major e minor (Marcus, Flynn, Blow, & Barry, 2003; Bennett et al., 2004). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-5] (2014), a depressão perinatal não constitui uma categoria de diagnóstico específica, podendo apenas codificar-se o Episódio Depressivo Major com o especificador “com início no parto”, caso o início dos sintomas depressivos ocorra durante a gravidez ou nas quatro semanas após o parto. No entanto, é comum circunscrever-se a depressão perinatal ao período que vai desde a gravidez até aos primeiros 12 meses após o parto (Marcus, Flynn, Blow, & Barry, 2003; Bennett et al., 2004). Os critérios de perturbação depressiva major incluem a presença de cinco ou mais dos seguintes sintomas, por um período de, pelo menos, duas semanas: humor deprimido; diminuição clara do prazer ou do interesse em todas ou praticamente todas as atividades; agitação ou lentificação psicomotoras; diminuição ou aumento do apetite; insónia ou hipersónia; fadiga; sentimentos de desvalorização; indecisão e diminuição da capacidade de pensar e de se concentrar; e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio (American Psychiatric Association, 2014).

De entre os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão perinatal, os mesmos podem ser divididos em fatores de risco para desenvolvimento de depressão durante a gravidez e durante o pós-parto. Os fatores de risco apontados na literatura para o desenvolvimento de depressão durante a gravidez são: história prévia de depressão; ausência de um parceiro ou problemas conjugais; falta de suporte social; história prévia de perda gestacional; acontecimentos de vida adversos; e gravidez não planeada ou desejada (Field, 2011). Adicionalmente, Leigh e Milgrom (2008) salientam a importância de outros fatores de risco como baixa autoestima, estilo cognitivo negativo e ansiedade pré-natal.

Relativamente à depressão pós-parto, a presença de um ou mais fatores de risco associados, aumenta a probabilidade de vir a experienciar depressão durante este período (O'Mahony & Donnelly, 2010). Especificamente os estudos têm identificado, segundo a sua magnitude, os seguintes fatores de risco para a depressão pós-parto: a) fatores de risco fortes a moderados - depressão ou ansiedade durante a gravidez, história prévia de depressão, acontecimentos de vida stressantes e falta de suporte social; b) fatores de risco moderados - níveis elevados de stresse com os cuidados prestados ao bebé, dificuldades na relação conjugal, características de personalidade (e.g., neuroticismo), baixa autoestima e temperamento difícil da criança; e c) fatores de risco fracos - complicações obstétricas, baixo estatuto socioeconómico e gravidez não planeada ou desejada (Beck, 2001; Robertson et al., 2004).

De salientar que a depressão durante a gravidez tem sido referida como um dos preditores mais significativos para o desenvolvimento da depressão pós-parto, sugerindo, assim, a existência de continuidade entre a depressão durante a gravidez e no período pós-parto. No seu estudo longitudinal com mulheres deprimidas no período perinatal, Bowen, Bowen, Butt, Rahman e

Muhajarine (2012) sugerem que 21% das mulheres que estavam deprimidas no início da gravidez encontravam-se também deprimidas durante o pós-parto e 27% das mulheres que estavam deprimidas no final da gravidez experienciaram depressão no período pós-parto. Similarmente, Goodman e Tyer-Viola (2010) referem que cerca de metade das mulheres que tiveram pontuações clinicamente significativas de depressão/ansiedade no pós-parto, tinham tido pontuações clinicamente significativas de depressão/ansiedade durante a gravidez. Num outro estudo, realizado por Figueiredo, Pacheco e Costa (2007), 45% das mulheres que estavam deprimidas durante o terceiro trimestre de gravidez continuaram deprimidas no pós-parto. Estes resultados parecem indicar uma progressão dos sintomas de depressão durante a gravidez para o período pós-parto, reforçando a necessidade de adotar abordagens preventivas para a depressão no período perinatal.

A depressão perinatal tem sido associada a consequências adversas para o sistema familiar. Apesar de a literatura dar maior destaque ao estudo dos efeitos negativos da depressão pós-parto, têm sido descritos vários resultados adversos da depressão durante a gravidez. A investigação tem demonstrado que a depressão não tratada durante a gravidez afeta o estado funcional das mulheres, podendo levar a comportamentos de risco como pobre nutrição, baixa capacidade em obter os cuidados pré-natais, envolvimento em comportamentos aditivos (e.g., abuso de substâncias, álcool) e aumento do risco de suicídio (Bonari et al., 2004). A depressão durante a gravidez está ainda associada a complicações obstétricas e resultados adversos no nascimento (e.g., abortos espontâneos, pré-eclampsia, prematuridade, atraso de crescimento neonatal, níveis elevados de cortisol nos bebés; Bonari et al., 2004; Field, 2011; Pearlstein, 2008). Por sua vez, a depressão pós-parto tem sido associada com dificuldades na interação mãe-bebé (Burke, 2003; Letourneau et al., 2012). A revisão dos estudos efetuados com mães deprimidas sugere que estas interagem de forma diferente com os seus filhos, brincando menos tempo e apresentando menor comunicação vocal e visual e menos sorrisos que, por sua vez, levam a interações desajustadas (Field, 2010). Especificamente estas mães parecem ser menos responsivas para com as crianças, tendendo a não modificar o seu comportamento consoante o comportamento das mesmas e demonstrando-se menos atentas ao estado emocional dos seus filhos. Adicionalmente podem ainda ser agressivas, facilmente irritáveis e proferir comentários críticos, chegando mesmo a serem hostis e rejeitantes, em relação aos seus filhos (Burk, 2003). A sintomatologia depressiva tem sido ainda associada com abuso e negligência, interferindo com a amamentação (e.g., descontinuação precoce), com os cuidados de bem-estar do bebé (e.g., vacinação) e com as práticas de segurança (e.g., utilização da cadeirinha de bebé no carro; Field, 2010; O'Hara & McCabe, 2013).

Adicionalmente, a literatura aponta para a possibilidade de consequências a longo prazo nos bebés, como por exemplo, problemas de sono, prejuízos de linguagem e cognitivos, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, problemas comportamentais e emocionais, bem como desenvolvimento de psicopatologia e criminalidade (Bonari et al., 2004; Field, 2010, 2011; Letourneau et al., 2012; O'Hara & McCabe, 2013; Pearlstein,

2008). As crianças cujas mães estão deprimidas no pós-parto têm maior probabilidade de apresentar uma vinculação insegura, mais problemas de saúde (e.g., infecções gastrointestinais e do sistema respiratório), desenvolvimento de linguagem e intelectual mais pobres e desenvolvimento de psicopatologia externalizante e internalizante (O'Hara & McCabe, 2013).

A literatura refere ainda, a influência negativa que a depressão pós-parto pode ter no funcionamento familiar e nas relações interpessoais, podendo aumentar a probabilidade de conflitos conjugais, divórcios e de desenvolvimento de depressão no companheiro (Burke, 2003; Goodman, 2008; Letourneau et al., 2012).

Na tentativa de compreender e explicar o desenvolvimento da depressão pós-parto, Milgrom, Martin e Negri (1999) desenvolveram o modelo biopsicossocial, tendo por base as perspectivas biológicas e os modelos compreensivos originais da depressão. Desta forma, o modelo biopsicossocial engloba os seguintes fatores na compreensão da depressão pós-parto: a) fatores de vulnerabilidade; b) fatores precipitantes; c) fatores que exacerbam e mantêm o problema; e d) fatores socioculturais. Os fatores de vulnerabilidade decorrem do fato de algumas mulheres serem mais susceptíveis de desenvolver depressão pós-parto do que outras. Referem-se a aspetos que estão presentes desde muito cedo na vida das mulheres (e.g. estilos cognitivos e de personalidade; experiências familiares na infância), assim como a aspetos que se manifestaram mais recentemente (e.g., perturbações psiquiátricas; acontecimentos de vida negativos). Os fatores precipitantes, por sua vez, são os acontecimentos que ocorrem durante a gravidez e que funcionam como *triggers* da depressão pós-parto. Especificamente, incluem acontecimentos indutores de stresse antes, durante e após a gravidez (e.g., complicações obstétricas, problemas financeiros, exigências da prestação de cuidados), tendo em ainda conta, o papel de variáveis moderadoras do stresse (e.g., apoio social) e de fatores biológicos (e.g., alterações hormonais). Apesar destes fatores precipitarem o aparecimento de depressão pós-parto nas mulheres mais vulneráveis, outros fatores também devem ser considerados, na compreensão desta psicopatologia. A forma como as mulheres e a sua rede de suporte (e.g., parceiro, familiares, amigos) reagem à depressão pode exacerbá-la ou mantê-la, através de respostas cognitivas (e.g., pensamentos sobre inadequação), afetivas (e.g., culpa, raiva, ansiedade, frustração) e comportamentais (e.g., capacidades parentais pobres; dificuldades na interação mãe-bebé) negativas. Por sua vez, os fatores socioculturais referem-se a mitos e crenças irrealistas sobre a maternidade, que tanto podem contribuir para precipitar a depressão pós-parto, como para exacerbá-la ou mantê-la. De salientar a importância dada às cognições, em todos os estágios deste modelo, uma vez que se constituem como mais importantes que a realidade objetiva. Desta forma a avaliação cognitiva ou a perceção dos eventos de vida negativos, do suporte social e das expectativas culturais tornam-se essenciais no desenvolvimento, exacerbação e manutenção dos sintomas depressivos (Milgrom, Martin, & Negri, 1999).

Face às consequências adversas da depressão perinatal, têm sido desenvolvidas diversas opções de tratamento, que podem incluir psicoterapias individuais ou em grupo, terapias complementares e psicofarmacologia. As

intervenções psicoterapêuticas para a depressão perinatal que se têm revelado eficazes assentam predominantemente em modelos psicoterapêuticos como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a psicoterapia interpessoal, ou as terapias psicodinâmicas, podendo também incluir o aconselhamento e psicoeducação (Horowitz & Goodman, 2005). Neste âmbito, também o aconselhamento conjugal tem sido referido como eficaz na redução dos sintomas depressivos e aumento do bem-estar materno (Muzik & Borovska, 2010). Relativamente às terapias complementares (e.g., exercício físico, massagem, acupuntura e yoga), a sua eficácia e segurança ainda necessitam de mais investigação (Horowitz & Goodman, 2005; Muzik & Borovska, 2010; Pearlstein, 2008). No que concerne à terapia psicofarmacológica os antidepressivos são comumente utilizados no tratamento da depressão perinatal. Em mulheres grávidas, a fluoxetina e o citalopram são referidos como tratamentos de primeira linha (Muzik & Borovska, 2010), enquanto a paroxetina, a sertralina e a norepinefrina têm sido considerados os fármacos mais adequados para as mulheres durante a amamentação (O'Hara & McCabe, 2013).

Neste sentido, existem abordagens farmacológicas e não farmacológicas que se têm demonstrado eficazes e que podem ser combinadas, por forma a facilitar a obtenção dos objetivos terapêuticos e permitir uma resolução do problema mais eficaz (Horowitz & Goodman, 2005). Uma meta-análise realizada por Bledsoe e Grote (2006) sugere que, de entre as intervenções testadas para o tratamento de depressão perinatal, a medicação sozinha ou em combinação com TCC, apresentam uma maior magnitude de efeito, seguidos da terapia de grupo baseada na TCC, da psicoterapia interpessoal e da TCC. Embora ambos os tratamentos se demonstrem eficazes, o fato de as mulheres estarem grávidas ou a amamentar, leva a uma preferência pelas abordagens psicoterapêuticas, comparativamente com o tratamento farmacológico, durante o período perinatal (Goodman, 2009; Lara, Navarrete, Nieto, & Berenzon, 2014; O'Mahen & Flynn, 2008; Whitton, Warner, & Appleby, 1996).

