

Grupo de Língua Portuguesa da Sociedade Marcé
VI Encontro 2025

Portugal, Universidade de Évora
27 e 28 de novembro



Saúde Mental Perinatal: Ciência e Prática para um Futuro Mais Saudável



Livro de Resumos

Para mais informações visite:

<https://www.ulsac.min-saude.pt/2025/06/24/saude-mental-perinatal-2025/>

Comissão organizadora

Presidente | Teresa Reis (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS Alentejo Central)

Ana Conde (CINTESIS.UPT@RISE-HEALTH e Departamento de Psicologia e Educação, Universidade Portucalense, Porto, Portugal)

Ana Rita Matias (Departamento de Desporto e Saúde, Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano, Universidade de Évora, Portugal)

Bárbara Figueiredo (Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal)

Berta Ferreira (Equipa de Psiquiatria do Hospital CUF Sintra, Portugal)

Carla Santanita (Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal)

Cláudia Costa (Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal)

Inês Massapina (Gabinete de Comunicação e Marketing da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal)

Lara Vilela (Serviço de Pedopsiquiatria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal)

Raquel Correia (Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, Portugal)

Sofia Charro (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ULS do Alentejo Central, Portugal)

Tiago Miguel Pinto (Universidade Lusófona, HEI-Lab: Laboratórios Digitais de Ambientes e Interações Humanas, Portugal)

Comissão científica

Presidente | Bárbara Figueiredo, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

Anabela Araújo Pedrosa (Serviço de Psicologia Clínica – Unidade Local de Saúde de Coimbra; Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra, Portugal)

Ana Conde (CINTESIS.UPT@RISE-HEALTH e Departamento de Psicologia e Educação, Universidade Portucalense, Porto, Portugal)

Ana Paula Camarneiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Portugal)

Ana Vilela Mendes Brandino (Grupo Materna e Ibramater, Brasil)

Andrea P. Jackowski (Departamento de Psiquiatria, Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas (LiNC), UNIFESP, São Paulo, Brasil)

Berta Ferreira (Equipa de Psiquiatria do Hospital CUF Sintra, Portugal)

Daniela Centenaro Levandowski (Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Brasil)

Daniela Pereira (CRI de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal)

Erika Vieira Abuchaim (Universidade Federal de São Paulo, Brasil)

Eunice Gus-Camargo (Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)

Fernanda Mattias Sartori (Hospital Heidelberg de Psiquiatria, Curitiba, Paraná – Brasil)

Gláucia Maria Moreira Galvão (Neonatologista, Sociedade Brasileira de Pediatria, Membro da Associação La Cause des Bébès)

Helena Moreira (Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo Comportamental, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal)

Inês Tavares (Hei-Lab–Digital Human-environment Interaction Lab, Faculdade de Psicologia e Desporto, Universidade Lusófona)

Lara Vilela (Serviço de Pedopsiquiatria, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal)

Leonor Brito Santana (Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Portugal)

Márcia Baldisserotto (Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psicologia, Departamento de Psicometria, Brasil)

Maria Cristina Canavarro (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal)

Mariana Corniani Lopes (Escola Paulista de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo (EPE - UNIFESP), Brasil)

Mariza Theme-Filho (Escola Nacional de Saúde Pública (National School of Public Health) - ENSP/FIOCRUZ, Brasil)

Marta Lages Abrantes (Hospital Beatriz Ângelo, Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas; Hospitais CUF Sintra e Descobertas, Portugal)

Raquel Correia (Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, Portugal)

Raquel Costa (Universidade Lusófona, HEI-Lab: Laboratórios Digitais de Ambientes e Interações Humanas, Portugal)

Sílvia Wetherell (Behavioral Medicine Research and Training Foundation, Port Angeles, Estados Unidos da América)

Sónia Simões (Serviço de Psiquiatria Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Portugal)

Tatiana Valverde da Conceição (Department of Psychiatry, University of Toronto, Canadá)

Teresa Alves dos Reis (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal)

Tiago Miguel Pinto (Universidade Lusófona, HEI-Lab: Laboratórios Digitais de Ambientes e Interações Humanas, Portugal)

28 DE NOVEMBRO DE 2025

09:00h [Western European Time – WET]

ABERTURA DO SECRETARIADO

10:00 – 10:15 [Western European Time – WET]

SESSÃO DE ABERTURA

Auditório Principal [Presencial e online]

Teresa Reis, Presidente da Comissão Organizadora do VI Encontro

Senhora Vereadora Carmen Carvalheira em representação de Carlos Zorrinho, Presidente da Câmara Municipal de Évora

Hermínia Vasconcelos Vilar, Reitora da Universidade de Évora

Carlos Gomes, Presidente do Conselho de Administração da ULSAC

Miguel Xavier, Coordenador Nacional das Políticas de Saúde Mental

10:15 – 10:45 [Western European Time – WET]

CONFERÊNCIA DE ABERTURA

Auditório Principal [Presencial e online]

Implementação de programas diferenciados: possível ou impossível?

Miguel Xavier, Coordenador Nacional das Políticas de Saúde Mental

10:45 - 11:15 [Western European Time – WET]

Coffee Break

Sala adjacente ao auditório

SESSÕES PRINCIPAIS

11:15 – 12:45 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 1. Instrumentos de Avaliação e Diagnóstico em Saúde Mental Perinatal

Auditório Principal [Presencial e online]

Moderador: Cláudia Costa

COMUNICAÇÃO ORAL 1 - Profiles of internalizing symptoms across the perinatal period: A Longitudinal Latent Profile Analysis

Ana Morais¹, Tiago Miguel Pinto¹, Cláudia Sousa^{1,2}, Stephanie Alves¹, Raquel Costa¹, Inês Jongenelen¹, Diogo Lamela¹

¹Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

²Insight - Piaget Research Center for Ecological Human Development - Piaget Institute, Portugal

ana.morais@ulusofona.pt

Depression and anxiety are the most prevalent mental health concerns during the perinatal period, and their co-occurrence often challenges traditional diagnostic boundaries. Increasing evidence suggests that affective symptoms, during this period, are best understood through multidimensional frameworks, such as the tripartite model, which distinguishes between general distress, anxious arousal, and anhedonic depression. Recent evidence identified three distinct types of internalising symptoms, by revealing substantial item-level overlap between the EPDS and STAI-S. However, little is known about how these internalizing symptoms evolve over the perinatal period. The main aim was to identify and characterize longitudinal profiles of perinatal internalizing symptoms (i.e., General Distress, Anxious Arousal, and Anhedonic Depression). Specifically, this study sought (1) to identify distinct symptom profiles from pregnancy to six months postpartum; and (2) to examine transitions and memberships in symptom profiles from the prenatal to the postnatal period. The sample comprised 123 Portuguese women recruited from three public hospitals and longitudinally assessed during the third trimester of pregnancy, at two, and at six months postpartum. In each assessment wave, participants completed a self-reported questionnaire to assess sociodemographic and obstetric characteristics and the EPDS and STAI-S to assess internalizing symptoms. Longitudinal latent profile analysis (LLPA) and latent transition analysis (LTA) were conducted to address the study aims. Three distinct longitudinal profiles of affective symptoms were identified. Profile 1 (High symptoms) was characterized by the highest levels across all symptom dimensions, General Distress, Anxious Arousal, and Anhedonic Depression, compared to the other two profiles. Profile 2 (Moderate symptoms) showed intermediate levels of General Distress and Anhedonic Depression, while Profile 3 (Low symptoms) presented the lowest scores on all dimensions. Regarding symptom trajectories over time, in Profile 1, General Distress and Anhedonic Depression increased significantly from two to six months postpartum, while Anxious Arousal remained stable. In Profile 2, General Distress and Anhedonic Depression remained stable across all assessments, whereas Anxious Arousal significantly declined from pregnancy to two months postpartum and then stabilized. In Profile 3, no significant changes were observed over time in any of the symptom dimensions. Profile membership remained highly stable over time. Most women in the high- and moderate-symptom profiles remained in the same group across all timepoints. The low-symptom profile also showed high stability from pregnancy to two months postpartum, although nearly one-third transitioned to the moderate profile by six months. The identification of three stable symptom profiles

highlights the relevance of person-centered, dimensional approaches to the assessment of perinatal affective symptoms. Women in the high-symptom profile presented persistently elevated levels across all dimensions, with a significant increase in General Distress and Anhedonic Depression from two to six months postpartum. Additionally, the transition of nearly one-third of women from the low- to the moderate-symptom profile suggests that affective symptoms may emerge later in the postpartum period. These findings underscore the importance of longitudinal monitoring and the timing and targeting of preventive interventions based on symptom trajectories.

Palavras-chave: Internalising symptom, perinatal mental health, Longitudinal latent profile analysis, Person-centered assessment

COMUNICAÇÃO ORAL 2 - Reflexo disfórico de ejeção de leite (D-MERq): Revisão e Apresentação de um Projeto

Dinora Coelho¹, Filipa Ribeiro², Beatriz Couto¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Portugal

²Unidade Saúde Familiar de Ronfe, Portugal

7684@ulsaave.min-saude.pt

O D-MER é uma condição neurobiológica caracterizada por uma desregulação emocional que ocorre imediatamente antes ou durante a descida do leite materno. A sua prevalência tem sido reportada entre 6% e 15.4%. Esta condição tem um impacto significativo no bem-estar materno, podendo levar à descontinuação precoce da amamentação. Acredita-se que envolva alterações hormonais e não há tratamento específico, sendo recomendadas estratégias de suporte. A única ferramenta de diagnóstico validada é o questionário de D-MER validado para a população croata. Os objetivos do presente trabalho consistem na realização de uma revisão narrativa sobre o tema e na apresentação de um projeto em curso, a decorrer na Unidade Local de Saúde do Alto Ave. Este projeto tem como finalidades a tradução e validação do questionário de D-MER para a língua portuguesa e a caracterização da população em estudo. A revisão narrativa será realizada com base em artigos científicos. No que respeita ao projeto, este incluirá puérperas com 18 anos ou mais, até 12 meses após o parto, acompanhadas em quatro USFs da ULS do Alto Ave. O recrutamento ocorrerá em consultas médicas, de enfermagem ou por contacto direto, após consentimento informado. Serão aplicados os seguintes instrumentos: questionário D-MER (traduzido e validado), Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS), Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) – versão curta, e a Escala de Ligação Parental ao Bebê (PBQ). O D-MER foi identificado pela primeira vez em 2007 por Alia Macrina Heise, tratando-se de uma condição neurobiológica ainda pouco reconhecida e com limitada representação na literatura científica. Importa salientar que esta perturbação é distinta da depressão pós-parto e da aversão à amamentação, sendo a sua principal característica diferenciadora a curta duração dos sintomas, restritos ao momento da descida do leite. Têm sido propostas várias hipóteses para explicar os mecanismos associados à disforia, envolvendo alterações hormonais e de neurotransmissores. A teoria mais consistente sugere que a queda abrupta da dopamina, que leva à secreção de prolactina durante a lactação, é o principal mecanismo. Atualmente, não existe tratamento farmacológico com eficácia comprovada. Assim, recomendam-se intervenções de suporte, como alimentação equilibrada, estratégias de distração, técnicas de relaxamento, contacto pele a pele e ingestão de água fria no momento da ejeção do leite. No que diz respeito ao projeto, este já obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ULS do Alto Ave, encontrando-se atualmente em fase de recolha de dados nas diferentes USFs envolvidas. O objetivo é alcançar um mínimo de 260 participantes. O reflexo disfórico de ejeção do leite tem um impacto considerável na experiência materna durante a amamentação, podendo mesmo contribuir para a sua interrupção precoce. Apesar dos avanços na compreensão do fenómeno, são ainda necessários mais estudos que aprofundem os mecanismos biológicos envolvidos. É importante aumentar a sensibilização das mães e capacitar os profissionais para reconhecerem e lidarem com esta condição de forma adequada. A existência de ferramentas validadas é crucial para esse reconhecimento, o que reforça a relevância do projeto atualmente em curso.

Palavras-chave: "reflexo disfórico de ejeção do leite"; dmer; dmer-q; perinatal

COMUNICAÇÃO ORAL 3 - Screening for Clinically Significant Fear of Childbirth: Results from a Multicountry Study Using the Fear of Birth Scale

Francisca Teixeira¹, Matilde Sousa¹, Daniela Fidalgo¹, Cláudia Sousa^{1,2}, Susan Garthus-Niegel³, Olga Riklikienė⁴, Paulina Pawlicka⁵, Julie Jomeen⁶, Inês Jongenelen¹, Lara Seefeld⁷, Gabija Jarašiūnaitė-Fedosejeva⁸, Barbara Baranowska⁹, Kathleen Baird¹⁰, Diogo Lamela¹, Raquel Costa^{1,11}, Tiago Miguel Pinto¹

¹Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

²Insight - Piaget Research Center for Ecological Human Development - Piaget Institute, Portugal

³Institute for Systems Medicine (ISM) and Faculty of Human Medicine, MSH Medical School Hamburg, Hamburg, Germany; Institute and Policlinic of Occupational and Social Medicine, Faculty of Medicine, TUD Dresden University of Technology, Dresden, Germany; Department of Childhood and Families, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway

⁴Nursing Department, Faculty of Nursing, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

⁵Department of Social Sciences, Institute of Psychology, University of Gdansk, Gdansk, Poland

⁶Faculty of Health, Southern Cross University, Bilinga, Queensland, Australia

⁷Institute and Policlinic of Occupational and Social Medicine, Faculty of Medicine, TUD Dresden University of Technology, Dresden, Germany; Department of Psychotherapy and Psychosomatic Medicine, Faculty of Medicine and University Hospital Carl Gustav Carus, TUD Dresden University of Technology, Dresden, Germany

⁸Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Vytautas Magnus University, Kaunas, Lithuania

⁹Department of Midwifery, Centre of Postgraduate Medical Education, Warsaw, Poland

¹⁰School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, University of Technology Sydney, Ultimo, NSW 2007, Australia

¹¹EPIUnit ITR, Institute of Public Health of the University Porto, University of Porto, Rua das Taipas, n° 135, 4050-600 Porto, Portugal

francisca.teixeira@ulusofona.pt

Assessing the screening ability of the Fear of Birth Scale (FOBS) during the perinatal period using multicountry data is a step toward effectively identifying clinically significant fear of childbirth (FOC) in maternal healthcare settings. To evaluate the screening ability of FOBS among women in the perinatal period using data from Australia, Germany, Lithuania, Poland, and Portugal. A total 3431 women completed the FOBS during pregnancy (n = 2984) or postpartum (n = 447). Sociodemographic, obstetric, neonatal, and mental health-related data were self-reported. From these, the sample from Poland (n = 293) and a subsample from Portugal (n = 119) also reported on type of birth, perceived birth trauma, postpartum depressive and anxiety symptoms. FOBS presented demonstrated a high ability to distinguish between women with and without clinically significant FOC during both pregnancy and postpartum, with optimal cut-offs across countries. FOBS scores in pregnancy also predicted elective caesarean section, and postpartum depressive and anxiety symptoms. FOBS can be a cost-effective screening tool that can be integrated into routine perinatal care appointments to identify women with clinically significant FOC and those who may need specialized mental healthcare. Incorporating FOBS into perinatal mental health screening protocols may enhance early identification of FOC, enabling timely support for women and their families. This could contribute to an improvement in women's mental health, well-being, and quality of life.