### **Comportamentos de Procura de Ajuda para Lidar com Problemas Emocionais**

Os comportamentos de procura de ajuda referem-se à capacidade de procurar ativamente a ajuda de outras pessoas e comunicar com as mesmas, com o intuito de obter compreensão, aconselhamento, tratamento e suporte geral, em resposta a um problema ou experiência dolorosa (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). A procura de ajuda resume-se a uma estratégia de *coping* para lidar com um problema, que depende da ajuda de outras pessoas e que, geralmente, implica relações sociais e capacidades interpessoais (Rickwood et al., 2005).

Desta forma, podemos considerar duas fontes principais de procura de ajuda, informal e formal, consoante o nível de familiaridade com a fonte a que a pessoa recorre. Contudo dada a variedade de fontes a que os indivíduos podem pedir ajuda, Rickwood e Thomas (2012) propuseram a divisão das mesmas, em quatro categorias: informal, semiformal, formal e autoajuda. A procura de ajuda a fontes informais operacionaliza-se através das relações

sociais informais (e.g., familiares e amigos), enquanto a procura de ajuda formal refere-se à solicitação de ajuda a fontes profissionais, com o devido reconhecimento e formação, para prestar ajuda (e.g., profissionais de saúde e de saúde mental; Rickwood et al., 2005). Por outro lado, as fontes de ajuda semiformal referem-se a profissionais que não têm um papel especializado na prestação de cuidados de saúde mental (e.g., pastor/padre, professor), enquanto a autoajuda surge num contexto de avanços tecnológicos, que possibilitam solicitar ajuda de fontes que não exigem o contato direto com outras pessoas (e.g., informação de um *site* da internet; Rickwood & Thomas, 2012).

Rickwood et al. (2005) sugerem ainda, que o processo de procura de ajuda para problemas de saúde mental se operacionaliza através da passagem do domínio pessoal (e.g., pensamentos, sentimentos) para o domínio interpessoal (e.g., relações sociais). Desta forma, estes autores propõem um modelo de procura de ajuda, que engloba os seguintes fatores: a) consciência; b) capacidade de expressar sintomas e da necessidade de ajuda; c) disponibilidade de fontes de ajuda; e d) vontade de procurar e partilhar com as fontes de ajuda. Numa fase inicial do processo dá-se a consciência, pelo indivíduo, da presença dos sintomas e a avaliação do problema, que poderá requerer intervenção para sua resolução. Esta consciência e avaliação do problema deverá dar lugar à capacidade de expressar os sintomas por parte do indivíduo, através de palavras que permitam que as fontes de ajuda os compreendam. De igual forma é importante que estas fontes estejam disponíveis e acessíveis para responder à necessidade de ajuda requerida. Por fim, o indivíduo deve ter vontade de procurar e revelar o seu estado interno a essas fontes, num processo que assume progressivamente uma natureza interpessoal (Rickwood et al., 2005).

## **Intenções e Comportamentos Efetivos de Procura de Ajuda das Mulheres para Lidar com Dificuldades Emocionais: Barreiras e Facilitadores no Período Perinatal**

As mulheres têm duas vezes mais probabilidades de desenvolver depressão do que os homens ao longo da vida (Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, & Nelson, 1993), correspondendo o período fértil e o pós-parto, a períodos de risco acrescido para o desenvolvimento desta condição clínica (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors, & Mortensen, 2006). Em Portugal, a prevalência de depressão perinatal parece ser semelhante à encontrada noutros países; por exemplo, num estudo que incluía dados de diversos países da Europa, 9.5% das mulheres portuguesas estavam deprimidas durante a gravidez e 9.4% no pós-parto, sendo a média europeia de 8.7% e 6.6% respetivamente (Gorman et al., 2004). Outros estudos referem uma prevalência de depressão de 13.7%, no período pós-parto, em Portugal (Costa, Pacheco, & Figueiredo, 2007). A depressão durante a gravidez compromete a capacidade funcional das mães e a sua propensão para procurar e efetuar os cuidados pré-natais necessários, repercutindo-se em complicações obstétricas, com consequências negativas a longo prazo nas crianças (Bonari et al, 2004; Field, 2011). Por sua vez, a depressão pós-parto parece ter um impacto negativo na relação mãe-bebé e no desenvolvimento cognitivo, comportamental e socio-emocional da criança (Letourneau et al., 2012), aumentando ainda a probabilidade de desenvolvimento de depressão no outro membro do casal (Burke, 2003; Goodman, 2008; Letourneau et al., 2012).

Dada a gravidade das consequências da depressão perinatal, torna-se essencial a sua prevenção e o estabelecimento de uma intervenção adequada às dificuldades específicas deste período. Apesar dos efeitos adversos para a mãe, bebé e familiares (Bonari et al., 2004; Burke, 2003; Letourneau et al., 2012), poucas mulheres procuram ajuda profissional para lidar com problemas de saúde mental neste período (McGarry, Kim, Sheng, Egger, & Baksh, 2009); ou se envolvem proactivamente nos tratamentos (Dennis & Chung-Lee, 2006; Sharma & Sharma, 2012), tornando as consequências da depressão ainda mais adversas (Righetti-Veltima, Bousquet, & Manzano, 2003). Henshaw, Sabourine e Warning (2013) no seu estudo com mulheres no período perinatal verificaram que menos de metade das participantes com sintomas de depressão e ansiedade elevados recebeu algum tipo de tratamento proveniente de fontes formais (e.g., profissionais de saúde mental). Mayberry, Horowitz e Declercq (2007) referem que aproximadamente 57% das mulheres com sintomas depressivos moderados a severos afirmam não procurar ajuda profissional durante o período pós-parto. De igual forma, McGarry et al. (2009) verificaram que 60.5% das mulheres com depressão pós-parto não procurou nenhum tipo de ajuda profissional. Desta forma, mesmo existindo vários momentos de interação com os profissionais de saúde, durante o período pós-parto, existe uma relutância por parte das mulheres em obter assistência profissional (Robinson & Young, 1982) ou partilhar os seus problemas emocionais, especificamente relacionados com depressão (Brown & Lumley, 2000).

Numa tentativa de melhor conhecer e compreender os comportamentos

Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: Barreiras e facilitadores no período perinatal  
Sheila Denilsa Fernandes Silva (e-mail: sheila.d.f.silva@hotmail.com) 2015

de procura de ajuda das mulheres no período perinatal alguns estudos têm vindo a ser desenvolvidos. A investigação tem consistentemente reportado a preferência das mulheres em recorrer a fontes de ajuda informal (e.g. procura de conselhos e suporte da família e amigos ou material impresso), em vez de procurar ajuda profissional (O'Mahen & Flynn, 2008). Scholle e Kelleher (2003) referem que 33% das mulheres em idade reprodutiva preferem obter informações sobre questões de saúde mental provenientes de fontes informais (e.g. materiais impressos e amigos) e 5% não quer qualquer tipo de aconselhamento sobre saúde mental. Das mulheres que querem receber informação sobre saúde mental através de fontes formais, 25% indicaram que as suas preferências recaíam nos profissionais de saúde mental, 23% no obstetra/ginecologista e 14% no médico de clínica geral. Num outro estudo incluindo mulheres grávidas em risco de depressão, O'Mahen e Flynn (2008) verificaram que a procura de aconselhamento informal, junto de pessoas que constituem a sua rede de suporte social, é mais comum do que a solicitação de aconselhamento formal por parte de profissionais de saúde ou profissionais de saúde mental. Similarmente, Henshaw et al. (2013) analisaram os comportamentos de procura de ajuda de mulheres em risco de depressão e ansiedade perinatal, verificando que 83% dos participantes consultaram os seus amigos e familiares sobre os seus sintomas, enquanto 33.3% consultaram profissionais de saúde mental. Um estudo recente refere que, mesmo quando as mulheres reconhecem a sua sintomatologia, optam por estratégias de autoajuda desadaptativas (e.g., recurso ao álcool e ao tabaco) como meio de aliviar a sua angústia, ao invés de procurar ajuda formal (Guy, Sterling, Walker, & Harrison, 2014).

No entanto, são necessários mais estudos para conhecer especificamente as fontes informais e formais a que as mulheres preferencialmente recorrem para lidar com os seus problemas emocionais no período perinatal. Adicionalmente é importante investigar não apenas as intenções de procura de ajuda das mulheres, como também os seus comportamentos efetivos de procura de ajuda. Considerando que as intenções de procura de ajuda não são um preditor perfeito dos comportamentos de procura de ajuda efetivos (Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006; Schomerus & Angermeyer, 2008), é necessário investigar quais os fatores que desempenham um papel determinante neste processo, durante o período perinatal.

A par do supracitado, existe alguma evidência de que os comportamentos de procura de ajuda no período perinatal variam em função de características sociodemográficas. O estudo de Herrick (2002) sugere que as mães primíparas, mais jovens e com níveis de educação mais baixos procuravam menos ajuda para lidar com a depressão comparativamente com as mulheres múltíparas, mais velhas e com níveis de escolaridade superior. Contrariamente, os resultados do estudo de McGarry et al. (2009) não suportam as hipóteses anteriormente mencionadas; apesar de terem sido encontradas diferenças em função da idade e do nível educacional, estas variáveis não se constituíram como fortes preditores dos comportamentos de procura de ajuda formal entre as mulheres que apresentam sintomas

depressivos no pós-parto. Face a esta inconsistência, este é um aspeto que deve ser melhor investigado. Identificar as características sociodemográficas que se associam com comportamentos de procura de ajuda menos frequentes, poderá facilitar a identificação das mulheres com menor probabilidade de pedir ajuda formal para lidar com dificuldades emocionais, e delinear estratégias específicas para esses casos.

A literatura tem apontado um conjunto de barreiras e potenciais facilitadores da procura de ajuda formal para lidar com problemas de saúde mental (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010). Especificamente, as barreiras e os facilitadores à procura de ajuda, constituem-se como fatores que respetivamente dissuadem ou persuadem as mães na obtenção de ajuda em relação à sua sintomatologia depressiva (Dennis & Chung-Lee, 2006). No que concerne às barreiras, os estudos realizados com mulheres no período perinatal, referem a importância das barreiras estruturais (e.g., constrangimentos financeiros e falta de tempo), atitudinais (e.g., estigma) e de conhecimento (e.g., literacia sobre saúde mental) na procura de tratamento (Dennis & Chung-Lee, 2006; Mayberry et al., 2007; O'Mahen & Flynn, 2008; Sareen et al., 2007).

Relativamente às barreiras atitudinais, parece existir uma associação significativa entre as atitudes relativas à depressão (e.g., estigma pessoal: “a depressão é um sinal de fraqueza pessoal”) e as atitudes relativas à procura de ajuda (abertura para procurar ajuda profissional, valor da ajuda profissional; Coppens et al., 2013), na medida em que as atitudes negativas acerca da depressão influenciam a propensão dos indivíduos para procurarem a assistência profissional necessária. Deste modo, estudos na população geral referem que o estigma pessoal tem vindo a ser considerado uma das barreiras atitudinais mais proeminentes na procura de ajuda para lidar com problemas de saúde mental, correlacionando-se negativamente com a abertura dos indivíduos para fazê-lo (Coppens et al., 2013). Certas características sociodemográficas parecem estar associadas com as atitudes em relação à depressão e a procura de ajuda profissional: as pessoas mais velhas e níveis baixos de educação associam-se com maior estigma pessoal e atitudes negativas em relação à procura de ajuda (Coppens et al., 2013).

No contexto da população perinatal, vários estudos têm sugerido que o estigma percebido em relação à depressão pós-parto dificulta o reconhecimento da presença de sintomatologia e a procura ajuda. Uma vez que ter um bebé é geralmente considerado um momento de alegria, os sintomas depressivos podem ser particularmente susceptíveis de estigma e as mulheres demonstram-se relutantes em falar de depressão durante o período perinatal (Goodman, 2009). Referem ainda sentir vergonha em relação aos sintomas depressivos, que interpretam como sinais de fracasso pessoal e incapacidade de serem boas mães (Abrams, Dornig, & Curran, 2009; Letourneau et al., 2007). Na tentativa de preservarem uma boa imagem enquanto mães, tendem a não admitir que podem estar a sofrer de depressão e procuram esconder a sua angústia dos familiares e amigos (Abrams et al., 2009). Esta relutância em procurar e aceitar ajuda, prende-se ainda, com o medo de serem diagnosticadas com uma perturbação mental e das implicações

que isso pode ter do ponto de vista legal (e.g., perda do poder paternal; Chan & Levy, 2004; Dennis & Chung-Lee, 2006; Goodman, 2009; Letourneau et al., 2007; Robinson & Young, 1982).

Adicionalmente, a investigação tem evidenciado que as mulheres no período perinatal percebem dificuldades em comunicar com os profissionais de saúde, nomeadamente por sentirem vergonha e receio que os seus sintomas não sejam compreendidos, preferindo lidar com os sintomas sozinhas e acreditar que os mesmos vão remitir espontaneamente (Woolhouse, Brown, Krastev, Perlen, & Gunn, 2009). Quando existe a procura de ajuda formal por parte das mulheres, estas tendem a considerar as respostas dos profissionais como não satisfatórias, considerando que lhes dão uma atenção superficial, não valorizam os seus sintomas e preferem prescrever medicação em vez de ouvir as suas preocupações. Estas experiências resultam em atitudes negativas em relação aos profissionais de saúde e em relutância em procurar ou prosseguir o tratamento (Abrams et al., 2009; Guy et al., 2014).

As barreiras de conhecimento têm sido apontadas como um dos mais importantes obstáculos à procura de ajuda das mulheres durante o período perinatal; estas barreiras incluem a falha em reconhecer os sinais e sintomas da depressão (Dennis & Chung-Lee, 2006; Mayberry et al., 2007; Patel & Wisner, 2011) e a falta de conhecimento relativo aos serviços de saúde mental, nomeadamente, profissionais de saúde apropriados e tipos de tratamentos disponíveis (Gulliver et al., 2010; O'Mahen & Flynn, 2008). De forma consistente, a investigação demonstra que as mulheres percebem dificuldade em distinguir entre as reações emocionais normativas da transição para a parentalidade e os sintomas de depressão pós-parto (Abrams et al., 2009; Bilszta, Ericksen, Buist, & Milgrom, 2010; McCarthy & McMahon, 2008). Num estudo que incluía mulheres com sintomatologia depressiva no período pós-parto, Whitton et al. (1996) verificaram que apesar de 97% das mulheres terem reconhecido sentirem-se diferentes do seu habitual, apenas 25% acreditaram que tinham depressão pós-parto e a maioria delas (55%) considerou que os sintomas não eram graves o suficiente para ser considerada depressão. Neste estudo, as mães primíparas e de níveis sociais mais altos foram menos capazes de reconhecer que estão a sofrer de depressão pós-parto. Neste contexto, a investigação tem demonstrado que há uma tendência para minimizar ou normalizar os sintomas, atribuindo a suas causas a alterações do meio ambiente, como cansaço, problemas com outros membros da família (e.g., o parceiro, o bebé ou outro filho; Callister, Beckstrand, & Corbett, 2011; Whitton et al., 1996), ou ao stresse normal característico do pós-parto (Abrams et al., 2009). De facto, algumas mulheres com depressão pós-parto referem que só foram capazes de identificar a sua sintomatologia quando os amigos ou familiares as confrontaram sobre as suas mudanças de comportamento (Guy et al., 2014; Letourneau et al., 2007). Neste sentido, a literatura existente aponta para a necessidade do aumento dos níveis de literacia sobre saúde mental, definida como o “conhecimento e crenças sobre perturbações mentais que ajudam o seu reconhecimento, gestão ou prevenção” (Jorm et al., 1997a, p.182), especificamente no que diz respeito à literacia sobre problemas de saúde mental no período perinatal. Um estudo recente, realizado na população

geral, sugere que os indivíduos possuem maior conhecimento acerca da saúde mental pós-natal (e.g., consequências para a mãe, bebê e familiares) do que acerca da saúde mental pré-natal (e.g., influência de história prévia de depressão e ansiedade; consequências para o bebê), sobretudo no que diz respeito ao reconhecimento das consequências adversas para o bebê (Kingston et al., 2014). Os participantes mais velhos e aqueles que não possuíam escolaridade acima do ensino secundário apresentaram respectivamente, níveis de conhecimento de saúde mental pré e pós-natal significativamente mais baixos (Kingston et al., 2014). Apesar de a literatura apontar a literacia e o estigma como principais barreiras à procura de ajuda profissional, a maioria dos estudos são do tipo qualitativo ou apenas descritivos, não avaliando o peso relativo destas barreiras, nas intenções e nos comportamentos efetivos de procura de ajuda formal, especificamente no período perinatal.

No que concerne aos facilitadores da procura de ajuda, estes têm sido consideravelmente menos investigados do que as barreiras à procura de ajuda. Não existem, segundo o nosso conhecimento, estudos que se tenham focado exclusivamente nos facilitadores de procura de ajuda no período perinatal. Segundo a literatura existente sobre esta temática, a investigação na população geral evidencia: a) o papel das experiências anteriores positivas com profissionais de saúde mental, que contribuem para um aumento da literacia em saúde mental; e b) o papel do suporte social e do incentivo por parte de outros, que podem ajudar a reduzir o estigma relativo a procurar ajuda profissional (Gulliver et al., 2010). Apesar de não existirem estudos focados no período perinatal, um estudo na população geral sugere que contatos prévios com profissionais de saúde mental predizem a sua utilização posterior, sugerindo que as mulheres orientam a sua procura de ajuda para problemas de saúde mental com base na familiarização que têm com os tratamentos (Alvidrez & Azocar, 1999). Desta forma, a literatura aponta para a importância da natureza da relação entre as mães e os profissionais de saúde, uma vez que esta se associa com a obtenção ou não de tratamento (Thome, 2003) ou com a sua prossecução (Abrams et al, 2009).

De salientar, igualmente, as potenciais influências sociais no processo de procura de ajuda, nomeadamente no seu encorajamento (Rickwood et al., 2005). Henshaw et al. (2013) verificaram que, de entre as pessoas que prestam suporte social às mulheres durante o período perinatal, os maridos/companheiros (41.7%) e as mães (23.5%) foram mencionados como sendo os que mais expressavam preocupação com os sintomas depressivos das mulheres, estando geralmente bem informados acerca das ações de procura de ajuda das mesmas. Os companheiros podem ter um papel importante na prevenção da depressão pós-parto, ao encorajar as mulheres a procurar ajuda quando estas experienciam os primeiros sintomas da condição clínica (Dennis & Ross, 2006). No estudo de Abrams et al. (2009), mulheres que já tinham experienciado sintomas de depressão pós-parto referiram que os seus amigos e familiares não só lhes prestaram apoio instrumental e emocional, como as aconselharam a procurar ajuda profissional. Metade das mulheres que foram aconselhadas a procurar ajuda formal, sobretudo pelos seus companheiros e familiares, realizaram comportamentos efetivos de procura de ajuda (Abrams

et al., 2009). Porém, apesar de se considerar que o suporte social tem um papel no encorajamento ou desencorajamento da procura de ajuda, são necessários mais estudos sobre o seu impacto (Rickwood et al., 2005), especificamente no período perinatal. Dada a importância do papel do companheiro neste período, no que respeita ao potencial auxílio instrumental (e.g., partilha na prestação de cuidados do bebé e noutras responsabilidades familiares) e emocional (e.g., escuta empática e aconselhamento) que pode prestar (Pilkington, Milne, Cairns, Lewis, & Whelan, 2015), é importante conhecer de que forma, em particular, o encorajamento do companheiro pode influenciar a procura de ajuda da mulher.

Segundo o nosso conhecimento, na generalidade dos estudos realizados os facilitadores e as barreiras foram estudados separadamente, não sendo conhecido a sua influência relativa nas intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres no período perinatal, nem a forma como as diferentes barreiras e facilitadores interagem entre si. Adicionalmente, alguns destes estudos foram conduzidos na população geral, não estando claro o papel da presença de sintomatologia clinicamente significativa no processo efetivo de procura de ajuda. A par do anteriormente referido, a maioria das investigações existentes foi realizada em contextos anglo-saxónicos, e os seus resultados não podem ser totalmente generalizados para outras populações, devido às diferenças culturais (Bashiri & Spielvogel, 1999; Halbreich & Karkun, 2006). Dada a prevalência da depressão perinatal em Portugal, é necessário compreender a influência relativa destas barreiras e facilitadores nas intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres portuguesas no período perinatal.

Este estudo tem como objetivos gerais: 1) Caracterizar as intenções e os comportamentos efetivos de procura de ajuda para lidar com problemas de saúde mental, em mulheres no período perinatal, com e sem sintomatologia clinicamente significativa; e 2) Conhecer as principais barreiras (atitudes em relação à procura de ajuda, literacia sobre depressão) e facilitadores (experiências prévias de tratamento, perceção de apoio do companheiro) à procura de ajuda profissional para lidar com problemas de saúde mental no período perinatal. Para o primeiro objetivo foram definidos os seguintes objetivos específicos: caracterizar os comportamentos efetivos de procura de ajuda de mulheres com sintomatologia ansiosa e depressiva clinicamente significativa; caracterizar as intenções de procura de ajuda de mulheres considerando os tipos de fontes de ajuda (formal, semiformal, informal e autoajuda) e a ausência ou presença de sintomatologia clinicamente significativa; examinar a associação entre intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda de mulheres com sintomatologia clinicamente significativa; e entre características sociodemográficas (i.e., estado civil, idade, rendimento, escolaridade, situação profissional, meio residência) e clínicas (i.e., multiparidade, gravidez/pós-parto, história prévia psicopatologia) e as intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda. No que respeita ao segundo objetivo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: caracterizar as principais barreiras e facilitadores, em função da ausência ou presença de sintomatologia clinicamente significativa;

examinar o papel de diferentes barreiras e facilitadores nas intenções de procura de ajuda formal, em função da presença/ausência de sintomatologia clinicamente significativa; e examinar o papel de diferentes barreiras e facilitadores nos comportamentos efetivos de procura de ajuda, em mulheres com sintomatologia clinicamente significativa.