Palavras-chave: Fear of birth scale; Fear of childbirth; Postpartum; Pregnancy

12:45 - 14:00 [Western European Time – WET]

Intervalo de almoço

Sala 129

14:00 – 15:30 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 2. Perturbações de Saúde Mental Perinatal: Novos desafios na avaliação

Auditório Principal [Presencial e online]

Moderador: Tiago Pinto

COMUNICAÇÃO ORAL 1 - Avaliação e comparação de sintomas de luto perinatal após abortos, óbitos fetais e óbitos neonatais em uma amostra brasileira

Juliana Molinari¹, Betine Iser¹

¹Universidade do Sul de Santa Catarina, Brasil

jusalum@gmail.com

As perdas perinatais são relevantes e afetam a saúde física e mental dos genitores que as vivenciam, com consequências duradouras para as famílias e sociedade, como bem documentado pela literatura e ainda pouco pesquisado em países de baixa e média renda, como Brasil. Elas incluem abortos, óbitos fetais e óbitos neonatais e geram um processo de luto muitas vezes não validado socialmente, que se associa a transtornos psicológicos que ainda são muito pouco avaliados e tratados na realidade brasileira. Investigar a frequência de sintomas de luto em pais brasileiros que passaram por perdas perinatais, incluindo abortos, óbitos fetais e óbitos neonatais; Comparar a frequência de sintomas entre os diferentes tipos de perda; Comparar a frequência de sintomas conforme faixas de tempo transcorrido desde a perda; Investigar os tipos de sintomas presentes (sofrimento ativo, dificuldade de enfrentar a situação e desespero) conforme as subescalas do instrumento de avaliação utilizado. Estudo transversal com 387 participantes brasileiros (21 homens e 366 mulheres) que tiveram perdas perinatais nos 36 meses anteriores à coleta de dados. Os dados foram coletados em ambiente virtual pelo preenchimento de formulário eletrônico com informações sociodemográficas e a Escala de Luto Perinatal (ELP). A análise dos dados foi procedida por meio de estatísticas descritivas e comparação da frequência de sintomas acima do limiar com o tipo de perda e tempo desde a perda, pelo teste Qui-Quadrado, além da comparação das medianas de escore pelo teste de Kruskal-Wallis. Sintomas de luto acima do limiar estiveram presentes em 76,3% dos participantes que tiveram óbito neonatal, 70,3% dos que tiveram óbito fetal e 46,4% dos que tiveram aborto, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), tanto no escore total quanto nas subescalas. Quanto ao tempo desde a perda, no escore total e na subescala de sofrimento ativo a frequência de sintomas foi maior nas perdas há menos de seis meses, respectivamente 69,8% e 92,9%, diminuindo com o passar do tempo até os 24 meses. A partir dos 24 meses, observam-se oscilações tanto nas frequências de sintomas acima do limiar quanto na comparação de medianas, com variação conforme as subescalas, mas com tendência a diferenças mais marcantes entre as perdas há menos de 6 meses e as perdas há mais tempo. Estes achados podem ser discutidos como possíveis indicativos de transtorno de luto prolongado como consequência de perdas perinatais. Este estudo evidencia a prevalência significativa de sintomas de luto perinatal nos pais brasileiros, maior do que costuma ser encontrado na literatura. Mesmo a frequência de sintomas tendo sido maior nos grupos de óbitos fetais e neonatais do que nos abortos, todos os tipos de perda mostraram-se geradores de sintomas. Apesar das limitações decorrentes do desenho transversal, a análise das pontuações das subescalas em diferentes faixas de tempo pode gerar hipóteses sobre uma possível relação com eventuais transtornos de luto prolongado, a serem melhor investigadas em futuros estudos. Oferecer acolhimento, triagem e acompanhamento aos pais após a perda mostra-se essencial.

Palavras-chave: Aborto; natimorto; óbito neonatal; luto.

COMUNICAÇÃO ORAL 2 - Gravidez e Adição: A Importância de uma Intervenção Precoce

Mariana Remelhe¹, Rita Neto¹, Ângela Pinto¹, Margarida Vieira¹, Pedro Barbosa¹, Raquel Silva¹

¹Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, Portugal

mariana.remelhe.95@gmail.com

O consumo de substâncias durante a gravidez é um desafio significativo em saúde pública, afetando cerca de uma em cada dez grávidas. A elevada taxa de gravidezes não planeadas entre pessoas com perturbações de uso de substâncias (PUS) contribui para exposições fetais precoces, muitas vezes antes do reconhecimento da gestação. O estigma associado a estas condições pode dificultar o acesso a cuidados adequados. Compreender os riscos perinatais e oferecer intervenções baseadas na evidência é essencial para melhorar os resultados materno-infantis. Esta revisão visa sintetizar a evidência recente sobre a prevalência e consequências do uso de substâncias durante a gravidez e o pós-parto. Os objetivos incluem: (1) descrever o impacto clínico do álcool, tabaco, canabinoides, estimulantes e opiáceos na saúde fetal e neonatal; (2) resumir as opções terapêuticas disponíveis; e (3) rever as recomendações de segurança no contexto da amamentação materna em mulheres com consumo ativo ou em tratamento. Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, utilizando a base de dados PubMed e os termos “perturbação de uso de substâncias”, “gravidez”, “saúde mental perinatal”. O consumo de álcool durante a gravidez está associado a alterações do neurodesenvolvimento, mesmo em níveis baixos a moderados. Nenhum dos fármacos aprovados para a perturbação de uso de álcool (PUA) demonstrou eficácia durante a gravidez; a naltrexona parece segura e é minimamente excretada no leite materno. Para a perturbação de uso de opiáceos (PUO), a metadona e buprenorfina são eficazes, com a buprenorfina associada a menor gravidade e duração da síndrome de abstinência neonatal. A abstinência de opiáceos implica riscos obstétricos, devido ao aumento da contractilidade uterina e hipóxia fetal. Durante a gravidez, pode ser necessário fracionar e ajustar as doses destes medicamentos. O tabaco está associado a baixo peso à nascença, parto pré-termo e défices cognitivos, sendo das substâncias mais difíceis de cessar. Intervenções comportamentais são preferidas; os fármacos disponíveis carecem de dados de segurança na gravidez. Os estimulantes têm o pior perfil obstétrico, enquanto os canabinoides apresentam riscos moderados. Durante a amamentação, o uso de álcool, cocaína, heroína e canabinoides está contraindicado. Em contraste, a metadona, a buprenorfina, os antidepressivos e a maioria dos antipsicóticos são seguros, podendo reduzir a síndrome de abstinência neonatal quando mantidos no período de amamentação. A perturbação de uso de substâncias na gravidez exige uma abordagem multidisciplinar, baseada na evidência e centrada na doente. Apesar de existirem tratamentos bem estabelecidos para a PUO, persistem lacunas significativas na abordagem da PUA, do consumo de nicotina e de estimulantes. A amamentação deve ser cuidadosamente avaliada, tendo em conta tanto a substância como a medicação de manutenção. É crucial promover o planeamento familiar, a redução de danos e planos terapêuticos individualizados. A integração entre psiquiatria e obstetrícia é fundamental para melhorar os desfechos materno-infantis.

Palavras-chave: perturbação de uso de substâncias; gravidez; saúde mental perinatal; síndrome de abstinência neonatal

COMUNICAÇÃO ORAL 3 - Desafios do diagnóstico, gestão e implicações para saúde materno-fetal das perturbações do comportamento alimentar no período perinatal: A propósito de dois casos clínicos

Rita Ortega¹, Beatriz Couto¹, Elisa Lopes¹, Filipa Alves¹, Sónia Simões¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Portugal

ritaortiga23@gmail.com

A gravidez é um período vulnerável para as perturbações do comportamento alimentar (PCA), em parte, pelo menor controlo sobre o corpo e alterações neuro-endócrinas. A restrição alimentar, compulsão alimentar (CA)

e comportamentos purgativos (CP) podem reduzir ou remitir na gravidez, recorrendo tendencialmente nos 12 meses pós-parto, enquanto uma minoria das mulheres mantém-se assintomática. Porém, estudos também afirmam que as PCA podem surgir durante a gravidez e que mulheres com esses antecedentes apresentam risco de recaída no período perinatal. Abordar os desafios associados ao diagnóstico e gestão das PCA no período perinatal, bem como as suas consequências para a saúde materno-fetal, através do relato de dois casos clínicos. Foram recolhidos dados clínicos e sociodemográficos de duas mulheres primigestas com alterações do comportamento alimentar, mediante entrevistas clínicas e análise dos respetivos processos clínicos. Para contextualização teórica dos casos, foi realizada uma revisão narrativa da literatura científica nas bases de dados PubMed e Google Scholar, com foco nas PCA no período da gravidez e pós-parto. Caso 1 – Primigesta com gravidez tardiamente vigiada, índice de massa corporal pré- gestacional de 13.7 kg/m², ganho ponderal insuficiente na gestação, a condicionar restrição do crescimento fetal (RCF). Foi internada na obstetrícia para estudo do comportamento alimentar, com apoio da psiquiatria, às 33 semanas de gestação (SG). Ao longo do internamento, aderiu ao plano alimentar, verificando-se boa evolução ponderal e maior satisfação com a gravidez. O diagnóstico de PCA foi excluído, após se ter esclarecido que a malnutrição tinha origem em maus hábitos alimentares e contexto familiar e socioeconómico desfavorável. Por esse motivo, protelou-se o internamento até ao parto. Caso 2 – Primigesta com antecedentes de obesidade, bullying na infância e traços disfuncionais de personalidade. Iniciou seguimento psiquiátrico às 27 SG por alteração do comportamento alimentar desde o período pré-gestacional, posteriormente enquadrada no diagnóstico de bulimia nervosa, além de sintomas angodepressivos. Esclareceu que iniciou processo de emagrecimento por recomendação médica, mas perdeu o controlo, adotando uma dieta restritiva, rotina intensa de exercício físico e CP após episódios de CA. A gravidez não foi planeada, admitindo má adaptação inicial. Contudo, esse novo papel fê-la alimentar-se melhor e cessar os CP, embora mantenha insatisfação com a imagem corporal. A gravidez e os primeiros meses pós-parto podem ser uma janela de oportunidade para o tratamento das PCA. Estas associam-se a gravidezes indesejadas, abortos espontâneos e induzidos, ansiedade e depressão perinatais, malformações fetais, pré-eclampsia, partos por cesariana, prematuridade, RCF e mortalidade perinatal. A amamentação parece reduzir o impacto de algumas destas complicações. Embora o primeiro caso alerte para a importância do diagnóstico diferencial, o subdiagnóstico é mais frequente no período perinatal. Este é agravado por estigma, escassa formação dos obstetras e inexistência de instrumentos de rastreio validados, reforçando a necessidade de abordagens multidisciplinares, maior sensibilização e investigação nesta área.

Palavras-chave: Bulimia nervosa; malnutrição; perturbações do comportamento alimentar; psiquiatria perinatal

15:30 – 17:00 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 3. Modelos de Intervenção e Boas Práticas: Mães, pais e bebés

Auditório Principal [Presencial e online]

Moderador: Lara Vilela

COMUNICAÇÃO ORAL 1 - É possível promover competências parentais em pessoas com doença psiquiátrica? Semente Gravidez e primeiro ano de vida

Teresa Maia¹, Catarina Pereira¹, Joana Marau¹, Alexandra Lourenço¹

¹Unidade Local de Saúde Amadora Sintra, Portugal

maria.t.correia@ulsasi.min-saude.pt

20% das mulheres desenvolvem algum tipo de perturbação mental no período perinatal, com impacto significativo na mulher, família e criança. Trata-se de um período em que as mulheres recorrem mais aos serviços de saúde, tornando-se uma excelente oportunidade de reforçar o tratamento e desenvolver programas

de promoção da saúde mental. A organização comunitária dos Serviços de Saúde Mental facilita a implementação destes programas. Uma das questões mais relevantes é a promoção de competências parentais em mulheres com doença psiquiátrica grave. Descrever o programa Semente gravidez e primeiro ano de vida, em curso no Departamento de Saúde Mental (DSM) da ULSASI, com especial enfoque na descrição de intervenções que promovem competências parentais no período perinatal em famílias com doença psiquiátrica que já eram ou passam a ser acompanhadas nas equipas comunitárias (EC) de saúde mental. Serão também apresentados alguns resultados decorrentes da implementação de intervenções específicas. Desenvolvimento de um programa de saúde mental perinatal contendo intervenções terapêuticas e preventivas baseadas na evidência, no âmbito de um Departamento de Saúde Mental com uma organização comunitária e uma forte articulação entre a SM de adultos e da infância e adolescência. Este programa teve em conta as características específicas da nossa população e a possibilidade de se organizar um programa sustentável, desenvolvido por equipas multidisciplinares, em articulação com múltiplos parceiros, mudando as nossas práticas, por ser baseado na formação e na redefinição de circuitos. Definição de circuitos das grávidas e puérperas desde a sua avaliação inicial à implementação do Plano Individual de Cuidados (PIC) perinatal. Referência: São incluídas no Programa todas as doentes já acompanhadas nas EC que engravidam ou puérperas, assim como novas referências dos CSP ou Obstetrícia. Promove-se o acesso prioritário a primeira consulta durante a gravidez ou puerpério. Avaliação: Ficha da grávida e da puérpera – Recolha sistemática e uniforme de informação, identificando fatores de risco e protetores no período perinatal, serve como forma de referência e será atualizada ao longo da gravidez e puerpério. É preenchida pelo Psiquiatra e Enfermeiro da EC. PIC: Discussão em reunião mental para definição do PIC perinatal, sendo incluídas recomendações relativamente ao tratamento da doença psiquiátrica e de suporte à parentalidade (medicação, outras intervenções terapêuticas específicas durante a gravidez, parto e puerpério), e considerados aspetos relacionadas com a proteção do bebé, amamentação e anticonceção. Implementação do PIC pela EC junto da grávida/puérpera e sua família. Serão descritas de forma mais detalhada intervenções de capacitação parental, como Programa “Bebés Incríveis” e “Programa de promoção da interação mãe bebé” em pais com psicopatologia. Serão apresentados resultados relativos às 278 grávidas e puérperas que até agora beneficiaram do programa. O programa foi facilmente implementado pelos profissionais do DSM, existindo uma boa adesão e aceitação por parte de grávidas e puérperas. Foi possível aumentar a acessibilidade precoce ao programa na maior parte dos grupos de risco e implementar intervenções terapêuticas e de promoção de competências parentais baseadas na evidência em mulheres com doença psiquiátrica, que se traduzem no incremento de práticas parentais promotoras do desenvolvimento e na promoção da vinculação segura através da melhoria da interação mãe-bebé. Trata-se de um programa sustentável e replicável noutros DSM que integra prevenção e tratamento, baseado na formação e numa abordagem próxima e multidisciplinar.

Palavras-chave: prevenção, perinatal, competências parentais

COMUNICAÇÃO ORAL 2 - Perturbação obsessivo-compulsiva no período perinatal: Revisão narrativa e proposta de integração num programa de intervenção especializado em perturbações do espectro obsessivo

Isabel Palma¹, Ana Sofia Costa¹, Ricardo Moreira¹

¹Unidade Local de Saúde de São João, Portugal

isabelmangaspalma@gmail.com

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) perinatal é uma entidade clínica prevalente, mas frequentemente negligenciada nos serviços de saúde. Caracteriza-se por obsessões ego-distónicas, frequentemente relacionadas com o bebé, e rituais associados a elevado sofrimento e disfunção maternos. O desconhecimento desta condição por parte dos profissionais que acompanham mães no período perinatal, aliado à inexistência de programas especializados de intervenção, compromete o seu diagnóstico precoce e a implementação atempada de estratégias terapêuticas baseadas na evidência, fundamentais para a proteção da díade mãe-bebé. Analisar criticamente a literatura científica recente sobre a POC perinatal, com foco na sua prevalência, apresentação

clínica, fatores etiológicos e abordagens terapêuticas, e discutir a pertinência da integração de respostas específicas para esta condição num programa especializado de intervenção em perturbações do espectro obsessivo, inserido num serviço hospitalar terciário. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura com base em artigos científicos publicados até julho de 2025, identificados na base de dados PubMed. Adicionalmente, foram incluídos estudos selecionados a partir das referências bibliográficas dos artigos inicialmente incluídos. A revisão integrou revisões sistemáticas, estudos experimentais, observacionais e recomendações clínicas sobre a POC no período perinatal. A análise abrangeu os domínios epidemiológico, etiológico e terapêutico. A proposta de integração de respostas específicas para a POC perinatal no programa especializado em perturbações do espectro obsessivo da nossa unidade fundamentou-se nos achados desta revisão. A prevalência da POC perinatal situa-se entre 2% e 16%, podendo os sintomas obsessivo-compulsivos ter início ou exacerbar-se no período pré ou pós-natal. As obsessões frequentemente envolvem pensamentos relacionados com contaminação, dano intencional ou negligência e são acompanhadas por compulsões de verificação ou limpeza excessiva e evitamentos. O diagnóstico diferencial com a psicose pós-parto é crucial, podendo ser complexo e exigir avaliação por clínicos experientes. Fatores de risco incluem história prévia de POC, comorbidade com perturbações ansiosas e stress perinatal. As recomendações atuais indicam como primeira linha terapêutica durante a gravidez e o período de amamentação a terapia cognitivo-comportamental com exposição e prevenção de resposta e os inibidores seletivos da recaptção da serotonina. A literatura sugere um subdiagnóstico significativo, relacionado com vergonha, medo de repercussões legais e desconhecimento por parte dos profissionais de saúde. É enfatizada a necessidade de intervenções específicas, incluindo rastreio dirigido e programas de diagnóstico e tratamento conduzidos por equipas capacitadas. Neste contexto, propõe-se a integração de respostas específicas no programa especializado já existente na nossa unidade, incluindo formação dirigida aos profissionais dos cuidados de saúde primários e de obstetrícia, e a criação de uma “via verde” de referência, que viabilize avaliação precoce, tratamento e acompanhamento multidisciplinar. A POC perinatal é uma entidade prevalente e incapacitante, cujo subdiagnóstico e consequente subtratamento comprometem os resultados clínicos materno-infantis. A criação de respostas específicas no âmbito de um programa especializado em perturbações do espectro obsessivo já existente pode aumentar a capacidade de deteção precoce e promover intervenções eficazes. Este modelo assistencial, multidisciplinar e baseado na evidência, está alinhado com as recomendações internacionais e representa um avanço na organização de cuidados diferenciados em saúde mental perinatal, com potencial de replicabilidade em outros contextos hospitalares e de integração em políticas públicas de saúde mental materna.