## Método

### Procedimento

Foi realizado um estudo transversal, com recurso a uma *survey online* que tinha como objetivo caracterizar as intenções e os comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres portuguesas no período perinatal. O referente estudo seguiu os procedimentos éticos para a investigação com seres humanos (Declaração de Helsínquia, American Psychiatric Association) e foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

As participantes deste estudo foram recrutadas entre Novembro de 2014 e Março de 2015, através de anúncios publicados em redes sociais e em *websites* ligados à temática da gravidez e da maternidade. Os anúncios continham informação sobre os objetivos e responsáveis do projeto de investigação, assim como o *weblink* para a *online survey* (alojada na plataforma *limesurvey*, no *website* da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Após aceder ao *link*, as participantes deram o seu consentimento para participar no estudo (respondendo à pergunta: “Aceita participar neste estudo?”) e responderam, de seguida, a um conjunto de questionários de auto-resposta. As participantes foram selecionadas segundo os seguintes critérios de inclusão: (1) ter idade superior a 18 anos; (2) ter nacionalidade portuguesa e nível de compreensão da língua portuguesa que possibilitasse o preenchimento do protocolo de avaliação; e (3) mulheres a vivenciar uma gravidez e/ou que tenham tido um bebé nos últimos 12 meses.

### Participantes

A amostra foi constituída por 243 mulheres no período perinatal, com idades compreendidas entre 18 e os 41 anos ( $M = 30.08$ ;  $DP = 4.09$ ), maioritariamente casadas ou a viver em união de facto (83.1%). Mais de metade da amostra tinha ensino superior (62%); residia em meio urbano (79%); tinha um rendimento mensal igual ou superior a 1000€ (65%); e estava atualmente empregada (72.4%). Do total de participantes, 28.8% das mulheres estavam grávidas ( $M = 24.49$  semanas de gestação;  $DP = 11.02$ ) e 70.4% das mulheres encontravam-se no período pós-parto ( $M = 5.60$  meses pós-parto,  $DP = 3.50$ ), sendo na sua maioria, primíparas (67.5%). Relativamente às múltiparas (32.5%), o número médio de filhos é de 1.21 ( $DP = 0.59$ ). Apenas 35.4% das participantes referiram ter história psiquiátrica prévia (cf. Quadro 1).

Neste estudo, 39.5% ( $n = 96$ ) das mulheres pontuaram para sintomatologia ansiosa e/ou depressiva clinicamente significativa (mulheres

que pontuaram na EADH > 8 e/ou no EPDS > 9, de acordo com Pais-Ribeiro et al., 2007 e Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996, respetivamente).

#### Quadro 1

*Estatísticas Descritivas das Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra (N = 243)*

	<i>n</i>	(%)
<b>Escolaridade</b>		
5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> ano (segundo ciclo do ensino básico)	1	(0.4)
7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> ano (terceiro ciclo do ensino básico)	16	(6.6)
10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> ano (ensino secundário)	76	(31.3)
Licenciatura (ensino universitário)	106	(43.6)
Mestrado	41	(16.9)
Doutoramento	3	(1.2)
<b>Estado civil</b>		
Solteira	37	(15.2)
Casada/em união de facto	202	(83.1)
Separada/Divorciada	4	(1.6)
<b>Situação profissional</b>		
Empregada	176	(72.4)
Desempregada	63	(25.9)
Estudante	4	(1.6)
<b>Rendimento</b>		
Menos de 500€	15	(6.2)
500€ a 1000€	70	(28.8)
1000€ a 2000€	108	(44.4)
2000€ a 3500€	40	(16.5)
Mais de 3500€	10	(4.1)
<b>Residência</b>		
Meio rural	51	(21.0)
Meio urbano	192	(79.0)
<b>Período perinatal</b>		
Grávida	70	(28.8)
Pós-parto	171	(70.4)
<b>Paridade</b>		
Primípara	164	(67.5)
Múltipara	79	(32.5)
<b>História psiquiátrica</b>		
Sim	88	(35.4)
Não	157	(64.6)

#### Medidas

##### **Caraterísticas sociodemográficas e clínicas.**

Os dados sociodemográficos foram recolhidos através de um conjunto de questões relativas a idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, área de residência (urbana/rural). As participantes responderam, igualmente, a questões que pretendiam recolher informação clínica, nomeadamente: a) se estava atualmente grávida (devendo, em caso afirmativo, indicar a idade gestacional) ou se teve um bebé nos últimos doze meses (indicando o número de meses do bebé); b) paridade (existência de outros filhos); e c) se no passado, teve algum problema psiquiátrico, neurológico ou psicológico (e.g., depressão, ansiedade).

Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: Barreiras e facilitadores no período perinatal  
Sheila Denilsa Fernandes Silva (e-mail: sheila.d.f.silva@hotmail.com) 2015

### **Sintomatologia depressiva.**

A sintomatologia depressiva foi avaliada através da versão portuguesa do *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox et al., 1987; Augusto et al., 1996), um questionário de autorresposta que avalia a intensidade dos sintomas depressivos nos últimos sete dias, em mulheres grávidas ou no pós-parto. O EPDS é composto por 10 itens (“Tenho estado nervosa ou preocupada sem motivo”), com uma escala de resposta de 4 pontos. Pontuações superiores indicam maior intensidade dos sintomas depressivos. Uma pontuação superior a 9 indica a presença provável de um episódio depressivo major (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996). Neste estudo, o alfa de Cronbach foi de .91.

### **Sintomatologia ansiosa.**

A sintomatologia ansiosa foi medida através da versão portuguesa da *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* (EADH; Snaith & Zigmond, 1994; Pais-Ribeiro et al., 2007), um questionário de autorresposta que avalia os níveis de ansiedade e depressão sentidos, na última semana. A EADH é composta por 14 itens, com uma escala de resposta de 4 pontos (0-3). Encontra-se dividida na subescala de ansiedade, composta por 7 itens (“Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer”); e na subescala de depressão, composta pelos restantes 7 itens (“Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico”). Nas duas subescalas as pontuações podem variar entre 0 e 21 pontos. Uma pontuação superior a 8 é considerada pelos autores, como merecedora de atenção clínica. Neste estudo apenas foi utilizada a subescala de ansiedade, com um alfa de Cronbach de .87.

### **Literacia sobre depressão.**

A literacia sobre depressão foi medida com o *Depression Literacy Questionnaire* (D-Lit; Griffiths, Christensen, Jorm, Evans, & Gorves, 2004; versão portuguesa: Fonseca & Canavarro, em preparação), que avalia o conhecimento sobre depressão. O D-Lit é composto por 22 itens que podem ser verdadeiros (“A perda de confiança e a baixa auto-estima podem ser um sintoma de depressão”) ou falsos (“Não pisar as pedras azuis do passeio (calçada) pode ser um sinal de depressão”), com três alternativas de resposta: “verdadeiro”, “falso” e “não sei”. Cada resposta correta vale um ponto e a pontuação total varia entre 0 e 22 pontos. Pontuações altas indicam uma maior literacia sobre depressão.

### **Atitudes relativas à procura de ajuda.**

As atitudes relativas à procura de ajuda foram medidas com o *Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services* (IATSMHS; Mackenzie, Knox, Gekoski, & Macaulay, 2004; versão portuguesa: Fonseca & Canavarro, em preparação) que avalia as atitudes relativas à procura de ajuda para problemas de saúde mental. O IATSMHS é um instrumento composto por 24 itens, classificados numa escala de Likert, variando de 0 (*Discordo*) a 4 (*Concordo*). Inclui três fatores, cada um constituído por oito itens: abertura psicológica (e.g., “Há certos problemas que não devem ser discutidos com

peças de fora da família mais próxima”), propensão para procurar ajuda (e.g., “Eu saberia bem o que fazer e com quem falar se decidisse procurar ajuda profissional devido a problemas psicológicos”) e indiferença ao estigma (e.g., “Ter tido uma doença do foro mental acarreta um fardo de vergonha”). Pontuações mais altas indicam a presença de atitudes mais positivas em relação à procura de ajuda. No presente estudo apenas foram utilizadas as dimensões abertura psicológica e indiferença ao estigma, com um alfa de Cronbach de .63 e .84, respetivamente.

### **Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda.**

As intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda foram medidos com o *General and Actual Help-seeking Questionnaire* (GHSQ; Wilson, Deane, Ciarrochi, & Rickwood, 2005; versão portuguesa: Fonseca & Canavarro, em preparação) que avalia a intenção de procurar ajuda e os comportamentos efetivos de procura de ajuda, de diferentes fontes, para lidar com diferentes problemas emocionais. A primeira parte do GHSQ pretende avaliar as intenções de procura de ajuda para lidar com problemas de saúde mental. Nessa parte, é pedido aos participantes para responder relativamente à sua intenção de pedir ajuda a diferentes fontes para lidar com problemas pessoais/emocionais, incluindo a “ninguém”, numa escala de Likert de 7 pontos, variando de 1 (*extremamente improvável*) a 7 (*extremamente provável*). É possível calcular a intenção de pedir ajuda a diferentes tipos de fontes: formais (e.g., Profissional de saúde mental, médico de família/médico de clínica geral); semiformais (e.g., linha telefónica de apoio, padre), informais (e.g., companheiro, amigo, pai/mãe, outro parente/familiar) e autoajuda (e.g., internet) (Rickwood & Thomas, 2012). Pontuações mais altas indicam intenções mais elevadas de procurar ajuda.

A segunda parte da escala pretende avaliar os comportamentos efetivos de procura de ajuda. Nesta parte, é pedido aos participantes que respondam se, num dado período de tempo (desde a gravidez ou após o nascimento do bebé), já pediram ajuda a cada uma das diferentes fontes para lidar com problemas emocionais; em caso afirmativo, é pedido aos participantes que descrevam brevemente o problema emocional que os levou a procurar ajuda. De forma semelhante, é possível agrupar os comportamentos efetivos de procura de ajuda em função do tipo de fontes: formais (e.g., Profissional de saúde mental, médico de família/médico de clínica geral); semiformais (e.g., linha telefónica de apoio, padre), informais (e.g., companheiro, amigo, pai/mãe, outro parente/familiar) e autoajuda (e.g., internet).

A escala inclui ainda 4 questões, para avaliar contactos anteriores com profissionais de saúde mental: “Alguma vez consultou um profissional de saúde mental (por exemplo, psicólogo, psiquiatra) para obter ajuda para problemas pessoais ou emocionais?” (escala de resposta dicotómica: Sim/Não); “Quantas consultas teve com o profissional de saúde mental?”; “Sabe que tipo de profissional/profissionais de saúde mental consultou? Se sim, por favor indique os respetivos cargos (por exemplo, psicólogo, psiquiatra).” e “Quão útil foi/foram a(s) consulta(s) com o profissional de

saúde mental?” (escala de Likert de 5 pontos, variando de 1 (*extremamente inútil*) a 5 (*extremamente útil*)).