Palavras-chave: perturbação obsessivo-compulsiva; saúde mental materna; intervenção Precoce

COMUNICAÇÃO ORAL 3 - (Re)construindo vínculos na maternidade: uma experiência psicoterapêutica grupal de inspiração grupal analítica

Ana Paula Camarneiro¹, Ana Cristina Vieira²

¹*Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra, Portugal*

²*Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal*

paula.camarneiro@gmail.com

A psicoterapia de grupo de inspiração grupal analítica, é uma prática pouco divulgada em perinatalidade. O setting psicoterapêutico constitui-se como rede de apoio através dos encontros previsíveis e frequentes, que geram proximidade e entreajuda, fomentando sentimentos de pertença e apoio mútuo. Também, a heterogeneidade dos membros do grupo contribui para o confronto com a diversidade de pensar, sentir e agir proporcionando contacto com diferentes perspetivas. O desenvolvimento pessoal e grupal acontece na busca por mudanças e no entendimento das questões psicológicas. São objetivos desta intervenção: (1) contribuir para a melhoria da saúde mental das mães no período perinatal; (2) promover a construção de vínculos entre as mães e os seus bebés; (3) analisar as perceções das mães sobre os benefícios da psicoterapia de grupo na perinatalidade. Estudo de intervenção psicoterapêutica de grupo, base grupal analítica, na consulta de psicologia de uma maternidade. Participantes, seis mães, puérperas, 1 a 3 meses pós-parto, recrutadas após entrevista em consulta de psicologia.

Intervenção semanal, durante 20 sessões, seguidas de quatro follow-up, dois quinzenais e dois mensais. Avaliação psicométrica antes e após, com recurso a escalas/questionários (EPDS; DASS-21; EVPósN). Na última sessão, incluiu-se formulário de satisfação do processo e resultado. As mães foram convidadas a trazer consigo os seus bebés. Cumpridos todos os procedimentos éticos, incluindo consentimento informado. Análise estatística e conteúdo No contexto da psicoterapia de grupo, benefícios mediatos e imediatos decorreram da partilha gerada na dinâmica grupal. Ao longo das sessões, as mães desenvolveram sentimentos e perceções de apoio psicológico; manifestaram ressonância afetiva e aumento do bem-estar, e reforçaram a compaixão e a segurança pessoal e relacional. Durante o processo, revisitaram as suas dificuldades pessoais, através de expressões de agressividade latente, fragilidades narcísicas e mecanismos defensivos; mas também relacionais, com as famílias de origem pessoal e dos companheiros, principalmente relacionadas com as figuras parentais, mães/pais, sogras/os, e com a rede de amigos e/ou colegas. A intervenção psicoterapêutica foi permitindo, às mães, a criação de um espaço interno para se ligarem aos seus bebés e reelaborarem as relações conjugais e familiares. Duas mães deixaram a terapêutica antidepressiva. Os resultados psicométricos revelaram redução nos níveis de depressão (avaliados com EPDS e DASS-21) e de stress (DASS-21). Todas apresentaram um incremento da vinculação afetiva aos seus bebés avaliada com a EVPósN. A satisfação conjugal não mostrou alterações significativas no grupo, embora tenha aumentado em 4 participantes. A sua satisfação com a psicoterapia grupal foi muito elevada. A psicoterapia de grupo funcionou como minilaboratório da vida real, em contexto controlado, seguro e de apoio, onde os membros do grupo ativaram processos de reorganização psíquica, mediados e transformados com o auxílio das terapeutas, tornando-se mais saudáveis. Este grupo constituiu-se como meio de excelência para a tomada de consciência e elaboração psíquica das problemáticas emocionais que perturbavam o bem-estar das mães, como a depressão e o stress, e a consequente disponibilidade destas mães para investir afetivamente nos seus bebés reforçando a vinculação, mais gratificante e prazerosa. Palavras-chave: Maternidade; Intervenção psicoterapêutica; Psicoterapia de grupo; Grupanálise.

17:30 – 19:00 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 4. Cuidados Perinatais Integrados e Formação e Capacitação: Inovações e Desafios

Auditório Principal [Presencial e online]

Moderador: Raquel Correia

COMUNICAÇÃO ORAL 1 - Gaps in mental healthcare in women with childbirth-related posttraumatic stress disorder

Raquel Costa¹, Daniela Fidalgo¹, Inês Jongenelen¹, Stephanie Alves¹, Andreas Mayr², Tiago Miguel Pinto¹, the INTERSECT Consortium³

¹Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

²Department of Medical Biometry and Statistics (IMBS), Philipps-University of Marburg

³Members of the INTERSECT Consortium and their affiliations are listed here: <https://www.intersectstudy.org/international-partners>

raquel.costa@ulusofona.pt

Unmet needs in perinatal mental healthcare are an important public health problem. To analyze the sociodemographic and mental health-related factors associated with receiving mental healthcare among women with childbirth-related posttraumatic stress disorder (CB-PTSD). Women in the postpartum period reported to a survey including sociodemographic and mental health-related factors, as well as CB-PTSD using the City Birth Trauma Scale. We analysed data from 446 women that met criteria for diagnosis of CB-PTSD. Logistic

regressions adjusting for age, ethnicity, education, marital status (Model 1), any previous trauma, previous diagnosis of mental health problems, birth trauma perception, previous birth trauma and pregnancy loss (Model 2), and current depression symptoms (Model 3) were performed to obtain the (adjusted) odds ratio (OR) and 95% confidence interval(CI) of the different factors of interest for receiving mental healthcare among women with a PTSD diagnosis. Of the 446 women that met PTSD diagnostic criteria, 77(17.3%) reported current treatment for mental health concerns. Older women (≥ 35 years; OR: 1.931; 95%CI: 1.010 – 3.690), with a previous diagnosis of mental health problems (OR: 2.535; 95%CI: 1.416 – 4.538), or higher current depression symptoms' severity (OR: 1.114; 95%CI: 1.058 – 1.174) were more likely to receive treatment. Gaps in mental healthcare in women with CB-PTSD may have noticeable important human and economic costs to society. Public perinatal mental health policies aiming to provide adequate screening and timely care, can minimize the negative impact of PTSD on mothers, their children, and families.

Palavras-chave: childbirth-related posttraumatic stress disorder; mental health care; sociodemographic factors; mental health-related factors

COMUNICAÇÃO ORAL 2 - O Papel da Saúde Mental e do Psiquiatra na Interrupção Médica da Gravidez: Uma Análise da Lei Portuguesa e do Panorama Europeu

Beatriz Couto¹, Rita Ortiga¹, Dinora Coelho¹, Sara Oliveira¹, Sónia Simões¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Portugal

beatriz.azevedo.couto@gmail.com

Em Portugal, a lei da Interrupção Médica da Gravidez (IMG) reconhece a saúde física e psíquica como fundamentos legais para a sua realização. De forma semelhante, diversas legislações europeias contemplam a saúde mental como critério jurídico. No entanto, persistem questões sobre a aplicação prática deste enquadramento legal, particularmente nos momentos de decisão clínica. A ausência de critérios definidos suscita dúvidas éticas, legais e clínicas, com implicações relevantes para a saúde mental perinatal. Analisar o enquadramento da saúde mental na legislação portuguesa sobre IMG e compará-lo com o panorama legal de outros países europeus. Identificar lacunas nos critérios clínicos e legais, com especial enfoque no impacto para a saúde mental perinatal e na equidade no acesso a cuidados de saúde reprodutiva. Compreender o papel da Psiquiatria no processo de decisão clínica em contextos de interrupção da gravidez. Foi realizada uma análise documental crítica da legislação portuguesa (artigo 142.º do Código Penal), comparando-a com os enquadramentos legais relativos à interrupção da gravidez em diversos países europeus. Em complemento, procedeu-se a uma revisão da literatura científica, recorrendo às bases de dados PubMed, Scopus e Google Scholar. A pesquisa teve como objetivo identificar estudos relevantes sobre o enquadramento jurídico da interrupção da gravidez por razões de saúde mental, bem como contributos que problematizassem a definição de critérios clínicos e o papel dos profissionais de saúde na avaliação desses casos. A lei portuguesa permite a realização da IMG, sem limite temporal, sempre que esta constitua o único meio de evitar uma lesão grave e irreversível para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida. Contudo, não estabelece critérios clínicos nem define quem deve avaliar esse risco. O panorama europeu é marcado por grande heterogeneidade: alguns países mencionam explicitamente a saúde mental, outros referem apenas o termo saúde (sem distinção entre física ou mental) e existem legislações mais restritivas ou ambíguas. A literatura sobre esta temática é escassa e, por vezes, desatualizada. O debate internacional tem-se centrado na definição legal e operacional de saúde mental, bem como na pertinência de uma abordagem biopsicossocial. Os estudos identificam três categorias operacionais: risco agudo de suicídio, perturbação mental grave ou crónica e risco de deterioração futura da saúde mental. Outro ponto crítico é a definição do(s) profissional(is) habilitado(s) a validar estas indicações — sendo controverso se a avaliação deve ser exclusiva da Psiquiatria. A inexistência de regulamentação clara pode levar à subutilização deste enquadramento legal, por receio de repercussões jurídicas, comprometendo o acesso equitativo à IMG e a proteção da saúde mental perinatal. Apesar da saúde mental ser legalmente reconhecida em Portugal como justificação para a IMG, persistem lacunas quanto à sua aplicação

clínica. A comparação internacional e a literatura disponível reforçam a necessidade de clarificação dos critérios, formação adequada dos profissionais e garantia de acesso equitativo à avaliação. De facto, a decisão clínica e legal sobre a continuidade da gravidez tem implicações centrais na saúde mental perinatal. São necessários estudos mais sistematizados e multidisciplinares, capazes de sustentar uma discussão pública e regulamentar mais robusta, orientada por princípios éticos, clínicos e pelos direitos reprodutivos das mulheres. Palavras-chave: Saúde Mental Perinatal; Interrupção Médica da Gravidez; Legislação; Direitos Reprodutivos

COMUNICAÇÃO ORAL 3 - A Relação Terapêutica na Clínica Perinatal: Fusão e ressonâncias

Catarina Martins¹, Ana Correia²

¹Catarina Martins - *Clínica de Psicologia, Portugal*

²Academia Transformar, Portugal

geral@catarinacanelasmartins.com

A psicologia perinatal lida com experiências liminares - nascimento, perda, vínculo - que evocam camadas profundas da subjetividade. Nessa clínica, o corpo torna-se linguagem e a relação terapêutica, um espaço encarnado de escuta. Ao considerar as ressonâncias entre paciente e terapeuta, ampliamos o campo da clínica tradicional, valorizando o vínculo como ferramenta de co-regulação e integração psíquica. Este trabalho ancora-se em referenciais da experiência somática, da teoria do apego e das abordagens baseadas em partes (IFS).

Refletir sobre o papel da relação terapêutica na clínica perinatal como espaço de co-regulação, vínculo e transformação. A proposta é explorar, à luz de modelos contemporâneos, como as ressonâncias somáticas e emocionais da terapeuta participam ativamente do processo clínico, facilitando a conexão relacional e permitindo o mapeamento e acolhimento das diferentes partes psíquicas que emergem no ciclo gravídico-puerperal, incluindo experiências de gestação, parto, perda e vinculação. Trata-se de uma reflexão teórico-clínica, ancorada na experiência em atendimentos perinatais individuais com grávidas, puérperas e mulheres em luto gestacional ou neonatal. A análise parte da escuta clínica e da observação das ressonâncias somáticas vividas na relação terapêutica. Os dados serão discutidos à luz da experiência somática, teoria do apego, abordagem baseada em partes e teoria polivagal. Serão utilizadas vinhetas clínicas de clientes e supervisandas, com as devidas adaptações para salvaguardar o sigilo, ilustrando como a experiência física e emocional da terapeuta participa no processo de co-regulação e integração psíquica. Os atendimentos perinatais revelam que a relação terapêutica funciona como um espaço central de co-regulação emocional e corporal, especialmente quando experiências de trauma, perda ou desconexão afetiva estão presentes. Observou-se que a escuta encarnada - onde o corpo da terapeuta também sente, reage e acolhe - facilita a emergência e a integração de partes psíquicas fragmentadas. As ressonâncias somáticas, tornaram-se recursos valiosos para mapear dinâmicas internas do processo terapêutico, contribuindo para uma escuta mais afinada e responsiva. O potencial destas competências destaca-se quando a terapeuta se envolve num processo de supervisão e de trabalho pessoal, complementares à prática clínica. As vinhetas analisadas demonstram que, quando a terapeuta se posiciona com presença, curiosidade e regulação interna, cria-se um campo relacional seguro onde pode ocorrer a reparação vincular. A inclusão da dimensão corporal do terapeuta - tradicionalmente secundarizada - revela-se fundamental na clínica perinatal, onde o não-verbal muitas vezes comunica mais do que as palavras. Estes resultados apontam para a importância de uma formação académica que promova abordagens somáticas, o desenvolvimento pessoal e o autocuidado do terapeuta e que defenda a supervisão contínua, reforçando boas práticas clínicas e protectoras do equilíbrio do profissional e da transformação do cliente. A relação terapêutica na clínica perinatal é um espaço de transformação, onde corpo, desenvolvimento pessoal, autocuidado e atualização técnica do profissional se revelam competências essenciais para processos eficazes e protetores do equilíbrio emocional dos intervenientes. Ao reconhecer as ressonâncias somáticas e o crescimento interno do terapeuta como partes integrantes do processo clínico, ampliamos a compreensão do terapeuta enquanto co-regulador e testemunha encarnada das experiências vividas. Conclui-se que integrar corpo, desenvolvimento

pessoal e autocuidado na formação e supervisão enriquece a clínica, oferecendo caminhos integrativos para o cuidado perinatal e promovendo uma prática mais sensível, ética e reflexiva.

Palavras-chave: relação terapêutica, ressonância, fusão

SESSÕES PARALELAS

11:15 – 12:45 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 2. Perturbações de Saúde Mental Perinatal: Novos desafios na avaliação

Sala 124 [Presencial]

Moderador: Tiago Pinto

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 1 - O insustentável peso do medo e da dúvida: Perturbação obsessivo-compulsiva no período perinatal

Joana Bravo¹, Cláudia da Silva¹

¹Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Portugal

joanabpbraga@gmail.com

A perturbação obsessivo-compulsiva (POC) é uma doença psiquiátrica crónica, frequentemente incapacitante, que se caracteriza pela presença de obsessões (pensamentos intrusivos, repetitivos e indesejados) e/ou compulsões (comportamentos ou actos mentais repetitivos, realizados para reduzir a ansiedade associada às obsessões). O período perinatal – que inclui a gravidez e o pós-parto – é reconhecido como um tempo de vulnerabilidade acrescida para o início ou agravamento de perturbações psiquiátricas, incluindo a POC. Apesar da sua relevância clínica, a POC perinatal permanece subdiagnosticada e subtratada. Este trabalho tem o intuito de apresentar uma revisão não sistemática da literatura sobre a POC no período perinatal, com pesquisa de dados epidemiológicos, apresentações clínicas e terapêutica dirigida, com base na análise de um caso clínico. Este último é uma mulher de 24 anos, com diagnóstico prévio de POC com história de sintomatologia grave, que apresentou descompensação da sua doença durante a gravidez. Para este propósito, recorreu-se à base de dados PubMed, utilizando as palavras-chave "perturbação obsessivo-compulsiva" e "perinatal". Descreve-se o caso de uma mulher de 24 anos, com diagnóstico prévio de POC desde a adolescência, com história prévia de obsessões de contaminação e rituais de limpeza graves. Durante a gravidez, e após a descontinuação da terapêutica, verificou-se um agravamento progressivo do quadro, com ideias obsessivas de contaminação associadas à alimentação, o que originou compulsões de indução de vômito após ingestão de qualquer alimento ou líquido. Apresentou também ideias de culpa intensa e ideação suicida. Esta sintomatologia culminou numa perda ponderal significativa de 8,5 kg, alterações analíticas e grande sofrimento, o que motivou o seu internamento em unidade de agudos de Psiquiatria para estabilização clínica. Durante o internamento, foi instituída terapêutica farmacológica com sertralina titulada até 150 mg/dia, mirtazapina 15 mg/dia e risperidona 1 mg/dia, com evolução clínica favorável. A escolha da medicação teve em consideração a eficácia no controlo dos sintomas obsessivo-compulsivos, a comorbilidade da sintomatologia afectiva e as implicações do contexto perinatal, incluindo o aleitamento materno. A revisão da literatura evidencia que a POC pode ter início de novo ou exacerbar-se no contexto perinatal, sendo frequentemente subvalorizada ou confundida com outras patologias, como a depressão pós-parto ou a ansiedade generalizada. Os temas obsessivos mais comuns incluem contaminação, medo de causar dano ao bebé, dúvidas sobre a competência parental e pensamentos intrusivos de teor heteroagressivo. A sintomatologia pode gerar vergonha e medo do julgamento, levando a que muitas

mulheres não partilhem os seus pensamentos, o que contribui para o atraso no diagnóstico e tratamento. Este caso sublinha a necessidade de uma abordagem clínica atenta e abrangente no acompanhamento da saúde mental perinatal, com rastreio de sintomas obsessivo-compulsivos. O reconhecimento precoce e a intervenção adequada são fundamentais para prevenir consequências graves, incluindo perturbação do vínculo mãe-bebê, sofrimento materno significativo e risco de suicídio. Conclui-se que a POC no período perinatal é uma entidade clínica relevante, com manifestações potencialmente graves, que requer uma maior sensibilização, diagnóstico célere e estratégias terapêuticas eficazes e multidisciplinares, com vista à promoção da saúde mental materna e do desenvolvimento saudável da relação mãe-bebê.

Palavras-chave: perturbação obsessivo-compulsiva, perinatal

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 2 - Óbito fetal e luto materno: Significações psíquicas e estratégias de acolhimento

Isadora Bonani¹, Sílvia Cordeiro¹

¹*Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil*

silvianc@uel.br

A gestação é permeada por transformações corporais, familiares e subjetivas, configurando um período de intensas mudanças. Quando ocorre o óbito fetal — definido como a morte do feto a partir da 22ª semana antes da expulsão do corpo materno — instala-se uma ruptura abrupta desse processo. A perda, além de interromper expectativas, mobiliza vivências psíquicas complexas, marcadas por luto, estigmas sociais e falta de reconhecimento da maternidade, dificultando a elaboração subjetiva e o acesso a redes de acolhimento. O estudo buscou compreender os aspectos psíquicos vivenciados por mulheres que passaram pela experiência de óbito fetal, analisando como enfrentaram a perda e elaboraram o luto. Também se investigou de que modo os significados atribuídos à perda se articulam a práticas de acolhimento, especialmente em grupos de apoio, evidenciando os impactos subjetivos e sociais dessa vivência na construção da identidade materna. Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa de caráter descritivo. Participaram mulheres que vivenciaram óbito fetal, selecionadas por amostragem intencional do tipo “bola de neve”. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra, visando apreender sentidos atribuídos à experiência. O material foi analisado pela técnica de análise de conteúdo, permitindo identificar núcleos de significação relacionados à vivência da perda, às repercussões emocionais e aos dispositivos de acolhimento acionados pelas participantes. A análise revelou três categorias centrais: “É algo que vem pra ti e ponto”, “A perda fetal e os laços sociais” e “Mães de anjos”. As narrativas indicaram que a experiência do óbito fetal é vivida como ruptura radical, acompanhada de dor, sentimento de vazio e questionamentos existenciais. As participantes relataram que a ausência de reconhecimento social da maternidade após a perda intensifica o sofrimento, reforçando o estigma e o isolamento. Comentários minimizadores, como “você pode ter outro filho”, foram mencionados como fatores que agravaram a solidão e a dificuldade de elaboração do luto. Em contrapartida, os grupos de apoio emergiram como espaços fundamentais de acolhimento, nos quais as mulheres puderam compartilhar suas histórias, legitimar seus sentimentos e se nomear como “mães de anjos”. Essa autodenominação foi interpretada como estratégia simbólica para reconstruir a identidade materna diante da perda, possibilitando uma elaboração psíquica mais integrada. Os achados apontam para a relevância de dispositivos coletivos que favoreçam a escuta, a troca de experiências e o reconhecimento social do luto perinatal. O estudo pode evidenciar que a vivência do óbito fetal vai além da dimensão biológica, envolvendo impactos psíquicos significativos e desafios sociais. O tabu que cerca essa perda contribui para o silenciamento e dificulta o luto, reforçando preconceitos. Grupos de apoio configuram-se como recursos potentes para acolhimento, compartilhamento de experiências e ressignificação da maternidade, revelando a importância de políticas públicas que reconheçam essa demanda. Investir em estratégias sensíveis à subjetividade é fundamental para a promoção da saúde mental e para a construção de práticas de cuidado humanizadas em contextos de luto gestacional.

Palavras-chave: obito fetal, luto materno, psicologia, saúde

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 3 - Perda Gestacional: Luto silencioso

Cláudia da Silva¹, Joana Bravo¹

¹*Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Portugal*

claudia.ribeiro.g@gmail.com

A perda gestacional é uma experiência dolorosa e muitas vezes silenciada. O sofrimento psicológico decorrente dessa vivência ainda é subestimado por familiares, sociedade e profissionais de saúde. Mulheres que enfrentam este tipo de perda podem desenvolver perturbações psiquiátricas e por isso o reconhecimento desta perda como um evento significativo e a implementação de estratégias de acolhimento são essenciais. Neste contexto, torna-se relevante investigar e identificar as principais repercussões psiquiátricas da perda gestacional e a resposta dos serviços de saúde. Este trabalho tem como objetivos identificar e analisar os impactos da perda gestacional na saúde mental de mulheres e eventual relação com desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, e discutir a importância da abordagem e intervenção terapêutica. Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão de artigos publicados entre 2015 e 2025, através de pesquisa na base de dados PubMed, que abordam o luto perinatal e perda gestacional. Os estudos apontam que a perda gestacional está associada a intensas repercussões emocionais, como tristeza profunda, culpa, isolamento social e sofrimento emocional prolongado. A prevalência de sintomas depressivos após perda gestacional pode persistir por meses se não houver intervenção adequada, sendo maior a vulnerabilidade em mulheres com sintomas depressivos prévios. A dor emocional intensa, especialmente em contextos de perdas repetidas ou falta de apoio, pode aumentar o risco de ideação e comportamento suicida, sobretudo em mulheres com doença mental. Algumas mulheres, principalmente após perdas inesperadas no segundo ou terceiro trimestre ou quando há vivências traumáticas associadas ao atendimento obstétrico, podem desenvolver perturbação de stress pós-traumático. Embora o luto seja uma resposta natural à perda, em alguns casos ele pode tornar-se patológico, sobretudo quando não há espaço social ou familiar para o reconhecimento da perda, o que é comum em perdas precoces. Muitos trabalhos destacam a falta de preparação e disponibilidade dos profissionais de saúde, ausência de resposta das equipas de saúde para lidar com o luto perinatal e a carência de protocolos específicos para estas situações. A presença de intervenção humanizada, suporte emocional e psicológico especializado, adequado demonstraram ser fatores protetores importantes na recuperação emocional das mulheres. A perda gestacional tem um impacto significativo e duradouro na saúde mental das mulheres, mas ainda é rodeada de silêncio e algum falta de acompanhamento institucional. A partir da revisão bibliográfica, conclui-se que ações de cuidado humanizado, escuta ativa e apoio psicológico são fundamentais para minimizar os efeitos negativos dessa vivência, sendo urgente a incorporação de tais práticas nos serviços de saúde de forma a prevenir e reduzir a incidência de patologia psiquiátrica em mulheres que vivenciam uma perda gestacional.

Palavras-chave: Perda gestacional, Luto perinatal, Saúde mental perinatal

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 4 - Terapêutica na Depressão Perinatal: Presente e futuro

Fernanda Silveira¹, Daniela Oliveira¹, Denise Leite¹, Diogo Gomes¹, Teresa Reis^{1,2}

¹*Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal*

²*CHRC - Comprehensive Health Research Centre da Universidade de Évora, Portugal*

fasilveira@ulsac.min-saude.pt

A depressão perinatal afecta cerca de 15-20% das mulheres grávidas e puérperas, influenciando negativamente a saúde materna, o desenvolvimento infantil e o vínculo mãe-bebé. Pela sua constelação sintomática heterogénea é subdiagnosticada e subtratada. Recentemente, têm surgido abordagens terapêuticas baseadas na neurobiologia

do puerpério, incluindo o papel dos neuroesteróides, do eixo GABAérgico e da neuroinflamação, representando uma mudança de paradigma na Psiquiatria Perinatal. Reveste-se de especial importância o cruzamento destas novas descobertas, avaliando a sua aplicabilidade clínica. Esta revisão bibliográfica propõe-se a analisar criticamente a evidência clínica sobre terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas na depressão perinatal, incluindo fármacos consagrados mas com foco em agentes mais recentes e de ação rápida (brexanolona, zuranolona, escetamina e estimulação magnética transcraniana repetitiva - rTMS), no que concerne à eficácia, segurança e aplicabilidade. Pretende-se adicionalmente reflectir sobre a integração destas novas abordagens na prática psiquiátrica e os constrangimentos associados a estas intervenções. Revisão não sistemática da literatura publicada até julho de 2025, com recurso às plataformas PubMed e Google Scholar. Incluíram-se, preliminarmente, 30 publicações (entre ensaios clínicos, meta-análises, revisões sistemáticas e guidelines) focadas em intervenções farmacológicas e não farmacológicas com evidência para esta população, dando primazia a estudos com desfechos clínicos claros, tendo-se consultado posteriormente as referências bibliográficas relevantes citadas nas fontes iniciais. Foram analisados mecanismos de ação, eficácia clínica, tempo de resposta, segurança no aleitamento materno e aplicabilidade nos cuidados de saúde perinatais. As guidelines internacionais mais recentes recomendam os inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS) como fármacos de primeira linha, pela eficácia comprovada e segurança aceitável na amamentação. A brexanolona, um modulador alostérico positivo dos recetores GABA-A derivado da alopregnanolona, é eficaz na redução de sintomas depressivos moderados a graves nesta população, com início de resposta em 24–60h. Porém, a sua utilização está condicionada pela administração endovenosa contínua em contexto hospitalar, monitorização intensiva e custo elevado. A zuranolona, análogo oral da brexanolona, demonstrou eficácia significativa em dois grandes ensaios fase III ($n > 300$), com resposta sustentada até 45 dias após uma única toma diária durante 14 dias. Um estudo comparativo indireto demonstrou eficácia semelhante à de ISRS com menor latência de ação, mas os dados sobre segurança no aleitamento são limitados. A escetamina evidenciou efeitos positivos na depressão perinatal resistente, nomeadamente quando administrada nas primeiras duas semanas pós-parto, no entanto, a evidência é ainda incipiente. A rTMS foi benéfica nos sintomas afectivos e cognitivos, com elevada tolerabilidade. Psicadélicos, intervenções baseadas na neuroinflamação ou no eixo microbiota-cérebro permanecem ainda em fase embrionária. Nenhum estudo avaliou de forma robusta a acessibilidade em contextos clínicos reais. Os dados apresentados reflectem a complexidade da prescrição psicofarmacológica na mulher puérpera. As novas terapêuticas para a depressão perinatal como a brexanolona e a zuranolona representam avanços terapêuticos assaz interessantes quer pela sua rapidez de ação quer pelo potencial impacto precoce na funcionalidade materna. Contudo, ainda persistem lacunas importantes que se vertem na necessidade de mais estudos direccionados, especialmente no que é pertinente à segurança no aleitamento, duração do efeito, custo-eficácia e aplicabilidade fora de contextos académicos. A investigação futura deverá centrar-se em observações naturalísticas, garantindo que a inovação não exclui precisamente as mulheres que mais dela podem beneficiar.

Palavras-chave: depressão perinatal; psicofarmacologia; terapêutica; inovação

12:45 - 14:00 [Western European Time – WET]

Intervalo de almoço

Sala 129

14:00 – 15:30 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 1. Instrumentos de Avaliação e Diagnóstico em Saúde Mental Perinatal

Sala 124 [Presencial]

Moderador: Cláudia Costa

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 1 - Validity, Reliability, and Measurement Invariance of the Portuguese Work–Family Conflict Scale in Mothers of Infants and Toddlers

Helena Moreira¹, Maria Inês Nepomuceno¹, Daniela Mourão¹, Tatiana Dias¹, Margarida Perdigão¹

¹*Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal*

helena.tcmoreira@gmail.com

The Work-Family Conflict Scale (WFCS) is a 10-item self-report instrument designed to assess work-to-family conflict (WFC; 5 items) and family-to-work conflict (FWC; 5 items). The original scale was validated in a sample of parents with children aged 2 to 12 years, demonstrating a correlated two-factor structure and good psychometric properties. However, to date, the scale has not been validated in a postpartum population. This study examined the factor structure, reliability, convergent and known-groups validity of the Portuguese WFCS in a sample of mothers of infants and toddlers. It also examined the measurement invariance of the scale between mothers of infants (0-12 months) and toddlers (13-24 months). A total of 421 women with a mean age of 34 years and an infant aged 1 to 24 months ($M=11.64$; 56.3% between 1-12 months) participated in the study. Women were recruited online and completed a sociodemographic/clinical questionnaire, the WFCS, the Guilt About Parenting Scale (GAPS), the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), the Parenting Stress Scale (PSS), and the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IMP). Confirmatory factor analyses and invariance analyses were conducted using Jamovi; reliability, correlation, and comparison analyses were conducted using SPSS. Structural Equation Modeling was conducted to confirm the correlated two-factor structure of the WFCS. The model showed excellent fit: $CFI=.997$, $TLI=.996$, $RMSEA=.056$, $SRMR=.040$. The scale demonstrated good internal consistency, with Cronbach's alpha and McDonald's omega values of .86 and .87 for WFC, and .85 and .80 for FWC, respectively. A series of nested multi-group CFA models were conducted to evaluate measurement invariance across two age groups: postpartum and toddler. The results supported configural, metric, and scalar invariance, indicating that the WAFCS functions equivalently across developmental stages. Both subscales correlated in the expected directions with parenting guilt, postpartum depression, parenting stress, and mindful parenting, supporting the convergent validity of the scale. Parents of toddlers reported significantly higher levels of FWC than parents of infants, $F(1,419)=4.51$, $p=.034$. Parents diagnosed with a mental health condition scored significantly higher on the WFCS subscales than those without a diagnosis (WFC: $F(1,419)=9.88$, $p<.002$; FWC: $F(1,419)=9.13$, $p=.003$). Similarly, those with a EPDS score of 7 or above scored significantly higher on the WFCS than below the cut-off (WFC: $F(1,419)=37.68$, $p<.001$; FWC: $F(1,419)=56.78$, $p=.003$), supporting the known-groups validity of the scale. These findings provide strong psychometric support for the WAFCS as a reliable and valid measure of work–family conflict in early parenthood. The confirmed two-factor structure and full scalar invariance across postpartum and toddler groups indicate that the scale functions equivalently across developmental stages, enabling meaningful group comparisons. Convergent validity were supported through expected associations with several variables. Higher levels of conflict reported by parents of toddlers and those with mental health concerns highlight the scale's

clinical and developmental sensitivity. The WAFCS appears to be a robust tool for assessing parental work–family conflict in both research and applied contexts.

Palavras-chave: Work-Family Conflict; Postpartum; Toddlerhood; Validation Study

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 2 - Depressão Perinatal e Cortisol Materno: O que nos dizem os diferentes indicadores biológicos?

Ana Conde¹, Maria Inês Bessa¹, Anabela Fernandes²

¹*RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade Portucalense, Porto, Portugal*

²*Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal*

anac@upt.pt

A depressão perinatal afeta entre 10 a 20% das mulheres e pode comprometer seriamente a saúde da díade mãe-bebê. Entre os potenciais mecanismos biológicos implicados, o cortisol — principal marcador da atividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) — tem sido amplamente estudado. No entanto, os resultados da literatura permanecem inconsistentes. Esta scoping review teve como objetivo mapear os índices sumários de cortisol utilizados em estudos que analisam a associação entre sintomatologia depressiva e cortisol maternos durante a gravidez e o pós-parto (até 3 meses), em mulheres sem diagnóstico prévio ou atual de depressão.

Foram incluídos 34 estudos observacionais, com grande variabilidade quanto à amostra biológica, protocolo de recolha e índice de cortisol utilizado (PROSPERO Registration ID: CRD42020210080). Verificou-se que os índices dinâmicos — nomeadamente a Área Sob a Curva (AUC) e a Resposta ao Despertar (CAR) — evidenciam associações mais consistentes e positivas com a depressão perinatal, sugerindo que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva se associam a uma reatividade aumentada do eixo HPA. Em contraste, estudos baseados em índices estáticos (como o valor basal ou o cortisol médio) revelaram maior heterogeneidade nos resultados e, na maioria, ausência de associação significativa. Os dados reforçam a importância de uma abordagem metodológica padronizada e da escolha criteriosa do índice de cortisol. Sugere-se, para investigação futura, o uso combinado de medidas de reatividade (AUC/CAR) e de exposição crónica (e.g., cortisol capilar), com protocolos salivares bem definidos e descrição detalhada dos procedimentos laboratoriais. É também necessário colmatar as lacunas existentes na avaliação do pós-parto, frequentemente negligenciado.