### **Perceção de apoio do companheiro.**

A perceção de apoio do companheiro foi avaliada através do *Questionário de Avaliação da Perceção de Apoio do Companheiro*, dada a inexistência de escalas validadas para a população portuguesa, que avaliassem o papel do apoio/encorajamento do companheiro nas intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres, para lidar com problemas emocionais. Este questionário é constituído por um conjunto de questões referentes a um potencial problema psicológico/emocional no período perinatal: “ Eu estaria confortável em falar disso com o meu companheiro”; “O meu companheiro iria apoiar-me”; “O meu companheiro iria encorajar-me a procurar ajuda profissional”; e “Eu partilharia a decisão de procurar ajuda profissional com o meu companheiro”. Os participantes devem responder consoante o grau de concordância, numa escala de Likert de 4 pontos, variando de 1 (*concordo fortemente*) a 4 (*discordo fortemente*). Nesta amostra o alfa de Cronbach foi de .83.

### **Análises Estatísticas**

A análise dos dados foi realizada com o IBM SPSS, versão 20.0. Foram calculadas estatísticas descritivas (frequências para variáveis categoriais e médias e desvios-padrão para variáveis contínuas) para caracterizar a amostra. Em relação ao primeiro objetivo, foram calculadas estatísticas descritivas dos comportamentos efetivos de procura de ajuda, considerando separadamente as fontes de procura de ajuda. Para caracterizar as intenções de procura de ajuda segundo as diferentes fontes de ajuda e segundo a presença ou ausência de sintomatologia, foi realizada uma ANOVA mista, com a variável sintomatologia (com sintomatologia, sem sintomatologia) como fator inter-sujeitos e a variável fontes (formal, semiformal, informal e autoajuda) como fator intra-sujeitos, seguidos de testes *post-hoc* para esclarecer a natureza das diferenças encontradas. Foram conduzidas correlações de *Spearman*, para avaliar a associação entre as intenções e os comportamentos efetivos de procura de ajuda, nas mulheres com sintomatologia clinicamente significativa e para examinar a associação entre as características sociodemográficas e clínicas com comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres com sintomatologia clinicamente significativa. A associação entre as características sociodemográficas e clínicas e as intenções de procurar ajuda foi investigada com recurso a correlações parciais, controlando a presença de sintomatologia clinicamente significativa.

Em relação ao segundo objetivo, foram calculadas as estatísticas descritivas das principais barreiras (abertura psicológica, indiferença ao estigma e literacia sobre depressão) e facilitadores (experiências prévias de tratamento e perceção de apoio do companheiro) à procura de ajuda formal, seguidas de uma MANOVA (atitudes face à procura de ajuda) e de testes *t-student* (literacia, perceção de apoio do companheiro), para comparar as barreiras/facilitadores nas mulheres com e sem sintomatologia significativa

(sintomatologia como fator inter-sujeitos). Para avaliar as diferenças entre a percepção de utilidade de acompanhamento prévio por profissionais de saúde mental nas mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa, foi realizado um teste de qui-quadrado.

Foi realizada uma regressão linear múltipla para avaliar o papel das barreiras e facilitadores nas intenções de procura de ajuda formal, e os efeitos de moderação da presença de sintomatologia clinicamente significativa foram analisados de acordo com os procedimentos de Aiken e West (1991). Especificamente, após centrar as variáveis, as barreiras e facilitadores foram introduzidas no primeiro passo do modelo de regressão (variáveis independentes). A sintomatologia clinicamente significativa (variável moderadora) foi introduzida no segundo passo do modelo de regressão. No terceiro passo os termos de interação (Literacia x Sintomatologia, Abertura Psicológica x Sintomatologia, Utilidade Experiências Prévias x Sintomatologia, Estigma x Sintomatologia, Apoio do Companheiro x Sintomatologia) foram introduzidos. As interações significativas foram analisadas, com recurso ao Modgraph (Jose, 2008).

A regressão logística foi realizada para avaliar o papel das barreiras e facilitadores (consideradas como variáveis independentes) na determinação dos comportamentos efetivos de procura de ajuda formal (variável dependente), em mulheres com sintomatologia clinicamente significativa no período perinatal, controlando a intenção de procura de ajuda. Foram considerados os níveis de significância estatística de  $p < .05$ .

## Resultados

### Comportamentos e Intenções de Procura de Ajuda

#### Comportamentos efetivos de procura de ajuda em mulheres com sintomatologia clinicamente significativa.

O Quadro 2 apresenta a proporção de mulheres que recorreu a diferentes comportamentos efetivos de procura de ajuda. De entre o total de mulheres com sintomatologia clinicamente significativa, 9.4% ( $n = 9$ ) não recorreu a nenhuma fonte de ajuda. Das mulheres que pediram algum tipo de ajuda, 87.5% recorreram a ajuda informal, 33.3% recorreram a ajuda formal e 20.8% recorreram à autoajuda. As fontes informais mais utilizadas pelas mulheres com sintomatologia clinicamente significativa foram o companheiro, seguido dos pais.

**Quadro 2***Comportamentos Efetivos de Procura de Ajuda, Segundo os Tipos e Fontes de Ajuda*

	Recorreu <i>n</i> (%)	Não recorreu <i>n</i> (%)
<b>Ajuda formal</b>	<b>32 (33.3)</b>	<b>64 (66.7)</b>
Prof. Saúde Mental	16 (16.7)	80 (83.3)
Médico de família	21 (21.9)	75 (78.1)
<b>Ajuda semiformal</b>	<b>7 (7.3)</b>	<b>89 (92.7)</b>
Padre	3 (3.1)	93 (96.9)
Linha telefónica de apoio	5 (5.2)	91 (94.8)
<b>Ajuda informal</b>	<b>84 (87.5)</b>	<b>12 (12.5)</b>
Companheiro	70 (72.9)	26 (27.1)
Amigo	35 (36.5)	61 (63.5)
Pais	46 (47.9)	50 (52.1)
Outros familiares	19 (19.8)	77 (80.2)
<b>Autoajuda</b>	<b>20 (20.8)</b>	<b>76 (79.2)</b>
Fórum internet	8 (8.3)	88 (91.7)
Informação de um site	15 (15.6)	81 (84.4)

**Intenções de procura de ajuda.**

O Quadro 3 apresenta as estatísticas descritivas relativas às intenções de procurar ajuda recorrendo a diferentes tipos de fontes, das mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas nas intenções de procura de ajuda, em função da presença de sintomatologia clinicamente significativa, verificou-se um efeito significativo das fontes de ajuda, bem como um efeito significativo da interação Fonte x Sintomatologia.

No que respeita ao efeito significativo das fontes de ajuda, a análise dos testes *post-hoc* demonstrou que, por comparação à intenção de procurar ajuda formal, as mulheres apresentaram uma intenção significativamente inferior de recorrer a fontes de ajuda semiformal ( $p < .001$ ) e de autoajuda ( $p < .001$ ), mas uma intenção significativamente superior de recorrer a fontes de ajuda informal ( $p < .001$ ), independentemente da presença/ausência de sintomatologia clinicamente significativa. No que respeita à interação Fonte x Sintomatologia, verificou-se que apenas existiram diferenças significativas entre as mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa, no que respeita à intenção de procurar ajuda informal ( $t_{241} = -2.29, p = .023$ ).

**Quadro 3***Intenções de Procura de Ajuda: Fontes de Ajuda e Presença/Ausência de Sintomatologia Clinicamente Significativa*

	Sem sintomatologia ( <i>n</i> = 147)	Com sintomatologia ( <i>n</i> = 96)	Efeito Fonte		Efeito grupo		Efeito fonte X grupo	
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>F</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	$\eta^2$	<i>F</i>	$\eta^2$
<b>Ajuda formal</b>	4.65 (1.57)	4.30 (1.61)						
<b>Ajuda semiformal</b>	2.13 (1.32)	1.97 (1.17)	345.12***	.59	1.59	.01	2.94 <sup>†</sup>	.01
<b>Ajuda informal</b>	5.41 (0.92)	5.10 (1.20)						
<b>Autoajuda</b>	2.93 (1.47)	3.17 (1.57)						

<sup>†</sup>  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: Barreiras e facilitadores no período perinatal  
Sheila Denilsa Fernandes Silva (e-mail: sheila.d.f.silva@hotmail.com) 2015

### **Associação entre intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda nas mulheres com sintomatologia clinicamente significativa.**

Foram encontradas associações significativas entre a intenção de procurar ajuda formal e o comportamento efetivo de procura de ajuda formal ( $\rho = .20, p = .049$ ); entre a intenção de procurar ajuda informal e o comportamento efetivo de procura de ajuda informal ( $\rho = .23, p = .025$ ); e entre a intenção de autoajuda e o comportamento efetivo de autoajuda ( $\rho = .28, p = .005$ ). Não foi encontrada uma associação significativa entre a intenção de procurar ajuda semiformal e o comportamento efetivo de procura de ajuda semiformal ( $\rho = .13, p = .195$ ).

### **Associação entre características sociodemográficas e clínicas e as intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda.**

Foram encontradas associações significativas entre as variáveis sociodemográficas rendimento ( $\rho = -.23, p = .025$ ), meio de residência ( $\rho = .23, p = .025$ ) e situação profissional ( $\rho = -.20, p = 0.46$ ) e os comportamentos efetivos de procura de ajuda, nomeadamente através de fontes semiformais. Desta forma, mulheres com rendimentos mais baixos, desempregadas e residentes em meio rural reportaram mais comportamentos efetivos de procura de ajuda recorrendo a fontes semiformais. Apenas a variável clínica história psiquiátrica prévia ( $\rho = .31, p = .002$ ) apresentou uma associação significativa com os comportamentos efetivos de procura de ajuda, especificamente em relação a fontes informais. Assim, mulheres com história psiquiátrica prévia recorreram mais a comportamentos efetivos de procura de ajuda, através de fontes informais.

As associações encontradas entre as características sociodemográficas e clínicas e as intenções de procurar ajuda a partir das diferentes fontes, encontram-se descritas no Quadro 4. Foram encontradas associações significativas entre as variáveis sociodemográficas escolaridade, estado civil, rendimento, situação profissional e meio de residência e as intenções de procura de ajuda formal e informal. Apenas a variável clínica, paridade (primípara) apresentou uma associação significativa com as intenções de procura de ajuda informal. Especificamente, as mulheres solteiras e com baixa escolaridade reportaram uma maior intenção de procurar ajuda formal, enquanto as mulheres primíparas, empregadas e com escolaridade e rendimento superiores, apresentaram maior intenção de procurar ajuda informal.

**Quadro 4**

*Correlações entre as Características Sociodemográficas e Clínicas e Intenções de Procura de Ajuda, Controlando a Presença de Sintomatologia Clinicamente Significativa.*

	Intenção de procurar ajuda formal	Intenção de procurar ajuda semiformal	Intenção de procurar ajuda informal	Intenção de usar autoajuda
Idade	-.04	.07	-.08	-.08
Escolaridade	-.13*	.07	.16*	.05
Rendimento	-.01	.08	.14*	.03
Estado civil	-.20**	-.08	-.04	-.09
Situação profissional	-.07	-.07	.17**	-.07
Meio residência	.04	.04	-.06	-.12
Gravidez	.06	-.00	.10	-.10
Paridade	-.04	-.04	-.16*	-.09
História Psiquiátrica	-.01	-.08	-.05	-.05

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

Nota. Estado civil: 1(casada), 0 (solteira, viúva, separada); Situação profissional: 1(empregada), 0 (desempregada, estudante, reformada); Meio de residência: 1(rural), 0 (urbano); Gravidez: 1(grávida), 0 (pós-parto); Paridade: 1(múltipara), 0 (primípara); História psiquiátrica: 1(sim), 0 (não).

### **Determinantes das Intenções e Comportamentos Efetivos de Procura de Ajuda Formal: Barreiras e Facilitadores**

#### **Caracterização das principais barreiras e facilitadores, em função da presença de sintomatologia clinicamente significativa.**

O Quadro 5 apresenta as estatísticas descritivas das barreiras e facilitadores da procura de ajuda formal, em função da presença/ausência de sintomatologia clinicamente significativa. Foi encontrado um efeito multivariado significativo da presença de sintomatologia clinicamente significativa (Traço de Pillai = .10,  $F_{2,239} = 13.14$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .10$ ). Os testes univariados mostraram que existem diferenças significativas nas variáveis abertura psicológica ( $F = 11.96$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .47$ ) e indiferença ao estigma ( $F = 22.71$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .86$ ), em função da presença ou ausência de sintomatologia clinicamente significativa. As mulheres com sintomatologia clinicamente significativa reportaram menor abertura psicológica e menor indiferença ao estigma, por outras palavras, apresentaram atitudes menos positivas face à procura de ajuda. Foram ainda encontradas diferenças significativas na percepção de apoio do companheiro ( $t_{241} = 6.22$ ,  $p < .001$ ) em função da presença ou ausência de sintomatologia clinicamente significativa. As mulheres com sintomatologia clinicamente significativa perceberam menor apoio do companheiro para procurar ajuda para lidar com problemas de saúde mental.

No entanto, não foram encontradas diferenças significativas no que respeita à literacia sobre depressão ( $t_{241} = 1.25$ ,  $p = .214$ ). Relativamente à utilidade das experiências prévias, 34 (23.1%) mulheres sem sintomatologia clinicamente significativa e 31 (32.3%) com sintomatologia clinicamente

significativa utilizaram ajuda prévia de profissionais de saúde mental e consideraram-na útil. Contudo, as mulheres não se distinguiram em relação à percepção de utilidade de experiências prévias com profissionais de saúde mental, no que concerne à presença ou ausência de sintomatologia clinicamente significativa ( $\chi^2 = 2.49, p = .115$ ).

#### Quadro 5

*Estatísticas Descritivas das Barreiras e Facilitadores da Procura de Ajuda Formal, em Função da Presença/Ausência de Sintomatologia Clinicamente Significativa*

	<b>Abertura Psicológica</b>	<b>Indiferença ao Estigma</b>	<b>Literacia sobre depressão</b>	<b>Apoio Companheiro</b>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
<b>Sem sintomatologia (n = 147)</b>	2.76 (0.66)	3.46 (0.58)	12.82 (3.71)	3.65 (0.41)
<b>Com sintomatologia (n = 96)</b>	2.46 (0.72)	3.01 (0.91)	12.22 (3.57)	3.21 (0.70)

#### **Papel de diferentes barreiras e facilitadores nas intenções de procura de ajuda formal, em função da presença de sintomatologia clinicamente significativa.**

O Quadro 6 apresenta os modelos de regressão para prever a intenção de procura de ajuda formal nas mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa. Considerando o papel das barreiras e facilitadores na determinação da intenção de procura de ajuda formal, verificou-se que a percepção de apoio do companheiro e a indiferença ao estigma foram preditores da intenção de procurar ajuda formal; desta forma, quanto maior a percepção de apoio do companheiro e a indiferença ao estigma, maior a intenção das mulheres de procurar ajuda formal. A introdução da presença de sintomatologia clinicamente significativa (variável moderadora), bem como das interações entre as barreiras/facilitadoras e a variável moderadora (passo 3) não aumentaram significativamente a variância explicada do modelo. Assim, a percepção de apoio do companheiro e a indiferença ao estigma predizem a intenção de procurar ajuda formal, independentemente da presença ou ausência de sintomatologia clinicamente significativa.

**Quadro 6**

*Preditores da Intenção de Procurar Ajuda Formal: O Papel Moderador da Presença de Sintomatologia Clinicamente Significativa*

	Intenção de procurar ajuda formal		
	Passo 1: $\Delta R^2 = .10$ $F_{5,236} = 4.97^{***}$ $B (SE)$	Passo 2: $\Delta R^2 = .00$ $F_{1,235} = 0.02$ $B (SE)$	Passo 3: $\Delta R^2 = .01$ $F_{5,230} = 0.69$ $B (SE)$
Literacia sobre depressão	-0.02 (0.03)	-0.02 (0.03)	-0.03 (0.04)
Perceção de apoio do companheiro	0.58 (0.18)**	0.59 (0.20)**	0.65 (0.33)
Abertura Psicológica	0.04 (0.16)	0.04 (0.16)	0.05 (0.21)
Indiferença ao estigma	0.30 (0.15)	0.30 (0.15)	0.38 (0.23)
Perceção de experiências anteriores de apoio psicológico	0.18 (0.23)	0.17 (0.24)	-0.18 (0.32)
Sintomatologia clinicamente significativa		0.03 (0.23)	0.21 (1.45)
Literacia x Sintomatologia			0.01 (0.06)
Estigma x Sintomatologia			-0.09 (0.32)
Abertura x Sintomatologia			-0.04 (0.34)
Apoio x sintomatologia			-0.12 (0.41)
Utilidade x sintomatologia			0.81 (0.48)

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

**O papel de diferentes barreiras e facilitadores nos comportamentos efetivos de procura de ajuda formal em mulheres com sintomatologia clinicamente significativa.**

O Quadro 7 apresenta a regressão logística realizada para avaliar quais as barreiras e facilitadores que estão associados aos comportamentos efetivos de procura de ajuda formal. O modelo final não foi significativo ( $\chi^2_{(6)} = 7.60$ ,  $p = .269$ ). A indiferença ao estigma foi o único preditor significativo ( $B = -0.66$ ,  $SE = 0.32$ ,  $F_{Wald(1)} = 4.33$ ,  $p = .037$ ,  $OR = .52$ ) do comportamento efetivo de procura de ajuda nas mulheres com sintomatologia clinicamente significativa, controlando a intenção de procurar ajuda formal. O modelo prediz corretamente 89.1% dos casos.

**Quadro 7**

*Preditores dos Comportamentos Efetivos de Procura de Ajuda Formal: O Papel das Barreiras e dos Facilitadores*

	$B (SE)$	OR	95% CI
Intenção de procurar ajuda formal	0.25 (0.16)	1.28	[0.94, 1.74]
Literacia sobre depressão	-0.04 (0.07)	0.96	[0.84, 1.10]
Abertura Psicológica	0.40 (0.38)	1.50	[0.70, 3.17]
Indiferença ao estigma	-0.66 (0.32)*	0.52	[0.28, 0.96]
Perceção de apoio do companheiro	0.29 (0.38)	1.34	[0.64, 2.81]
Perceção de experiências anteriores de apoio psicológico	0.10 (0.52)	1.10	[0.40, 3.06]

\*  $p < .05$ .

Nota.- 2Log-Likelihood = 114,610; Pseudo  $R^2 = .08$  (Cox & Snell), .106 (Nagelkerke).  $R_L^2(8)$  Hosmer & Lemeshow = 5.79,  $p = .671$ .

Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: Barreiras e facilitadores no período perinatal  
Sheila Denilsa Fernandes Silva (e-mail: sheila.d.f.silva@hotmail.com) 2015

## Discussão

Este estudo apresenta três resultados principais: 1) mulheres com sintomatologia clinicamente significativa reportam comportamentos efetivos de procura de ajuda predominantemente junto de fontes informais, nomeadamente do companheiro e dos pais; 2) o estigma e a perceção de apoio do companheiro constituem-se como fortes preditores das intenções de procura de ajuda formal, independentemente da presença ou ausência de sintomatologia clinicamente significativa; 3) a indiferença ao estigma é o único preditor dos comportamentos efetivos de procura de ajuda, nas mulheres com sintomatologia clinicamente significativa.

Consistentemente com estudos anteriores (Mayberry et al., 2007; McGarry et al., 2009), cerca de 9% das mulheres com sintomatologia clinicamente significativa não recorreu a nenhum tipo de ajuda e apenas 33.3% recorreu a ajuda formal, sugerindo que, mesmo na presença de sintomatologia, o acesso das mulheres ao tratamento é limitado, comprometendo as suas taxas de sucesso. Quando as mulheres procuram efetivamente ajuda, tendem a recorrer predominantemente a fontes informais, sobretudo ao companheiro e aos pais, sendo congruente com os resultados de estudos anteriores (Henshaw et al., 2013; O'Mahen & Flynn, 2008). Neste sentido, para que o processo de procura de ajuda seja eficaz, é essencial que a rede social esteja disponível e acessível para responder à necessidade de ajuda requerida (Rickwood et al., 2005).

No que respeita à intenção de procurar ajuda, as mulheres têm uma intenção significativamente superior de procurar ajuda informal do que formal, verificando-se um padrão semelhante nos comportamentos efetivos de procura de ajuda, em relação às fontes de ajuda mais solicitadas pelas mulheres. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas nas intenções de procura de ajuda em função da presença de sintomatologia clinicamente significativa, as mulheres sem sintomatologia clinicamente significativa reportam uma maior intenção de procurar ajuda informal, comparativamente com as mulheres com sintomatologia clinicamente significativa. Este resultado poderá dever-se à perceção das mulheres com sintomatologia clinicamente significativa de que algo de negativo se passa com elas (reconhecimento da presença dos sintomas), num período que deveria ser de alegria e satisfação, receando que aqueles que as rodeiam não compreendam as suas angústias e/ou sintomas (Goodman, 2009). Este resultado é congruente com resultados anteriores (Abrams et al., 2009; Letourneau et al., 2007) onde as mulheres referem sentir vergonha em relação aos seus sintomas depressivos, que interpretam como fracasso pessoal e, numa tentativa de preservar uma imagem positiva enquanto mães, escondem a sua angústia dos familiares e amigos. Contudo, apesar da vergonha, como foi anteriormente referido, as primeiras fontes de ajuda a que as mulheres com sintomatologia clinicamente significativa recorrem, são as fontes de ajuda informal (e.g., companheiro).

No que concerne à associação entre as intenções e os comportamentos efetivos de procura de ajuda, apenas não se verificou uma associação

significativa entre a intenção e o comportamento efetivo de procura de ajuda semiformal. Contudo apesar de existirem associações significativas entre as intenções e comportamentos efetivos referentes às fontes formais, informais e autoajuda, estas não são muito elevadas, de forma similar a estudos anteriores (Barney et al., 2005; Schomerus & Angermeyer, 2008), que chamam à atenção para o facto de as intenções não se constituírem como preditores perfeitos dos comportamentos efetivos de procura de ajuda. Desta forma, parece pertinente que se possa considerar a influência de outras variáveis neste processo, como por exemplo, a qualidade da relação com o suporte social, o medo de não serem compreendidas e do estigma que envolve a depressão perinatal, a preferência em lidar com os sintomas sozinhas (crença na remissão espontânea; Woolhouse et al., 2009), bem como a antecipação de consequências negativas (e.g., perda do poder paternal; Chan & Levy, 2004; Dennis & Chung-Lee, 2006; Goodman, 2009; Letourneau et al., 2007; Robinson & Young, 1982), que poderão interferir na transição para comportamentos efetivos de procura de ajuda.