Palavras-chave: depressão perinatal, cortisol, eixo HPA, índices sumários

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 3 - Improving the assessment of women's internalizing symptoms in the perinatal period: an item-level factor analysis of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and State Anxiety Inventory

Ana Morais¹, Tiago Miguel Pinto¹, Cláudia Sousa^{1,2}, Stephanie Alves¹, Raquel Costa¹, Inês Jongenelen¹, Diogo Lamela¹

¹*Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal*

²*Insight - Piaget Research Center for Ecological Human Development - Piaget Institute, Portugal*

ana.morais@ulusofona.pt

Depression and anxiety are the most common perinatal mental health problems, associated with adverse effects on maternal well-being and child development. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the State-Trait Anxiety Inventory – State subscale (STAI-S) are among the most widely used self-report instruments design to respectively assess depression and anxiety symptoms in the perinatal period. However, evidence suggests that these instruments assess both depression and anxiety symptoms. Thus, investigating the joint latent structure underlying both instruments can contribute to improve the assessment of internalizing symptoms during the perinatal period. We examined (1) the factor structure of the EPDS and STAI-S item pool, (2) measurement invariance, (3) internal consistency, and (4) predictive validity. Participants completed the EPDS and STAI-S; a subsample (n = 130) also completed a measure of mother–infant bonding at six months postpartum. The total sample was randomly split into two groups for EFA (n = 309) and CFA (n = 381). We tested measurement invariance by perinatal period and sociodemographic, obstetric and fetal/neonatal, and

mental health-related characteristics, and tested internal consistency and predictive validity for mother–infant bonding outcomes at six months postpartum. EFA supported a three-factor model: General Distress, Anxious Arousal, and Anhedonic Depression. This model was subsequently confirmed in an independent subsample through CFA, with acceptable fit indices (CFI = .91, TLI = .91, RMSEA = .05, SRMR = .06). Measurement invariance was established across the perinatal period. Good internal consistency was found for the three dimensions ($\alpha = .87$ for General Distress, $\alpha = .82$ for Anxious Arousal, $\alpha = .79$ for Anhedonic Depression). Predictive validity was found, with Anhedonic Depression ($\beta = .30$, $p = .033$) and Anxious Arousal ($\beta = -.29$, $p = .024$) dimensions predicting more mother–infant bonding difficulties at six months postpartum. Findings supported a factor structure that is aligned with dimensional models of psychopathology. The joint latent structure of the EPDS and STAI-S can be a cost-effective measure to be used in perinatal mental healthcare settings to assess women’s internalizing symptoms.

Palavras-chave: Perinatal mental health; Internalising symptoms; Factor analysis

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 4 - The Portuguese Version of the Peripartum Depression Scale: A Validation Study in Postpartum Women

Helena Moreira¹, Tatiana Dias¹, Daniela Mourão¹, Maria Inês Nepomuceno¹, Margarida Perdigão¹

¹*Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal*

helena.tcmoreira@gmail.com

The Peripartum Depression Scale (PDS) is a newly developed tool for assessing depressive symptoms during pregnancy and postpartum (Rados et al., 2024). Unlike existing measures, the PDS captures all major depressive symptoms outlined in the DSM-5-TR and incorporates postpartum-specific symptoms commonly reported in the literature. The scale includes 42 items assessing DSM-5-TR Criterion A (A1–A9) and anxiety, obsessive-compulsive and anger symptoms. An additional 7 items assess Criteria B through D but are not included in the PDS total score.

This study examined the factor structure, reliability, convergent validity, and known-groups validity of the Portuguese PDS. Convergent validity was assessed through correlations between the PDS total score and related measures, including postpartum anxiety, stress, and emotion regulation difficulties. Known-groups validity was evaluated by comparing scores between primiparous and multiparous women, and between women with and without a diagnosed mental health condition after childbirth.

A total of 463 women with an infant aged 0 to 12 months ($M=5.99$) participated in the study. Their mean age was 32.98 years; most were primiparous (67.8%) and had experienced a term pregnancy (94.4%). Participants were recruited online and completed the PDS, a sociodemographic/clinical questionnaire, the Postpartum Specific Anxiety Scale–Short Form (PSAS-SF), the Maternal Postpartum Stress Scale (MPSS), and the Difficulties in Emotion Regulation Scale–Short Form (DERS-SF). Confirmatory factor analyses were conducted using AMOS; reliability, correlation, and comparison analyses were conducted using SPSS.

Two models were tested: a correlated 12-factor model (corresponding to DSM-5-TR Criteria A1 to A9, along with anxious, obsessive-compulsive, and anger subscales) and the original tested 9-factor model (in which Criteria A5 and A6, anxiety, and anger were combined into a single factor). Both models demonstrated good fit to the data (12-factor model: CFI = .92, TLI = .90, RMSEA = .05, SRMR = .05, AIC = 2060.41; 9-factor model: CFI = .90, TLI = .89, RMSEA = .06, SRMR = .05, AIC = 2154.66). The PDS total score and subscales showed adequate internal consistency, with Cronbach’s alpha ranging from .70 (obsessive-compulsive symptoms) to .96 (total score). The only subscale with unacceptable reliability was psychomotor agitation/retardation ($\alpha = .59$). Significant positive correlations were found between the PDS total score and the MPSS ($r = .70$), the PSAS-SF ($r = .65$), and the DERS-SF ($r = .71$). Women diagnosed with a mental health condition scored significantly higher on the PDS than those without a diagnosis, $F(1, 461) = 33.97$, $p < .001$. No significant differences were found between primiparous and multiparous women or between those with term and preterm

pregnancies. The findings support the validity and reliability of the Portuguese version of the PDS as a comprehensive measure of depressive symptoms in the postpartum period. Both the 12- and 9-factor models demonstrated good fit, with the 12-factor model showing slightly better indices. Internal consistency was acceptable across most subscales, except for psychomotor agitation/retardation. Strong correlations with related constructs support convergent validity, and known-groups validity was confirmed through higher scores among women with a postpartum mental health diagnosis. These results highlight the PDS as a valuable tool for clinical assessment and research in postpartum mental health.

Palavras-chave: Postpartum Depression; Factor Structure; Reliability; Validity.

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 5 - Birth satisfaction and mental health problems in the postpartum period: Clinical relevance of the Birth Satisfaction Scale-Revised

Daniela Tavares¹, Sofia Campos¹, Daniela Fidalgo¹, Matilde Sousa¹, Ana Morais¹, Inês Jongenelen¹, Diogo Lamela¹, Raquel Costa^{1*}, Tiago Miguel Pinto^{1*}

^{*}Both last authors

¹Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

daniela.tavares@ulusofona.pt

Assessing childbirth satisfaction is essential for ensuring that perinatal care aligns with the needs and expectations of women. This study analysed the clinical relevance of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) in women during the postpartum period. At 2 months postpartum, a sample of 390 women recruited in Portuguese health facilities completed the BSS-R, a questionnaire to collect sociodemographic, obstetric, mental health-related data and traumatic childbirth perception, and measures to assess depressive, anxiety, and childbirth-related posttraumatic stress disorder (CB-PTSD) symptoms. A subsample (n = 169) also completed again the measures to assess depressive, anxiety, and CB-PTSD symptoms at 6 months postpartum. Lower BSS-R scores were associated with more traumatic childbirth perception, and higher severity of depressive, anxiety, and CB-PTSD symptoms at 2 months postpartum. Lower BSS-R scores also predicted higher severity of depressive, anxiety, and CB-PTSD symptoms at six months postpartum. Findings suggested the clinical relevance of the BSS-R to assess childbirth satisfaction in perinatal care. By providing a standardised measure that captures key aspects of the childbirth experience, the BSS-R can be a valuable tool for healthcare professionals and researchers interested in assessing, monitoring, and improving the quality of maternal and neonatal care.

Palavras-chave: birth satisfaction; postpartum mental health; traumatic childbirth; psychometric assessment

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 6 - The prenatal parental reflective functioning questionnaire: An important tool to identify parenting difficulties

Matilde Sousa¹, Cláudia Sousa^{1,2}, Diogo Lamela¹, Raquel Costa¹, Tiago Miguel Pinto¹, Inês Jongenelen¹

¹Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

²Insight - Piaget Research Center for Ecological Human Development - Piaget Institute, Portugal

matilde.sousa@ulusofona.pt

The prenatal version of Parental Reflective Functioning Questionnaire (P-PRFQ) is one of the few self-reported measures available to assess prenatal parental reflective functioning (PRF) and can be a useful tool to identify early parenting difficulties. Aims and objectives: Analyze P-PRFQ scores as a predictor of parenting-related dimensions (i.e., PRF and mother-infant bonding difficulties) in the postpartum period. Analyze P-PRFQ scores as a predictor of parenting-related dimensions (i.e., PRF and mother-infant bonding difficulties) in the postpartum period. The P-PRFQ which comprises 3 subscales (i.e., opacity, dynamic nature of mental states, and reflecting on fetus-child) was completed by 389 expectant mothers at the third trimester of pregnancy, as well as a self-reported questionnaire on sociodemographic, obstetric, fetal, mental health-related characteristics.

At 2 months postpartum, a subsample of participants (n =163) also completed self-reported measures to assess PRF (i.e., pre-mentalizing modes of mental states, interest and curiosity about infant mental states, and certainty about mental states) and mother-infant bonding difficulties. Higher P-PRFQ total scores and P-PRFQ subscale dynamic nature of mental states predicted more interest and curiosity about infant mental states at 2 months postpartum; and higher scores in the P-PRFQ subscales opacity of mental states and reflecting on the fetus-child, predicted more certainty about mental states at 2 months postpartum. Higher P-PRFQ total scores predicted less mother-infant bonding difficulties, and medium scores in the P-PRFQ subscale reflecting on the fetus-child predicted less mother-infant bonding difficulties at 2 months postpartum. Findings suggested continuity of PRF from the prenatal to the postnatal period. Authentic prenatal PRF may promote mother-infant bonding, while PRF difficulties (i.e., hypomentalization or hypermentalization) may lead to mother-infant bonding difficulties. The P-PRFQ can be a useful measure to identify early parenting difficulties in clinical settings. Early screening and intervention on prenatal PRF difficulties can prevent early parenting difficulties and subsequent infant socioemotional developmental problems.

Palavras-chave: Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire, factor structure, reliability, predictive validity, criterion validity.

15:30 – 17:00 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 4. Cuidados Perinatais Integrados e Formação e Capacitação: Inovações e Desafios

Sala 124 [Presencial]

Moderador: Raquel Correia

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 1 - Mulheres em trincheiras: a maternidade de filhos autistas e os atravessamentos do sujeito

Nathany Oliveira¹, Sílvia Cordeiro¹, Beatriz Neves¹

¹*Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil*

nathany.ferreira@uel.br

O trabalho objetivou investigar os efeitos subjetivos do diagnóstico de autismo do filho na experiência da maternidade. O conceito de função materna para Freud e Lacan independe do sexo biológico, contudo, essa função e a responsabilidade pelos cuidados dos filhos são na maior parte, das mulheres. A maternidade em face ao diagnóstico de autismo pode reduzir a mulher à função de cuidadora. A proposta é contar as histórias singulares e tensionar o lugar social e subjetivo da mulher na atualidade. Objetivo geral: Investigar a experiência da maternidade de mulheres que têm filhos com o diagnóstico de autismo. Objetivos específicos: Discutir os desdobramentos da maternidade de filhos com diagnóstico de autismo na subjetividade da mulher enquanto sujeito; Tensionar o lugar social e subjetivo da mulher na atualidade. Trata-se de uma pesquisa com o método psicanalítico e os instrumentos utilizados para a coleta de dados foi o diário metapsicológico de Iribarry (2006) e as entrevistas abertas com cinco mulheres, brasileiras, acima de dezoito anos, mães de filhos com o diagnóstico de autismo. Após gravadas, as entrevistas foram transcritas, lidas e interpretadas a partir de dois pontos advindos da técnica psicanalítica: “leitura dirigida pela escuta e a transferência do pesquisador ao texto dos participantes da pesquisa” (Iribarry, 2003, p.126). Entre trincheiras simbólicas, as entrevistadas parecem ter encontrado uma oportunidade para falarem de si, para além do lugar de mãe. Entre “lutas” e “lutos” pelo diagnóstico, pelo acesso a tratamentos, pela inclusão; batalhas judiciais; as entrevistas se seguiram, em sua maior parte, nesse campo de batalha. Nesse contexto, o corpo e o tempo da mulher parecem terem se tornado recursos mobilizados em uma rotina exaustiva, na qual confundem-se as funções de mãe com as de terapeuta, educadora e gestora. Quando solicitado durante a entrevista: “me conte a sua história”, surgiram silêncios, hesitações ou respostas breves,

quase como se o que existisse antes ou além da maternidade estivesse fora do discurso, protegidos em suas trincheiras. Ao acolher os não ditos como parte legítima dos resultados, tornou-se possível aproximar-se do que se manifesta na “outra cena”, ou seja, aquilo que, muitas vezes, escapa ao discurso e revela algo do sujeito no ato de cuidar do outro. Para isso, foi preciso ouvir para além dos discursos socialmente impostos sobre o que é ser mãe de um filho com o diagnóstico de autismo e dar espaço à mulher, com sua singularidade e história que inclui a maternidade, mas não se resume a ela. As formas como as mulheres se apresentam hoje resultam de um processo singular de construção subjetiva, marcado pelos atravessamentos sociais e simbólicos que as constituem enquanto sujeitos. A mulher que se ocupa da função materna carrega em si os efeitos da transmissão psíquica familiar. Pensar a subjetividade da mulher na experiência da maternidade implica em oferecer um lugar de escuta para ela enquanto sujeito. O cuidado com a saúde mental da mulher, enquanto mãe, podem se estender para a relação com o filho, e favorecer o processo de constituição psíquica do bebê, independente de um diagnóstico pré-existente.

Palavras-chave: Maternidade; Autismo; Psicanálise

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 2 - When dad struggles too: A case of paternal perinatal depression

Maria Margarida Morgado¹, Leonor Santana¹, Gonçalo Canhoto¹, Bruno Vidal¹, Daniel Sousa¹

¹*Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Portugal*

mcandido@ulslo.min-saude.pt

The perinatal period, which spans from the beginning of pregnancy to one year after childbirth, involves significant biological, psychological, and social transitions for all family members. Due to the predominant focus on maternal health, paternal postpartum depression is often overlooked, despite affecting up to 10% of men during this period. It is associated with substantial risks for the father's mental health and for the child's development. Through the presentation of a clinical case of severe paternal postpartum depression, this study aims to provide a narrative review on the topic. The objective is to reflect on risk factors and diagnostic barriers and to discuss the clinical and psychosocial implications of this condition. This is a descriptive study based on the clinical case of a 39-year-old man, married and father of three, admitted to inpatient care three weeks after the birth of his child with a diagnosis of recurrent major depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms, and a suicide attempt by defenestration. Data were collected through clinical observation, semi-structured interviews, and medical record analysis. The theoretical reflection was supported by a narrative review of recent scientific literature on paternal postpartum depression. The patient had a psychiatric history of two previous depressive episodes at ages 18 and 30. Prior to the current episode, he was not on medication and had no psychiatric follow-up. He reported reactive anxiety related to financial difficulties over the last five months. More recently, over the past two months, he developed symptoms of depressed mood, anhedonia, terminal insomnia, psychomotor slowing, concentration difficulties, and delusional ideas of guilt, ruin, and hypochondriasis, with significant worsening three weeks prior, after the birth of his third child. In a context of intense anguish, he attempted suicide by defenestration, resulting in fractures of several thoracic vertebrae. Psychiatric inpatient admission was proposed, which he ultimately accepted despite initial ambivalence. Treatment was initiated with venlafaxine titrated up to 225 mg/day, mirtazapine up to 30 mg/day, and aripiprazole up to 20 mg/day, with gradual clinical improvement after four weeks. This case highlighted the potential severity of paternal postpartum depression and the challenges of recognizing it in clinical settings. The positive outcome following targeted intervention underscores the importance of early identification and a multidisciplinary approach. Paternal postpartum depression, especially in its severe forms, is an undervalued clinical challenge with implications not only for the father himself but also for the family dynamic. This case reinforces the need to include fathers in perinatal assessments and to raise awareness among healthcare professionals of male psychological distress during the perinatal period. Systematic screening may contribute to earlier diagnosis and reduce the impact on family mental health.