Neste estudo não foi encontrado um perfil claro das características sociodemográficas e clínicas que se associam com os comportamentos efetivos de procura de ajuda, nomeadamente formais. Contudo, as mulheres primíparas com estatuto socioeconómico mais elevado parecem ter maior intenção de recorrer a fontes de ajuda informais. Segundo o estudo de Whitton et al. (1996), as mães primíparas foram menos capazes de reconhecer que estão a sofrer de depressão pós-parto e as mulheres de classes sociais mais elevadas, apresentaram menor propensão para atribuir os seus sintomas à depressão pós-parto. Neste sentido, o nosso resultado poderá explicar-se, por um lado, pelo facto de as mães primíparas interpretarem as suas dificuldades emocionais, como fazendo parte da transição normal para a parentalidade (Abrams et al., 2009; Bilszta et al., 2010; McCarthy & McMahon, 2008) e por outro lado, pelo facto de mesmo reconhecendo a presença de sintomas, as mulheres de classes sociais mais elevadas demonstrarem-se relutantes em admitir que os seus sintomas possam corresponder a depressão, preferindo, numa primeira fase, recorrer ao aconselhamento junto dos familiares e amigos, com quem têm uma relação de confiança.

A presença de sintomatologia clinicamente significativa é, em si mesma, uma barreira ao processo de procura de ajuda formal. No nosso estudo, verificámos que as mulheres com sintomatologia clinicamente significativa reportaram menor abertura psicológica e menor indiferença ao estigma, revelando atitudes menos positivas em relação à procura de ajuda formal, bem como menor perceção de apoio do companheiro para procurar ajuda para lidar com problemas de saúde mental. Estes resultados poderão dever-se ao facto de a própria sintomatologia depressiva influenciar negativamente a perceção que as mulheres têm do apoio dos companheiros, bem como das consequências negativas que poderão advir da procura de ajuda para problemas emocionais, durante o período perinatal.

Contrariamente ao que seria de esperar (Dennis & Chung-Lee, 2006), as mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa não se distinguem no que respeita à literacia sobre depressão, não se constituindo esta

variável como um preditor significativo das intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda. Contudo, este resultado poderá dever-se ao facto de, na nossa amostra, as mulheres terem maioritariamente níveis de escolaridade elevados. Neste sentido, e visto que os estudos anteriores (Abrams et al., 2009; Bilszta et al., 2010; Dennis & Chung-Lee, 2006; Mayberry et al., 2007; McCarthy & McMahon, 2008; Patel & Wisner, 2011) referem as barreiras de conhecimento como tendo um papel importante no reconhecimento e procura de ajuda, são necessários mais estudos que investiguem especificamente os níveis de literacia sobre depressão perinatal das mulheres portuguesas, os fatores que a influenciam, e o seu impacto nos comportamentos de procura de ajuda. Resultados semelhantes foram encontrados em relação à perceção de utilidade de experiências prévias com profissionais de saúde mental. Contudo, este resultado poderá dever-se ao facto de apenas 32.3% das mulheres com sintomatologia clinicamente significativa, terem recorrido a ajuda prévia de profissionais de saúde mental, considerando-a útil. Desta forma, a maioria das mulheres com sintomatologia clinicamente significativa que recorreu a ajuda prévia de profissionais de saúde mental, não a considerou útil, o que poderá ter contribuído para o desenvolvimento de atitudes negativas em relação aos profissionais de saúde mental e relutância em voltar a solicitar este tipo de ajuda (Abrams et al., 2009, Guy et al., 2014). Outra possível razão poderá prender-se com o facto de, apesar de as mulheres considerarem as experiências prévias com profissionais de saúde mental úteis, podem não ter estabelecido relações de confiança com os mesmos, receando, sobretudo no período perinatal, que lhes seja atribuído um diagnóstico de perturbação mental e das implicações que isso pode ter do ponto de vista legal (Chan & Levy, 2004; Dennis & Chung-Lee, 2006; Goodman, 2009; Letourneau et al., 2007; Robinson & Young, 1982) e familiar.

De entre as barreiras e facilitadores estudados, a indiferença ao estigma e a perceção de apoio do companheiro revelaram-se fortes preditores das intenções de procura de ajuda formal das mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa. Desta forma, os resultados parecem corroborar a importância das potenciais influências sociais no processo de procura de ajuda (Rickwood et al., 2005), bem como o importante papel do companheiro no encorajamento das mulheres para procurar ajuda, quando estas experienciam os primeiros sintomas da condição clínica (Dennis & Ross, 2006). De facto, o companheiro pode prestar não só apoio emocional e instrumental na transição para a parentalidade (Pilkington et al., 2015), como pode ser um elemento essencial na deteção dos sintomas da sua companheira, demonstrando-se disponível para ouvir as suas dificuldades e ajudá-la a partilhá-las com os profissionais de saúde. Esta gestão conjunta e compreensiva dos sintomas depressivos é ainda essencial para prevenir o desenvolvimento de resultados ainda mais adversos, uma vez que a sintomatologia depressiva está associada a conflitos conjugais e ao aumento da probabilidade de depressão no companheiro (Burke, 2003; Letourneau et al., 2012).

Por sua vez, apesar das barreiras e facilitadores se terem revelado importantes, a indiferença ao estigma é o único preditor dos comportamentos

efetivos de procura de ajuda das mulheres com sintomatologia clinicamente significativa. Este resultado parece ir ao encontro dos resultados encontrados por Coppens et al. (2013), na medida em que parece existir uma associação significativa entre as atitudes relativas à depressão e as atitudes relativas à procura de ajuda, onde o estigma se correlaciona negativamente com a abertura das mulheres para procurar tratamento. Assim, o estigma parece estar associado com uma tentativa de negação ou minimização dos sintomas, como forma de preservar uma boa imagem enquanto mãe (Abrams et al., 2009), bem como com dificuldades em falar como os profissionais de saúde, dada a vergonha e receio que os seus sintomas não sejam compreendidos, preferindo lidar com os sintomas sozinhas e acreditando que os mesmos vão remitir espontaneamente (Woolhouse et al., 2009).

### **Pontos Fortes e Limitações**

O principal contributo deste estudo foi caracterizar as intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda de mulheres portuguesas no período perinatal, tendo em conta as necessidades efetivas de ajuda, isto é, a presença de sintomatologia clinicamente significativa. Adicionalmente, permitiu avaliar o peso relativo das barreiras e facilitadores nas intenções e nos comportamentos efetivos de procura de ajuda formal, não se baseando apenas na identificação e descrição das potenciais barreiras e facilitadores.

No entanto, algumas limitações devem ser mencionadas. Primeiro, a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres casadas, com níveis superiores de escolaridade e com rendimentos elevados, podendo não ser representativa de toda a população feminina no período perinatal. Estudos futuros deverão reproduzir os resultados encontrados utilizando uma amostra mais diversificada em termos sociodemográficos. Segundo, é um estudo transversal, baseado em questionários de autorresposta, não permitindo assegurar um diagnóstico clínico de depressão perinatal, nem avaliar o impacto das barreiras e facilitadores nos comportamentos efetivos de procura de ajuda ao longo do tempo e consoante o grau de gravidade da depressão. Estudos futuros deveriam avaliar o papel das variáveis presentes nesta investigação, numa amostra de mulheres com diagnóstico clínico de depressão perinatal, para conhecer melhor as intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda nesta população. Adicionalmente, deveriam ser realizados estudos longitudinais que permitissem avaliar o peso relativo das barreiras e facilitadores no processo que decorre desde a intenção de procurar ajuda até ao comportamento efetivo de procura de ajuda. Terceiro, este estudo apenas permite obter a visão das mulheres em relação às barreiras e facilitadores das intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda. Estudos futuros deverão incluir os companheiros, numa tentativa de perceber de que forma a literacia sobre depressão e as atitudes em relação à procura de ajuda dos mesmos influenciam as intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres. Estudos anteriores (Abrams et al., 2009; Alvidrez & Azocar, 1999; Guy et al., 2014, Thome, 2003) têm evidenciado o papel da abordagem dos profissionais de saúde e da relação que estes têm com as

mulheres durante o período perinatal, nos comportamentos de procura de ajuda das mesmas. Assim, apesar de as experiências prévias com profissionais de saúde mental não se terem constituído como um preditor significativo das intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda, estudos futuros deverão tentar avaliar o papel das barreiras institucionais e profissionais nas intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres no período perinatal (Lara, Navarrete, Nieto, & Berenzon, 2014).

### **Implicações Clínicas**

Várias implicações clínicas podem ser retiradas a partir dos nossos resultados. Primeiro, o nosso estudo confirma que as mulheres recorrem maioritariamente a fontes informais de ajuda quando confrontadas com um problema emocional, no período perinatal. Neste sentido, a educação sobre a depressão perinatal e sobre os tratamentos disponíveis, bem como as campanhas de sensibilização para a importância da procura de ajuda formal, deverão abranger não só as mulheres como também as pessoas da sua rede social (e.g., familiares, amigos próximos; Henshaw et al., 2013; O'Mahony, Donnelly, Bouchal, & Este, 2012). Segundo, de entre as fontes informais a que as mulheres recorrem, os companheiros configuram-se como as principais fontes mencionadas. Desta forma, é importante que os companheiros sejam sensibilizados para as consequências adversas da depressão perinatal e para a importância que o seu apoio e encorajamento têm na procura de ajuda formal por parte das mulheres, bem como encorajá-los a participar no processo de recuperação das companheiras (Bilszta et al., 2010; O'Mahony et al., 2012). Terceiro, dado que o estigma se constitui como o principal preditor dos comportamentos de procura de ajuda, são necessárias mais campanhas de sensibilização sobre os mitos relacionados com a maternidade (Bilszta et al., 2010), a prevalência de mulheres que experienciam depressão neste período e sobre os riscos de não procurar tratamento. Por sua vez os profissionais de saúde devem fazer um acompanhamento atento destas mulheres, ao longo do período perinatal, fornecendo, em diferentes momentos, informação sobre os sintomas de depressão perinatal e das possibilidades de tratamento (Goodman, 2009; O'Mahony et al., 2012). Neste contexto, é também essencial que as mulheres e os seus companheiros estejam informados e que se sintam à vontade para partilhar as suas dúvidas e preocupações com os profissionais de saúde; como tal, estes devem procurar desenvolver relações de confiança com as suas pacientes, que se baseiem na escuta empática. Numa tentativa de normalizar a ocorrência destes sintomas durante o período perinatal e diminuir o estigma relacionado com a depressão, os profissionais de saúde poderão incluir no acompanhamento obstétrico e/ou neonatal, de forma sistemática, a avaliação do estado emocional das mulheres (e.g., questionar abertamente sobre as dificuldades sentidas, alterações emocionais).

Por fim, apesar de a literacia não se ter constituído como uma forte preditor dos comportamentos efetivos de procura de ajuda, as pontuações obtidas mostram que a maioria das mulheres ainda falha em grande parte das questões sobre este tópico, não revelando ter um nível ótimo de conhecimento sobre depressão. Neste sentido, esta é uma temática que merece especial

atenção e que deve ser fomentada quer pelos órgãos de comunicação social, quer pelos profissionais de saúde e respetivas instituições (Goodman et al., 2009). O aumento da literacia sobre depressão, na população em geral poderá facilitar o reconhecimento eficaz dos sintomas, aumentar os comportamentos de procura de ajuda e reduzir o estigma em torno desta temática.