Palavras-chave: paternal postpartum depression

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 3 - Cuidar em enfermagem baseado nas forças no âmbito da saúde mental perinatal

Ana Soraia do Vale¹

¹*Caring4moms, Hospital de Cascais, Portugal*

mulherfilhamae@gmail.com

Os problemas de saúde mental perinatal são comuns, complexos, crescentes e carecem de respostas especializadas. Em Portugal, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) são os profissionais com competências reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para dar resposta especializada, no âmbito da enfermagem, aos problemas de saúde mental das pessoas, famílias, grupos e comunidades ao longo do ciclo vital, onde o período perinatal se insere. Torna-se fundamental identificar, analisar, implementar e avaliar modelos de enfermagem adaptados às necessidades das pessoas cuidadas no âmbito da saúde mental perinatal, e às necessidades dos enfermeiros que desenvolvem prática baseada em evidência, no seu campo de atuação. Objetivo geral: Refletir criticamente sobre a abordagem do cuidar em enfermagem baseado nas forças no âmbito da saúde mental perinatal. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com enfoque na análise da abordagem do cuidar em enfermagem baseado nas forças de Laurie Gottlieb (2016) e nas recomendações de algumas das principais entidades de referência no âmbito da saúde mental perinatal, nomeadamente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Centre of Perinatal Excellence (COPE), Maternal Mental Health Alliance (MMHA) and Postpartum Support International (PSI). É recomendado pelas principais entidades de referência, frequentemente, que os profissionais de saúde desenvolvam um modelo de cuidados centrado na pessoa e em que os cuidados prestados possam ocorrer com base numa parceria colaborativa com a mulher e família no âmbito da saúde mental perinatal. Ao analisar a abordagem de cuidados de enfermagem baseado nas forças, a mesma preconiza a prática de cuidados de enfermagem centrados na pessoa, baseados numa parceria colaborativa, com igual enfoque na promoção da saúde, prevenção da doença e movimento de empowerment, constituindo-se estes, os quatro eixos principais da respetiva abordagem. Para tal, é necessário que os EEESMP desenvolvam determinadas competências e conheçam abordagens específicas para trabalhar com as forças, o que irá permitir ganhos em saúde mental perinatal na abordagem à mulher e família. É importante que o EEESMP tenha acesso a dados que o ajudem a tomar decisões na sua prática e que contribuam objetivamente para ganhos em saúde mental. A abordagem do cuidar baseado nas forças está centrada na prática de enfermagem e pode contribuir para que os EEESMP otimizem a sua prática avançada no âmbito da saúde mental perinatal. Compreender a pessoa a nível pessoal, enumerar problemas, prioridades, objetivos do tratamento e/ou gestão da doença, reforçar a relação enfermeiro-pessoa, facilitar acesso a informação para ajudar a pessoa a tomar decisões, ajudá-la a pensar criticamente, promover o autocuidado, promover um ambiente protetor, co-construir o plano de cuidados com a mulher/família, são apenas alguns dos aspetos mais detalhados da operacionalização deste modelo e que poderão ter implicações práticas na área de saúde mental perinatal. Mulheres e famílias que são envolvidas nos cuidados que lhes são prestados, que se sentem escutadas, irão aderir mais facilmente ao seu projeto terapêutico. Os EEESMP que desenvolvem a sua prática com esta perspetiva teórica, trabalham com mais clareza sobre a sua função e direção, com base num sistema de valores próprios da sua profissão, o que reforça a sua contribuição, quer no âmbito das intervenções autónomas, quer no âmbito das intervenções interdependentes.

Palavras-chave: enfermagem; modelos de enfermagem; saúde mental; gravidez; período pós-parto

17:30 – 19:00 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 3. Modelos de Intervenção e Boas Práticas: Mães, pais e bebés

Sala 124 [Presencial]

Moderador: Lara Vilela

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 1 - Intervenção Baseada na Compaixão no Período Perinatal: Utilidade e Exequibilidade Percebida de Profissionais de Saúde

Bruna Veloso¹, Joana Silva¹, Natália Machado², Ana Conde¹, Ana Xavier¹, Paula Vagos³, Lara Palmeira¹

¹*RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade Portucalense, Porto, Portugal*

²*Unidade Local de Saúde Alto-Ave, Portugal*

³*William James Center for Research, Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Portugal*

brunafveloso@hotmail.com

A maternidade é um evento significativo, frequentemente associado a alegria, mas também a vulnerabilidade, podendo comprometer o bem-estar materno e a relação mãe-bebé. Competências de regulação emocional, como a autocompaixão, podem ser protetoras, tornando-se potenciais alvos de intervenção no período perinatal. As intervenções baseadas na compaixão (IBC) demonstram eficácia na promoção do bem-estar e redução de dificuldades psicológicas, nomeadamente neste período. Contudo, são limitadas as evidências sobre os seus efeitos no bem-estar materno e no fortalecimento da relação mãe-bebé. Explorar a utilidade e exequibilidade percebida de uma IBC aplicada durante a gravidez, na promoção da compaixão e bem-estar das mães e na qualidade do vínculo mãe-bebé no pós-parto. Os dados recolhidos através de três grupos focais, cada um composto por três a seis enfermeiros a exercer funções em unidades de saúde pré-natal, serão áudio-gravados, com posterior transcrição. As sessões, com duração estimada entre 30 e 45 minutos, decorrerão em formato online. A análise dos dados qualitativos será conduzida através de análise de conteúdo. Espera-se obter informação sobre a perspectiva dos enfermeiros sobre: a utilidade percebida de uma intervenção IBC; a disponibilidade e preferências das grávidas para o formato da intervenção; o papel das equipas de enfermagem na aplicação desta intervenção. Estes dados permitirão identificar as vantagens e obstáculos à implementação de uma intervenção IBC aplicada na fase da gravidez, que permitam que a intervenção seja bem aceite, exequível e considerada útil pelas grávidas quando aplicada em serviços de saúde perinatais. As evidências deste estudo contribuirão para a otimização de uma IBC que pretende responder às necessidades emocionais das mulheres no período perinatal, aumentando o seu bem-estar e promovendo a ligação mãe-bebé.

Palavras-chave: Período perinatal; Intervenção Baseada na Compaixão; Relação mãe-bebé; Grupos focais

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 2 - Investigando a interoção e a regulação emocional da grávida

Rosa Nunes¹, Guida Veiga¹, Ana Cruz-Ferreira¹

¹*Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade de Évora, Portugal*

rosa_m_m_nunes@hotmail.com

A gravidez apresenta-se como um processo de transformação psicofisiológica desafiador, onde a capacidade de perceber todas as alterações corporais e a capacidade de gerir as alterações psicológicas/emocionais, podem influenciar a saúde física e mental da mulher grávida. A consciência corporal, emocional e a integração corporeamente são pontos chave para a vivência saudável do processo de gravidez. Caráter inovador: Identificar e desenvolver abordagens de mediação corporal que podem contribuir para uma melhor saúde mental da grávida, limitações nas pesquisas científicas atuais. Com o presente estudo pretende-se compreender a vivência da gravidez, no que diz respeito à consciência interna do corpo e ao bem-estar emocional, identificar indicadores chave que podem influenciar a vivência da gravidez e identificar o impacto de um programa de intervenção, baseado no Método de Pilates, na interoção e na regulação emocional da grávida. Revisão Sistemática, com o objetivo de conhecer as evidências científicas sobre a relação entre interoção, regulação emocional e intervenções de mediação corporal na grávida (em elaboração). Pretende-se partilhar no encontro a revisão

bibliográfica realizada até ao momento e a pertinência da temática para a comunidade científica, bem como, de que forma se poderá transferir esse conhecimento para prática clínica. A investigação científica realizada até ao momento, tem demonstrado que uma maior sensibilidade interoceptiva se associa a uma melhor identificação e regulação das emoções. Neste sentido, vários autores têm explorado a relação entre interocepção e perturbações emocionais, enfatizando o seu papel na prevenção e intervenção. A comunidade científica tem demonstrado interesse na interocepção no contexto da gravidez, fase de vida em que as mudanças fisiológicas e hormonais implicam, inevitavelmente, alterações interoceptivas. A gravidez é um processo psicofisiológico e vários estudos apontam para uma elevada prevalência (10-20%) de perturbações emocionais, durante o período perinatal. Durante a gestação, é plausível que ocorram alterações progressivas na interocepção, com potencial impacto na perceção corporal e nos processos de regulação emocional. Neste contexto, poucos estudos têm analisado a relação entre a interocepção e a regulação emocional na gravidez. Aqueles que têm apostado nesta área de investigação têm demonstrado a existência de associações positivas entre a consciência interoceptiva e a regulação emocional, nomeadamente, a implicação da interocepção na depressão, durante o período perinatal, defendendo o investimento em intervenções focadas neste domínio. Pelo foco na consciência corporal, controlo respiratório e integração sensoriomotora, o Método de Pilates pode ser relevante para potenciar a consciência interoceptiva na gravidez. Têm emergido programas de mediação corporal, especificamente, de mindfulness, para promover a regulação emocional na gravidez que mostraram benefícios na interocepção, no bem-estar mental e no vínculo mãe-bebé durante a gestação e pós-parto. O Método de Pilates pode contribuir para a regulação emocional das grávidas, com impacto positivo na depressão e ansiedade. Contudo, não existem evidências científicas relativas ao impacto de programas de mediação corporal, baseado no Método de Pilates, na interocepção e na regulação emocional materna, tornando-se premente a realização de uma investigação neste sentido, com vista a perceber a vivência da gravidez e o que a poderá influenciar.

Palavras-chave: Interocepção; Regulação Emocional; Gravidez; Mediação Corporal.

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 3 - Matrescência: Uma oportunidade de intervenção precoce em Saúde Mental Perinatal

Frederica Passos¹

¹*Hospital Dr. Nélito Mendonça, Madeira, Portugal*

fredericanpassos@gmail.com

A matrescência é o processo de transição para a maternidade que envolve mudanças físicas, psicológicas, sociais e relacionais, indo além do parto e do cuidado neonatal. Esta é uma janela de oportunidade pouco reconhecida, o que contribui para a invisibilização e limita as oportunidades de intervenção precoce e promotoras de saúde mental. Ao psicoeducar para a matrescência, podemos facilitar esta transição, reduzir o estigma sobre o sofrimento materno e prevenir o desenvolvimento de perturbações perinatais, promovendo um modelo mais integral e compassivo de cuidado à mulher. Explorar a matrescência como uma fase normativa e estruturante do desenvolvimento da identidade materna, propondo a sua integração nas práticas de prevenção em saúde mental perinatal. Pretende-se destacar o seu potencial enquanto janela de oportunidade para promover comportamentos positivos de saúde, prevenir patologia e capacitar profissionais a acompanhar as mudanças multidimensionais da mulher durante a transição para a maternidade. Baseia-se numa revisão não sistemática da literatura recente. Articularam-se os dados teóricos com a experiência clínica na prática de psiquiatria perinatal e com abordagens de mindfulness e educação para a parentalidade. A literatura identifica a matrescência como uma fase transformadora que implica reorganização da identidade, alteração na relação com o corpo, redefinição dos vínculos afetivos e reconciliação de papéis sociais. Estudos demonstram que mulheres mal preparadas para esta transição tendem a enfrentar maior stress, sentimentos de culpa, isolamento e risco acrescido de depressão pós-parto. Iniciativas educativas que abordam a matrescência como um processo normativo — e não como falha individual — têm mostrado benefícios significativos na redução do sofrimento materno e no fortalecimento do vínculo com o bebé. Intervenções com foco no mindfulness, educação

emocional e preparação relacional durante a gravidez revelaram impacto positivo na diminuição de sintomas depressivos e na melhoria da autoconfiança parental. A evidência aponta que os primeiros seis meses após o parto constituem o período mais desafiante, marcado por sentimentos ambivalentes e mudanças intensas. Abordagens baseadas no potencial de crescimento da mulher mostram-se eficazes para reforçar a adaptação e a ligação mãe-bebê, especialmente quando integradas nos cuidados de saúde. A formação dos profissionais neste paradigma é apontada como eixo central para promover práticas mais humanizadas e preventivas. A matrescência deve ser reconhecida como um estágio do desenvolvimento da mulher e permite uma abordagem preventivo-terapêutica inovadora em saúde mental perinatal. A intervenção precoce, centrada na psicoeducação, apoio conjugal e redes de suporte, antevê-se promissora. Preparar emocionalmente as mulheres para esta transição e não apenas para o parto reduz o risco de sofrimento psicológico e favorece uma vivência materna integrada e segura. A psiquiatria perinatal tem o papel central de contribuir para um novo olhar clínico, desenvolver programas educativos, sensibilizar profissionais e incorporar práticas de prevenção e intervenção precoce baseadas na empatia e na valorização do percurso individual.

Palavras-chave: Matrescência, Psiquiatria Perinatal, Intervenção Precoce, Psicoeducação

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 4 - A Pele que Habito Mudou: Sexualidade no corpo da Mãe

Frederica Passos¹, Carla Cãnara¹

¹Hospital Dr. Nélío Mendonça, Madeira, Portugal

fredericanpassos@gmail.com

Historicamente a sexualidade foi largamente associada ao bem-estar e à saúde mental, relação essa que continua a ser demonstrada nos estudos recentes. Segundo a OMS, a saúde sexual é parte integrante do bem-estar contudo a sexualidade na gravidez e no pós-parto permanece tabu, apesar das intensas mudanças físicas, emocionais e relacionais. Os papéis maternos, as alterações hormonais, a exaustão e a redefinição da identidade corporal e conjugal impactam o desejo e a função sexual, comprometendo a qualidade de vida e a saúde mental nesta fase. Explorar de forma crítica e integrada o impacto da transição para a maternidade na sexualidade da mulher e do casal, destacando os fatores biológicos, psicológicos e relacionais envolvidos. Pretende-se ainda sublinhar a importância de uma abordagem ativa e empática por parte da Psiquiatria Perinatal, propondo que a sexualidade seja considerada elemento essencial na avaliação e acompanhamento clínico durante a gravidez e o puerpério. Baseia-se numa revisão não sistemática da literatura recente. Os dados foram articulados com contributos da prática clínica em Psiquiatria Perinatal bem como intervenções no âmbito da consulta de Psicologia de Sexualidade e reflexão teórica sobre corpo, desejo e identidade. Existe elevada prevalência de disfunção sexual no período perinatal, afetando quase todas as mulheres durante a gravidez e mais de 60% aos 6 meses após o parto. A sexualidade pode ser condicionada por fatores individuais (trauma perineal, secura vaginal, dor, ganho ponderal, amamentação, doença mental, privação de sono), biológicos (flutuações hormonais, contração hormonal) e socio-familiares (pouco suporte, baixo rendimento, gravidez não planeada). A perceção de apoio do parceiro e a satisfação conjugal são fatores protetores. Mulheres em relações igualitárias têm 2.26 vezes mais probabilidade de reiniciar relação sexual penetrativa até seis semanas após o parto. Estudos que recorreram ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), demonstraram impacto significativo nos domínios da excitação e do orgasmo. A transição para um relacionamento triádico com o bebê, mantendo a díade com o companheiro, implica descentração e reconfiguração da estrutura familiar, influenciando a dinâmica conjugal. Apesar da relevância clínica, poucas mulheres recebem orientação adequada nesta área. A maternidade é um momento propício a uma nova integração da sexualidade, que pode aprofundar a vivência sexual na relação ou desencadear o início de dificuldades. O acompanhamento durante esta redescoberta é essencial para promover uma sexualidade saudável, disponibilizando perspectivas e trabalhando fatores de risco modificáveis. Este domínio é parte integrante da saúde da mulher e a psiquiatria perinatal tem um papel crucial na despatologização desta experiência, prevenindo sofrimento e humanizando o cuidado. A avaliação da função sexual deve ser

integrada no acompanhamento perinatal como uma boa prática clínica. A mulher que habita o corpo da mãe continua a desejar, a sentir e a merecer ser cuidada na sua plenitude.

Palavras-chave: Sexualidade, Perinatal, Psiquiatria, Saúde Mental

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 5 - Vinculação e Desafios na Saúde Mental Perinatal: Relato de Caso Complexo

Maria Luísa de Figueiredo¹, Marisa Martins¹

¹*Unidade Local de Saúde Loures-Odivelas, Portugal*

mluisabfigueiredo@gmail.com

A interação entre Doença Bipolar, Esclerose Múltipla e gravidez representa um cenário clínico complexo. Ambas as doenças são crónicas e propensas a exacerbações episódicas, que podem ser influenciadas por alterações hormonais, imunológicas e psicossociais ocorridas durante a gravidez e o período pós-parto. A descompensação de qualquer uma destas doenças durante a gravidez ou no pós-parto pode ter impacto não só na saúde materna, mas também na qualidade da vinculação mãe-bebé. Rever a relação entre a doença mental no período pós-parto e o seu impacto na vinculação e relação da díade mãe-filho. Descrição de caso clínico, seguido de revisão não-sistemática da literatura através da pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed, utilizando as palavras-chave “perinatal mental health” e “attachment”. Descrevemos o caso de uma mulher de 41 anos com diagnóstico de Doença Bipolar, que conta com quatro internamentos prévios, o primeiro aos 26 anos (episódio depressivo grave). Manifestava desejo de engravidar desde os 31 anos, tendo apresentado ao longo do tempo dificuldades em concretizar a gestação, incluindo dois abortos espontâneos e necessidade de sucessivos ajustamentos terapêuticos com impacto na fertilidade (nomeadamente por aumento da prolactina). Aos 41 anos é diagnosticada com Esclerose Múltipla e, no mesmo ano, engravida e tem um parto por cesariana. Sabe-se que o pós-parto é considerado um período com risco aumentado de desenvolvimento de patologia psiquiátrica grave, nomeadamente uma incidência de 0,1-0,2% de psicose pós parto e 10-20% de depressão pós-parto. No entanto, em mulheres com Doença Bipolar, as incidências aumentam para 20% e 50%, respetivamente. Acresce que a manutenção da ligação mãe-bebé é prejudicada pela presença de psicopatologia neste período, o que pode comprometer o desenvolvimento da criança. Concretamente, podem verificar-se dificuldades na capacidade de prestar cuidados ao bebé, como na alimentação, higiene e segurança. Ainda, é observado nos filhos uma diminuição marcada do contacto ocular, uma menor resposta positiva à voz e sorriso da mãe, quando comparados com filhos de mães sem patologia. A doença mental no pós-parto representa, não só um desafio para a saúde materna mas também para o desenvolvimento saudável da relação mãe-bebé nos primeiros dias e semanas após o nascimento. O reconhecimento precoce das dificuldades na relação mãe-bebé e o impacto na vinculação, bem como a articulação com a Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência revelam-se fundamentais para a implementação de intervenções atempadas e integradas, essenciais à proteção da díade e ao saudável desenvolvimento do vínculo afetivo.