## Conclusão

O principal objetivo deste estudo foi caracterizar as intenções e os comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres portuguesas no período perinatal, com e sem sintomatologia clinicamente significativa e conhecer as principais barreiras e facilitadores da procura de ajuda profissional. O nosso estudo confirmou a preferência das mulheres com sintomatologia clinicamente significativa, em recorrerem a fontes de ajuda informais, especificamente ao companheiro e aos pais, para lidar com as suas dificuldades emocionais. A indiferença ao estigma e a perceção de apoio do companheiro constituíram-se como os principais preditores das intenções de procura de ajuda formal das mulheres no período perinatal. Adicionalmente, a indiferença ao estigma foi o único preditor significativo dos comportamentos efetivos de procura de ajuda formal das mulheres com sintomatologia clinicamente significativa. Desta forma, será pertinente sensibilizar não só as mulheres para os sintomas e riscos da depressão não tratada, como também as pessoas que lhe prestam apoio social, nomeadamente os companheiros, encorajando-os a ter um papel ativo em todo o processo de procura de ajuda e recuperação das mulheres. De salientar ainda o importante papel que a comunicação social e os profissionais de saúde poderão ter no aumento dos níveis de literacia sobre depressão das mulheres e dos companheiros, no decorrer do período perinatal, assim como na redução do estigma que envolve esta temática. Apesar da pertinência dos resultados deste estudo, é importante que investigações futuras tentem perceber melhor o papel destas barreiras e facilitadores, ao longo do processo de procura de ajuda, considerando o grau de gravidade da depressão. Adicionalmente, face ao papel da perceção de apoio do companheiro na intenção de procura de ajuda formal das mulheres, estudos futuros deverão investigar a influência que a literacia sobre depressão e as atitudes em relação à procura de ajuda dos companheiros tem nas intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres.

## Referências

- Abrams, L. S., Dornig, K., & Curran, L. (2009). Barriers to service use for postpartum depression symptoms among low-income ethnic minority mothers in the United States. *Qualitative Health Research, 19*(4), 535–551. doi:10.1177/1049732309332794
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park: Sage.
- Alvidrez, J., & Azocar, F. (1999). Distressed women's clinic patients: Preferences for mental health treatments and perceived obstacles. *General Hospital Psychiatry, 21*(5), 340-347. doi:10.1016/S0163-8343(99)00038-9
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry, 169*(1), 30-35. doi:10.1192/bjp.169.1.30
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine, 26*(01), 135-141. doi:10.1017/S0033291700033778
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 51-54. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x
- Bashiri, N., & Spielvogel, A. M. (1999). Postpartum depression: A cross-cultural perspective. *Primary Care Update for OB/GYNs, 6*(3), 82-87. doi:10.1016/S1068-607X(99)00003-7
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing research, 50*(5), 275-285. doi:10.1097/00006199-200109000-00004
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics & Gynecology, 103*(4), 698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A., & Milgrom, J. (2010). Women's experience of postnatal depression-beliefs and attitudes as barriers to care. *The Australian Journal of Advanced Nursing, 27*(3), 44-54.
- Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 16*(2), 109-120. doi:10.1177/1049731505282202
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(11), 726-735. doi:10.1111/j.1399-3046.2011.01554.x

- Bowen, A., Bowen, R., Butt, P., Rahman, K., & Muhajarine, N. (2012). Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. *Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(3), 161-167. Retrieved on November, 2014 from <http://search.proquest.com/docview/1010785681?accountid=43959>
- Brown, S., & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *107*(10), 1194-1201. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb11607.x
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, *15*(3), 243-255. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb11607.x
- Callister, L. C., Beckstrand, R. L., & Corbett, C. (2011). Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *40*(4), 440-449. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01254.x
- Chan, S., & Levy, V. (2004). Postnatal depression: A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. *Journal of Clinical Nursing*, *13*(1), 120-123. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00882.x
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., ... Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*, *150*(2), 320-329. doi:10.1016/j.jad.2013.04.013.
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *34*(4), 157-165. doi:10.1590/S0101-60832007000400001
- Dennis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, *33*(4), 323-331. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, *56*(6), 588-599. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, *33*(1), 1-6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behavior and Development*, *34*(1), 1-14. doi:10.1016/j.infbeh.2010.09.008
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, *10*(3), 103-109. doi:10.1007/s00737-007-0178-8.
- Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on

- fathers and on father–infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 29, 624–643. doi:10.1002/imhj.20199.
- Goodman, J. H. (2009). Women’s attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth*, 36(1), 60-69. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x
- Goodman, J. H., & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of Women's Health*, 19(3), 477-490. doi:10.1089/jwh.2008.1352
- Gorman, L. L., O'Hara, M. W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M. H., ... Sutter-Dallay, A. L. (2004). Adaptation of the structured clinical interview for DSM–IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *The British Journal of Psychiatry*, 184(46), 17-23. doi:10.1192/bjp.184.46.s17
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive–behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 342-349. doi:10.1192/bjp.185.4.342
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Guy, S., Sterling, B. S., Walker, L. O., & Harrison, T. C. (2014). Mental health literacy and postpartum depression: A qualitative description of views of lower income women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 256-262. doi:10.1016/j.apnu.2014.04.001
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91(2), 97-111. doi:10.1016/j.jad.2005.12.051
- Henshaw, E, Sabourin, B. & Warning, M. (2013). Treatment-seeking behaviors and attitudes survey among women at risk for perinatal depression or anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42, 168-177. doi:10.1111/1552-6909.12014
- Herrick H. (2002). Postpartum depression: Who gets help?: Results from the Colorado, New York, and North Carolina PRAMS surveys 1997–1999. *Statistical Brief*, 24. Retrieved on February, 2015 from [www.schs.state.nc.us/SCHS/](http://www.schs.state.nc.us/SCHS/)
- Horowitz, J. A., & Goodman, J. H. (2005). Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(2), 264-273. doi:10.1177/0884217505274583
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997a). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jose, P. (2008). ModGraph-I: A programme to compute cell means for the

- graphical display of moderational analyses: The internet version, Version 2.0. Retrieved February, 2012 from <http://www.victoria.ac.nz/psyc/staff/paul-josefiles/modgraph/modgraph.php>
- Kingston, D. E., McDonald, S., Austin, M. P., Hegadoren, K., Lasiuk, G., & Tough, S. (2014). The Public's views of mental health in pregnant and postpartum women: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*(1), 1-9. doi:10.1186/1471-2393-14-84
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., ... Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(3), 121-130. doi:10.1007/s00737-006-0122-3
- Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., & Berenzon, S. (2014). Acceptability and barriers to treatment for perinatal depression. An exploratory study in Mexican women. *Salud Mental*, *37*(4), 293-301. Retrieved on November, 2014 from <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam144c.pdf>
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 1-11. doi:10.1186/1471-244X-8-24
- Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., ... Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(7), 445-457. doi:10.3109/01612840.2012.673054
- Letourneau, N. L., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C. L., Rinaldi, C. M., & Stoppard, J. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *36*(5), 441-449. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00174.x
- Mackenzie, C. S., Knox, V. J., Gekoski, W. L., & Macaulay, H. L. (2004). An adaptation and extension of the attitudes toward seeking professional psychological help scale. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*, 2410-2435. doi:10.1111/j.1559-1816.2004.tb01984.x
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, *12*(4), 373-380. doi:10.1089/154099903765448880
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *36*(6), 542-549. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x
- McCarthy, M., & McMahon, C. (2008). Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care for Women International*, *29*(6), 618-637.

- doi:10.1080/07399330802089172
- McGarry, J., Kim, H., Sheng, X., Egger, M., & Baksh, L. (2009). Postpartum depression and help-seeking behavior. *Journal of Midwifery & Women's Health, 54*, 50–56. doi:10.1016/j.jmwh.2008.07.003
- Milgrom, J., Martin, P., & Negri, L. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T., Pedersen, C., Mors, O., & Mortensen, P. (2006). New parents and mental disorders: A population-based register study. *The Journal of the American Medical Association, 296*(21), 2582–2589. doi:10.1001/jama.296.21.2582
- Muzik, M., & Borovska, S. (2010). Perinatal depression: Implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine, 7*(4), 239–247. Retrieved on February, 2015 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083253/>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O'Mahen, H. A., & Flynn, H. A. (2008). Preferences and perceived barriers to treatment for depression during the perinatal period. *Journal of Women's Health, 17*(8), 1301–1309. doi:10.1089/jwh.2007.0631
- O'Mahony, J., & Donnelly, T. (2010). Immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences and access to care: A review and analysis of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*(10), 917–928. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01625.x
- O'Mahony, J. M., Donnelly, T. T., Bouchal, S. R., & Este, D. (2012). Barriers and facilitators of social supports for immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *Advances in Nursing Science, 35*(3), 42–56. doi:10.1097/ANS.0b013e3182626137
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225–237. doi:10.1080/13548500500524088
- Patel, S. R., & Wisner, K. L. (2011). Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. *Depression and Anxiety, 28*(7), 589–595. doi:10.1002/da.20844
- Pearlstein, T. (2008). Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 33*(4), 302–318. Retrieved on February, 2015 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440793/>
- Pilkington, P. D., Milne, L. C., Cairns, K. E., Lewis, J., & Whelan, T. A. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 178*, 165–180. doi:10.1016/j.jad.2015.02.023

- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(3), 221-227. doi:10.1136/jech.2005.039370
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health, 4*(3), 218-251. doi:10.5172/jamh.4.3.218
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management, 5*, 173-183. doi:10.2147/PRBM.S38707
- Righetti-Veltima, M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*(2), 75-83. doi:10.1007/s00787-003-0311-9
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*(4), 289-295. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006
- Robinson, S., & Young, J. (1982). Screening for depression and anxiety in the post-natal period: Acceptance or rejection of a subsequent treatment offer. *Australasian Psychiatry, 16*(2), 47-51. doi:10.3109/00048678209161191
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S., Graaf, R., & Stein, M. B. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the united states, ontario, and the netherlands. *Psychiatric Services, 58*(3), 357-64. doi:10.1176/appi.ps.58.3.357
- Scholle, S. H., & Kelleher, K. (2003). Preferences for depression advice among low-income women. *Maternal and Child Health Journal, 7*(2), 95-102. doi:10.1023/A:1023864810207
- Sharma, V., & Sharma, P. (2012). Postpartum depression: Diagnostic and treatment issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 34*(5), 436-442.
- Thome, M. (2003). Severe postpartum distress in Icelandic mothers with difficult infants: A follow-up study on their health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*(2), 104-112. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00110.x
- Whitton, A., Warner, R., & Appleby, L. (1996). The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *British Journal of General Practice, 46*(408), 427-428. Retrieved on February, 2015 from <http://bjgp.org/content/46/408/427>
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: Properties of the General Help-Seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling, 39*(1), 15-28. Retrieved on November, 2014 from [Intenções e comportamentos efetivos de procura de ajuda das mulheres para lidar com dificuldades emocionais: Barreiras e facilitadores no período perinatal  
Sheila Denilson Fernandes Silva \(e-mail: sheila.d.f.silva@hotmail.com\) 2015](http://cjc-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

[rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/265](http://rcc.ucalgary.ca/cjc/index.php/rcc/article/view/265)

Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the Maternal Health Study. *Archives of Women's Mental Health*, 12(2), 75-83. doi:10.1007/s00737-009-0049-6