Palavras-chave: Doença Mental Perinatal; Vinculação; Doença Bipolar

28 DE NOVEMBRO DE 2025

09:00h [Western European Time – WET]

ABERTURA DO SECRETARIADO

10:15 – 10:45 [Western European Time – WET]

CONFERÊNCIA “PROJETO MATTER”

Auditório Principal [Presencial e online]

Projeto Matter: rastreio universal e intervenção precoce em saúde mental perinatal: um sonho ou já uma realidade?

Teresa Reis, Coordenadora do projeto Matter

10:45 - 11:15 [Western European Time – WET]

Coffee Break

Sala adjacente ao auditório

SESSÕES PRINCIPAIS

11:15 – 12:45 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 5. Evidência Científica e Avanços na Investigação

Auditório Principal [Presencial e online]

Moderador: Bárbara Figueiredo

COMUNICAÇÃO ORAL 1 - Mothers with cumulative adverse lifetime experiences are more likely to have childbirth-related posttraumatic stress disorder symptoms: findings from the INTERSECT study

Tiago Miguel Pinto¹, Daniela Tavares¹, Cláudia Sousa¹, Inês Jongenelen¹, Diogo Lamela¹, Stephanie Alves¹, Raquel Costa¹, the INTERSECT Consortium²

¹Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

²Members of the INTERSECT Consortium and their affiliations are listed here: <https://www.intersectstudy.org/international-partners>

tiago.pinto@ulusofona.pt

Mothers with cumulative adverse lifetime experiences can be more vulnerable to develop childbirth-related posttraumatic stress disorder (CB-PTSD) symptoms after experiencing a traumatic childbirth.

To analyze the effect of cumulative adverse lifetime experiences on CB-PTSD (i.e., birth-related and general) symptoms in mothers that experienced a traumatic childbirth. The sample is part of the INTERSECT study and comprised 2255 mothers from 31 countries that experienced a traumatic childbirth - met DSM-5 criterion A for a traumatic stressor using the City Birth Trauma Scale (CityBits). At 2 months postpartum, participants reported on sociodemographic, obstetric, and mental health-related characteristics, adverse lifetime experiences (Traumatic event checklist [TEC]), and on birth-related and general PTSD symptoms (CityBits). Participants were divided in three groups, based on TEC: with cumulative adverse lifetime experiences (i.e., more than 2; n = 674), with one adverse lifetime experience (n = 541), and without adverse lifetime experiences (n = 1040). A Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was conducted, adjusting for the sociodemographic, obstetric, and mental health-related characteristics associated with adverse lifetime experiences, birth-related or

general PTSD symptoms. Significant effects of cumulative adverse lifetime experiences were found on mothers' CB-PTSD symptoms, Wilks' lambda = 0.99, $F(4,4478) = 6.49$, $p < .001$. Mothers with cumulative adverse lifetime experiences reported more birth-related and general PTSD symptoms than those with one adverse lifetime experience or without adverse lifetime experiences. No differences were found between mothers with one adverse lifetime experience and those without adverse lifetime experiences. Findings provided evidence of cumulative adverse lifetime experiences as a vulnerability factor that can increase the risk of CB-PTSD symptoms after a traumatic childbirth experience. This evidence contributes to improve mental health care screenings and tailored interventions to reduce CB-PTSD symptoms and its negative impact on mothers, infants, and their families.

Palavras-chave: adverse lifetime experiences; traumatic childbirth; childbirth-related posttraumatic stress disorder

COMUNICAÇÃO ORAL 2 - Depressão materna e paterna na gravidez e no pós-parto e reatividade emocional, afetividade negativa e capacidade regulatória do bebé

Ana Paula Leitão¹, Bárbara Figueiredo¹, Tiago Miguel Pinto²

¹*Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal*

²*Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal*

anapaulaleitao2107@gmail.com

A depressão materna e paterna tem sido associada a alterações precoces no desenvolvimento emocional do bebé. No entanto, são raros os estudos que analisam conjuntamente os efeitos da saúde mental de mães e pais, durante a gravidez e o pós-parto, e em bebés com apenas quatro meses. Este estudo contribui ao integrar mães e pais e investigar, simultaneamente, três dimensões do desenvolvimento do bebé: reatividade emocional, afetividade negativa e capacidade regulatória. O primeiro objetivo é analisar a associação entre a depressão materna e paterna, na gravidez e no pós-parto, e a reatividade emocional, a afetividade negativa e a capacidade regulatória do bebé, aos quatro meses de idade. O segundo objetivo é analisar, em casais, o papel moderador da depressão paterna, na associação entre a depressão materna no pós-parto e a afetividade negativa do bebé aos quatro meses de idade. Participaram 63 mães, 35 pais (29 casais) e 69 bebés. Um estudo longitudinal, integrado no Plano de Cuidados de Saúde Mental Perinatal, com dois momentos de avaliação: primeiro trimestre da gravidez e quatro meses pós-parto. Os participantes foram recrutados presencialmente na Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Para avaliar os sintomas depressivos, utilizou-se a EPDS; para avaliar a reatividade emocional, afetividade negativa e capacidade regulatória do bebé, utilizou-se o IBQ-R VSF (aos quatro meses). Os dados foram recolhidos online. Nas análises estatísticas realizaram-se regressões lineares múltiplas e análises de moderação. No primeiro objetivo, investigou-se a associação entre os sintomas depressivos de mães e pais, na gravidez e no pós-parto, e as características do desenvolvimento do bebé aos quatro meses. Os sintomas depressivos maternos no pós-parto associaram-se a níveis mais elevados de afetividade negativa no bebé ($\beta = .42$, $p = .003$, $R^2 = .15$). Não se observaram associações significativas com a reatividade emocional nem com a capacidade regulatória. Os sintomas depressivos maternos na gravidez também não apresentaram efeitos significativos. Em relação aos sintomas depressivos paternos, tanto na gravidez quanto no pós-parto, não foram encontradas associações estatisticamente significativas com nenhuma das características do desenvolvimento do bebé avaliadas ($p > .05$). No segundo objetivo, avaliou-se se os sintomas depressivos paternos moderavam a associação entre sintomas depressivos maternos no pós-parto e a afetividade negativa do bebé. Nenhum dos modelos de moderação apresentou efeitos de interação estatisticamente significativos. Esses resultados sugerem uma associação entre sintomas depressivos maternos no pós-parto e níveis mais elevados de afetividade negativa no bebé aos quatro meses, não tendo sido observados efeitos associados aos sintomas paternos nem efeitos moderadores destes sobre a associação entre depressão materna e a afetividade negativa. Os resultados reforçam a importância de identificar e acompanhar os sintomas depressivos maternos, principalmente no pós-parto, dada a sua associação com níveis mais elevados de

afetividade negativa no bebé aos quatro meses. A ausência de outras associações pode refletir o momento precoce da avaliação e o reduzido número de participantes, sobretudo no caso dos pais. As implicações para a prática incluem a necessidade de avaliação e de intervenções precoces na saúde mental perinatal. Já as implicações para a investigação envolvem o desenvolvimento de estudos com amostras mais amplas e o uso de medidas complementares aos questionários de autorrelato.

Palavras-chave: depressão parental; reatividade emocional; afetividade negativa; capacidade regulatória.

COMUNICAÇÃO ORAL 3 - Exploring Pathways Between Maternal Self-Compassion and Early Infant Socioemotional and Behavioral Problems: The Mediating Roles of Postpartum Stress and Mindful Parenting

Helena Moreira¹, Tatiana Dias¹, Daniela Mourão¹, Maria Inês Nepomuceno¹, Margarida Perdigão¹

¹*Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal*

helena.tcmoreira@gmail.com

The quality of early caregiving plays a crucial role in shaping infants' socioemotional and behavioral development. Emerging research suggests that maternal self-compassion may serve as a protective factor during the postpartum period, fostering more sensitive and responsive parenting practices. However, the mechanisms through which self-compassion in the parenting role influences infant outcomes remain understudied. Postpartum stress and mindful parenting are two potential pathways that may help explain how self-compassion shapes the caregiving environment and, in turn, supports infant well-being. Understanding these mediational processes is essential for informing interventions that target maternal mental health and the mother-infant relationship. The aim of this study was to examine whether postpartum stress and mindful parenting mediate the relationship between mothers' self-compassion in the parenting role and their infants' socioemotional/behavioral problems. A total of 482 Portuguese mothers with infants aged 12 months or younger ($M=5.98$, $SD=3.26$) participated in the study. Participants completed the Maternal Self-Compassion Scale, the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale, the Maternal Postpartum Stress Scale, and the Baby Pediatric Symptom Checklist. Data were collected online between January and March 2025. A sequential mediation model was tested to examine the hypothesized relationships. Controlling for the effect of infant age, the direct relationship between maternal self-compassion and infants' socioemotional/behavioral problems was mediated both sequentially—through postpartum stress followed by mindful parenting—and independently by each mediator. The model accounted for 22.41% of the variance in infant socioemotional/behavioral problems. Both mindful parenting and postpartum stress were found to independently and sequentially mediate the relationship between maternal self-compassion and infant socioemotional/behavioral problems. These results suggest that self-compassion may contribute to lower postpartum stress, thereby fostering more mindful parenting practices that support infant adjustment. Overall, these findings highlight the crucial role of maternal psychological well-being and parenting quality in shaping early infant outcomes.

Palavras-chave: Self-compassion; postpartum stress; infant; mindful parenting

12:45 - 14:00 [Western European Time – WET]

Intervalo de almoço

Sala 129

14:00 – 15:30 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 6. Saúde Mental Perinatal e Sociedade

Auditório Principal [Presencial e online]

Moderador: Berta Ferreira

COMUNICAÇÃO ORAL 1 - Ecos Emocionais da Interrupção Voluntária da Gravidez na Trajectória Perinatal Andreia da Silva¹, David dos Santos¹, Laura Cação¹, Sofia Faria¹

¹*Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, Hospital Garcia de Orta, Portugal*

andreia.f.castanheira@gmail.com

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é um evento biopsicossocial complexo, socialmente envolto em silêncio e permeado por estigma. O impacto psicológico desta experiência permanece insuficientemente explorado, sobretudo na saúde mental perinatal subsequente. Com este trabalho propomo-nos a aprofundar a compreensão das implicações psicossociais da IVG, sublinhando a relevância de integrar a história reprodutiva na avaliação clínica. Caracterizar as repercussões emocionais da IVG na vivência perinatal, incluindo gravidezes subsequentes e infertilidade, identificando factores associados ao sofrimento psicológico e necessidades de intervenção clínica especializada. Revisão não sistemática da literatura, com recurso a pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando as palavras-chave “abortion”, “pregnancy loss”, “infertility” e “perinatal mental health”. Evidenciaram-se cinco eixos: i) persistência de culpa e estigma; ii) dificuldade em partilhar a experiência, mesmo em contexto clínico; iii) vivência ambivalente de gravidezes subsequentes, marcada por ansiedade, esperança e desejo de reparação; iv) sentimento de ilegitimidade associado a luto ou sofrimento perinatal; v) especificidades nos percursos de infertilidade, onde a história de IVG assume contornos particularmente complexos. Observou-se escassez de validação emocional nos cuidados de saúde. A IVG pode condicionar a saúde mental perinatal, influenciando gravidezes futuras, infertilidade e luto. A ausência de espaços adequados de elaboração emocional dificulta narrativas integradoras e resilientes. Reconhecer estas dimensões é essencial para cuidados perinatais mais sensíveis, humanizados e eficazes.

Palavras-chave: Interrupção voluntária da gravidez; Perda gestacional; Infertilidade; Saúde mental perinatal

COMUNICAÇÃO ORAL 2 - Compreender a experiência da perda gestacional: contributos para a humanização dos cuidados em saúde mental perinatal

Maria da Conceição Freitas¹, Bruno Magalhães², Juan Miguel Martinez-Galiano³

¹*Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal*

²*Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal*

³*Universidade de Jaén, Espanha*

freitas.maria@ess.ipvc.pt

A perda gestacional é uma experiência profundamente transformadora e frequentemente invisibilizada nos cuidados de saúde. Apesar do seu impacto na saúde mental materna, as percepções das mulheres continuam subexploradas de forma sistemática. Este estudo inova ao reunir evidência qualitativa internacional, centrada exclusivamente na experiência materna, permitindo identificar fatores facilitadores e inibidores do luto e do ajustamento, com implicações diretas para a humanização e a personalização dos cuidados em contextos culturalmente diversos. Analisar sistematicamente a evidência qualitativa disponível sobre a percepção materna da perda gestacional, identificando os principais fatores que influenciam essa experiência. Pretende-se compreender os facilitadores e os inibidores do ajustamento emocional, bem como o papel do contexto sociocultural, religioso e institucional, com vista a informar práticas profissionais mais sensíveis, personalizadas e culturalmente adequadas. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura com síntese temática, centrada em estudos qualitativos sobre a percepção materna da perda gestacional. Foram incluídos 15 estudos, envolvendo 278 mulheres, seleccionados a partir de cinco bases de dados internacionais. A qualidade metodológica foi

avaliada através da ferramenta CASP. A análise seguiu os passos propostos por Thomas e Harden, com codificação independente, construção de temas descritivos e analíticos, e validação por consenso. O protocolo foi registado na PROSPERO® (CRD42023407314). Foram identificados cinco temas principais: facilitadores, inibidores, contextos, apoio profissional e impactos. Os facilitadores incluíram fatores internos (resiliência, gratidão), apoio familiar, estratégias de superação (foco no trabalho ou em outros filhos), criação de memórias e ações de consciencialização. Os inibidores envolveram estigma, culpa, desvalorização da perda, obstáculos institucionais e barreiras à elaboração do luto, como a ausência de espaços diferenciados e políticas rígidas nos serviços. O contexto sociocultural e religioso influenciou fortemente a experiência da perda, moldando significados, rituais e formas de aceitação. O apoio profissional surgiu como fator ambivalente: a comunicação clara, empática e atenta foi promotora de ajustamento, enquanto a omissão, a rigidez institucional e atitudes desrespeitosas agravaram o sofrimento. Os impactos da perda manifestaram-se em múltiplas dimensões: pessoal (sofrimento psicológico, alterações físicas e emocionais), familiar (alterações relacionais e parentais), social (isolamento) e profissional (absentismo, dificuldades financeiras). Os dados demonstram a importância de cuidados sensíveis, individualizados e culturalmente informados para mitigar o sofrimento e promover a recuperação. A perda gestacional impacta profundamente a saúde mental materna, sendo mediada por fatores pessoais, sociais, culturais e profissionais. Os resultados evidenciam a necessidade urgente de cuidados individualizados, empáticos e culturalmente sensíveis. A comunicação profissional, o respeito pelas necessidades da mulher e a flexibilidade institucional são determinantes no ajustamento ao luto. Este estudo contribui para a prática ao oferecer um quadro compreensivo dos fatores que promovem ou dificultam a recuperação materna, e fundamenta futuras intervenções, formação profissional e reorganização de serviços na área da saúde mental perinatal.

Palavras-chave: cuidados sensíveis, mães, perda gestacional, saúde mental

COMUNICAÇÃO ORAL 3 - Desafios da tomada de decisão em relação à interrupção da gravidez em contextos clínicos e sociais complexos: uma série de casos

Rita Ortiga¹, Beatriz Couto¹, Elisa Lopes¹, Filipa Alves¹, Sónia Simões¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Portugal

ritaortiga23@gmail.com

No contexto europeu, a legislação portuguesa é das mais restritivas relativamente à interrupção voluntária da gravidez. Ainda que por razões médicas, esta associa-se a sentimentos de incerteza, tristeza, raiva, culpa, vergonha e fracasso. A avaliação da capacidade de decisão (ACD) deve estar ao alcance de qualquer médico, embora 3-25% das intervenções da psiquiatria de ligação (PL) a envolvam. Esta é sempre situacional, requerendo atenção no problema, capacidade de considerar diferentes opções, avaliar riscos e benefícios e antecipar possíveis resultados. Abordar os desafios enfrentados por médicos e progenitores na tomada de decisão em relação à interrupção da gravidez (IG) em contextos clínicos e sociais complexos (CCSC). Associadamente, explorar o processo de ACD em PL e o enquadramento legal da IG em Portugal e em outros países da Europa. Recolheram-se dados clínicos e sociodemográficos de três mulheres cujas gravidezes decorreram em CCSC, nos quais a IG foi abordada, mediante entrevistas clínicas e análise dos processos clínicos. Para o enquadramento teórico dos casos, procedeu-se a uma revisão narrativa da literatura, recorrendo às plataformas PubMed e Google Scholar. Caso 1 – Primigesta com neurofibromatose tipo 1 solicitou diagnóstico pré-natal (DPN) para exclusão da doença no feto, conseguida às 20 semanas de gestação (SG). O processo foi descrito como angustiante para o casal, que cogitou IG perante estudo positivo. Caso 2 – Grávida com 4 SG e suspeita, posteriormente confirmada, de encefalopatia autoimune solicitou IG pelo contexto clínico e trauma da primeira gestação (cesariana às 25 SG por pré-eclâmpsia), apesar do baixo risco de teratogenicidade dos tratamentos previstos. Essa opção foi protelada até às 9 SG por ACD desfavorável, perante défices mnésicos flutuantes significativos. Caso 3 – Múltipara de 33 anos, angolana, imigrou sozinha para Portugal para tratamento de cancro da mama (CaM). Embora utilizasse dispositivo intrauterino, descobriu gravidez às 17 SG,

após término da radioterapia. Recusou exames especializados para esclarecimento de anomalias fetais, esclarecendo que independentemente dos resultados, a IG não se enquadrava nos seus valores morais e religiosos. Reconhece ter passado por um processo de negação da gravidez, por temer o prognóstico desta e as suas implicações na evolução do CaM. A bebé nasceu prematura por cesariana, tendo necessitado de internamento prolongado na neonatologia, enquanto a doente desenvolveu depressão perinatal. Estes casos ilustram a complexidade clínico-psicológica e ético-legal da tomada de decisão relativamente à IG em CCSC. O DPN pode representar um luto. A legislação está desajustada à sua morosidade, podendo impedir resultados atempados, não decorando o tempo de reflexão dos progenitores. A IG não melhora a sobrevivência no CaM, mas os riscos de adiar o tratamento podem justificar aborto terapêutico. Perante incapacidade para decidir, deve prevalecer o melhor interesse da doente, procurando-se uma “decisão de substituição” ética e legalmente respeitável. Intervenções multidisciplinares humanizadas, personalizadas, objetivas e não estigmatizantes, permitem decisões éticas, livres e informadas, com menor impacto psicológico.

Palavras-chave: Avaliação da capacidade de decisão; interrupção da gravidez; legislação europeia; psiquiatria de ligação.

15:30 – 17:00 [Western European Time – WET]

CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

Auditório Principal [Presencial e online]

Adversidades na Infância Materna: Impactos na Saúde Mental Gestacional e na Interação Mãe-Bebê

Andrea Parolin Jackowski

[Professora Associada e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica, Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (EPM)- Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)]

17:30 – 18:00 [Western European Time – WET]

SESSÃO DE ENCERRAMENTO

Auditório Principal [Presencial e online]

Bárbara Figueiredo, Presidente do Grupo de Língua Portuguesa da Sociedade Marcé para a Saúde Mental Perinatal

Ana Matos Pires, Coordenadora Regional da Saúde Mental do Alentejo

Hugo Santos, Direção Regional do Sul em representação de Sofia Ramalho, Bastonária da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Nídia Ildefonso, Coordenadora da Comissão de Assessoria Técnica e Científica em Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros em representação de Luís Filipe Barreira, Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

SESSÕES PARALELAS

11:15 – 12:45 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 6. Saúde Mental Perinatal e Sociedade

Sala 124 [Presencial]

Moderador: Ana Conde

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 1 - Impacto da desigualdade de género e da incongruência expectativas-realidade do período pós-parto na saúde mental da mulher portuguesa

Mara Vasconcelos¹, Teresa Reis², Teresa Leão³, Denise Leite², Carla Santanita⁴

¹*Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal*

²*Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal*

³*Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, Portugal*

⁴*Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal*

17733@ulscoimbra.min-saude.pt

A literatura aponta a desigualdade de género e a discrepância entre expectativas e realidade da maternidade como fatores relevantes na saúde mental perinatal. Contudo, faltam estudos quantitativos nesta área em contexto português. O presente estudo propõe-se preencher essa lacuna, explorando de forma inovadora a relação entre crenças de género, suporte conjugal, incongruência vivida no pós-parto e sintomatologia depressiva em mulheres portuguesas no primeiro mês após o nascimento do bebé. Avaliar o impacto da desigualdade de género e da incongruência entre expectativas e realidade do período pós-parto na saúde mental da mulher portuguesa. Caracterizar expectativas, crenças de género e perceções sobre maternidade no pré-parto. Analisar a incongruência entre expectativas e experiência real no pós-parto e a sua relação com sintomatologia depressiva. Explorar o papel moderador do suporte conjugal/familiar nesta relação. Estudo quantitativo longitudinal com mulheres em pós-parto recente, acompanhadas numa maternidade hospitalar pública. A recolha decorre em dois momentos: no final da gravidez (35-40 semanas) e quatro semanas após o parto. Serão aplicados questionários sobre crenças e práticas de género, expectativas, suporte social e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh (EPDS). A análise incluirá estatística descritiva, correlações e modelos de regressão para explorar relações entre incongruência, suporte e sintomas depressivos. Prevê-se a inclusão de, pelo menos, 50 participantes. Espera-se identificar uma associação entre maior adesão a papéis de género tradicionais e níveis mais elevados de sintomatologia depressiva no pós-parto. Antecipam-se diferenças significativas entre as expectativas prévias e a realidade vivida, sobretudo ao nível da partilha de tarefas, cuidados ao recém-nascido e tempo pessoal. Esta incongruência é, previsivelmente, um fator de risco para sintomas depressivos. Espera-se ainda que o suporte conjugal e familiar desempenhe um papel protetor, com efeito moderador na relação entre incongruência e depressão. Os dados obtidos permitirão caracterizar as experiências reais das mulheres portuguesas no período pós-parto, com foco no impacto das construções sociais de género e nas redes de apoio disponíveis. O estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão dos fatores psicossociais que afetam a saúde mental da mulher

no pós-parto. A identificação de padrões de incongruência expectativas-realidade e de desigualdade de género permitirá orientar práticas de prevenção, intervenção precoce e políticas públicas mais ajustadas à realidade das famílias portuguesas. Os resultados podem ainda fundamentar ações de educação parental e de promoção de coparentalidade equitativa, com vista à redução da carga mental e emocional materna no período perinatal.

Palavras-chave: depressão pós-parto, sobrecarga materna, desigualdade de género

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 2 - Relação entre o sono e a depressão perinatal em mulheres grávidas atendidas no Hospital de Santarém – análise dos mecanismos de diagnóstico e acompanhamento

Mariana Coelho¹, Isabel Craveiro¹, Réka Cane¹

¹*Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade NOVA de Lisboa, Portugal*

mariana.sofiac@gmail.com

A gravidez é uma fase de intensas mudanças fisiológicas, hormonais, psicológicas e sociais que podem aumentar o risco de sofrimento emocional. O stress prolongado durante a gravidez também pode prejudicar o sistema imunológico e neuroendócrino, elevando o risco de complicações obstétricas. Neste sentido, é fundamental compreender e investigar as interações entre fatores psicossociais, qualidade do sono e sintomas psicológicos para desenhar intervenções e formular políticas que garantam um acompanhamento integral e humanizado às mulheres grávidas. Correlacionar o sono com a depressão perinatal em mulheres grávidas atendidas no Hospital de Santarém, analisando os mecanismos de diagnóstico e acompanhamento. Correlacionar a prestação dos serviços de saúde materna com a depressão perinatal; Correlacionar características sociodemográficas com a depressão perinatal e a qualidade do sono; A população-alvo deste estudo é composta por 31 mulheres grávidas no segundo e terceiro trimestre de gestação, acompanhadas no serviço de obstetrícia. Trata-se de um estudo analítico, observacional e de corte transversal. Foram aplicadas a Escala de Sonolência de Epworth, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-21), Escala de Depressão Perinatal e um questionário sociodemográfico. Através dos resultados obtidos na Escala de Sonolência de Epworth, 67,7% das participantes apresentaram sonolência diurna. De acordo com o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, 61,2% das grávidas relataram má qualidade do sono, sendo que 16,1% demoram entre 31 e 60 minutos para adormecer e 9,7% mais de uma hora. Na escala de depressão perinatal, 41,9% demonstraram ansiedade significativa. Na Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, a maioria apresentou níveis normais de depressão (77,4%) e ansiedade (51,6%), enquanto o stress foi mais prevalente nas categorias severo e extremamente severo (38,7%). Por fim, apenas 6,5% das mulheres receberam acompanhamento psicológico durante as consultas de obstetrícia, embora 51,6% das que não receberam reconheçam a importância desse apoio, e 71,0% manifestem interesse em que ele seja oferecido paralelamente às consultas. O estudo identificou elevada sonolência diurna, défice da qualidade do sono e aumento de sintomas de stress, ansiedade e depressão perinatal, sobretudo no segundo e terceiro trimestres. Estes resultados confirmam a associação entre gravidez, alterações do sono e sofrimento psicológico, revelando também a percepção de falta de apoio especializado. As implicações para a saúde mental perinatal são significativas, reforçando a necessidade de serviços integrados de apoio psicológico pré-natal, capazes de promover uma deteção precoce, intervenção multidisciplinar e cuidado humanizado, fundamentais para o bem-estar materno-fetal e para orientar futuras investigações na área.

Palavras-chave: Gravidez, Sono, Depressão perinatal

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 3 - O Impacto das Redes Sociais na Saúde Mental Perinatal: Fonte de apoio ou mais um fardo?

Daniela Oliveira¹, Fernanda Silveira¹, Teresa Reis^{1,2}

¹*Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal*

²*CHRC - Comprehensive Health Research Centre da Universidade de Évora, Portugal*

droliveira@ulsac.min-saude.pt

O uso das redes sociais na parentalidade enquanto fonte de informação e apoio tem aumentado significativamente. Ao proporcionarem um acesso contínuo e imediato a comunidades, conteúdos e aconselhamento, despoletam sentimentos de pertença e validação. Contudo, podem também intensificar a ansiedade e sentimentos de inadequação e comparação, com implicações diretas na saúde mental materna. Urge, pois, analisar o seu impacto na saúde mental perinatal, refletindo sobre potenciais benefícios, riscos e implicações para a prática clínica nesta fase de elevada vulnerabilidade emocional. Esta revisão bibliográfica procura analisar os efeitos da utilização das redes sociais durante o período perinatal na saúde mental materna. Pretende-se assim compreender de que forma estas plataformas funcionam como fontes de informação e apoio, e, simultaneamente, como potenciais geradoras de ansiedade, insegurança, idealizações parentais e sobrecarga emocional. Será também feita uma reflexão sobre possíveis estratégias que promovam uma relação mais equilibrada com o conteúdo digital neste contexto específico. Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura sobre o uso das redes sociais na parentalidade, com especial foco no período perinatal. A seleção dos materiais teve como critério a relevância para o tema em estudo. A análise focou-se na identificação dos benefícios e potenciais riscos do consumo de conteúdos parentais, com especial atenção à saúde mental perinatal. As redes sociais foram amplamente identificadas como ferramentas de apoio emocional e informativo no período perinatal. A acessibilidade permanente, a possibilidade de anonimato, a sensação de comunidade proporcionada e a rapidez no acesso a múltiplas opiniões são vistas como vantagens. Muitos estudos mostram que as mães valorizam o sentimento de pertença, a normalização das dúvidas e a validação entre pares. No entanto, os dados analisados também revelam riscos significativos: a comparação com modelos idealizados de maternidade e a sobrecarga de informação podem gerar sentimentos de inadequação, culpa e ansiedade. O uso intensivo das redes sociais mostrou estar associado, particularmente entre mães com maior vulnerabilidade emocional, a um aumento da ansiedade, solidão, exaustão e comparação negativa, condicionando um maior risco de sofrimento psicológico. Para além disso, constatou-se que algumas mães consideram a informação contida neste tipo de conteúdos, não validados, mais confiável do que a transmitida por profissionais de saúde, podendo isto afetar as decisões clínicas e ter consequências negativas na saúde da mãe e do bebé. O papel das redes sociais parece assim ambivalente — tanto promotor como prejudicial ao bem-estar emocional materno — dependendo do perfil psicológico da utilizadora, do tipo de conteúdo consumido e da intensidade do seu uso. As redes sociais representam um recurso relevante na parentalidade contemporânea, oferecendo suporte, informação e sensação de pertença. Contudo, podem também ser prejudiciais, ao transmitirem ideais de parentalidade que reforçam inseguranças e expectativas irrealistas. Na prática clínica é, pois, fundamental reconhecer a sua influência crescente na experiência da parentalidade, fomentando a literacia digital e emocional e, assim, promovendo o uso consciente e crítico destas ferramentas. Poderá ser útil, em estudos científicos futuros, aprofundar o conhecimento relativo à relação entre a saúde mental perinatal e o consumo deste tipo de conteúdos, considerando fatores como género, classe social, ansiedade parental e solidão.

Palavras-chave: Redes sociais; Saúde mental perinatal

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 4 - Brief Reactive Psychosis in Early Pregnancy: a reflection based on a case report

Marta Almada¹, Rita Neto¹, Ana Miguel¹, Raquel Correia¹

¹*Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Portugal*

martassalmada@gmail.com

Psychotic disorders during pregnancy are rare but carry significant clinical challenges. Brief reactive psychosis, often follows an acute stress and typically resolves within a month without residual functional impairment. Acute life stressors during the perinatal period, including unexpected pregnancy or infertility treatment and childbirth, may precipitate psychotic episodes in vulnerable women. Moreover, management of these episodes can be challenging. To present a case of a brief reactive psychosis in early pregnancy and to review existing literature on brief reactive psychosis and its potential association with stressors in women with perinatal

psychotic outbreaks. We also aim to evaluate evidence regarding the safety and efficacy of antipsychotic treatments during pregnancy. We describe a clinical case and conduct a narrative literature review focused on brief reactive psychosis, perinatal stress and psychosis risk, as well as a revision on antipsychotic use during pregnancy. A 36-year-old married woman, employed, at 5 weeks' gestation. She had mild intellectual developmental disorder and endometriosis, undergoing follow-up due to infertility. Psychiatric history included two hospitalizations for psychosis: 1-attributed to corticosteroid-induced iatrogenic effects and 2-following a relationship-breakup. She arrived at psychiatric emergency department with three days of disorganized behavior, agitation, insomnia, and auditory-verbal hallucinations. Family members associated her condition with the emotional stress of an unexpected spontaneous pregnancy. Her psychotic symptoms remitted rapidly after antipsychotic treatment, and she was discharged after one week on olanzapine. She described the episode as an "anxiety crisis" triggered by pregnancy learning. Brief reactive psychosis is triggered by stressors and characterized by sudden onset of delusions, hallucinations, or disorganized behavior, lasting up to one month. History of emotional stress, limited social support, prior psychotic illness in patient/family, and substance use are known risk factors. Psychosis may be associated with increased risk of multiple adverse obstetric and neonatal outcomes. Yet, most literature focuses on postpartum psychosis frequently associated with mood disorder history, bipolar vulnerability, or acute stressors such as unexpected pregnancy, abortion, or adoption crises. Evidence on antipsychotic use in early pregnancy indicates no significant increase in major congenital malformations, but there are concerns about metabolic side effects. Psychosis during early pregnancy is uncommon, but this case underscores the role of perinatal stress as a potentially precipitating factor. Early identification and monitoring of at-risk women are essential. While antipsychotic therapy may be warranted, the benefits must be weighed against maternal–fetal risks. Additionally, its use in the third trimester has been associated with potential neonatal withdrawal symptoms and extrapyramidal side effects. Integrated care involving both psychiatric and obstetric services as well as patients is recommended. This case supports the need for prospective studies to establish clear clinical guidelines for managing psychotic episodes in early gestation.

Palavras-chave: Brief reactive psychosis, perinatal stress, pregnancy, antipsychotics

12:45 - 14:00 [Western European Time – WET]

Intervalo de almoço

Sala 129

14:00 – 15:30 [Western European Time – WET]

TEMÁTICA 5. Evidência Científica e Avanços na Investigação

Sala 124 [Presencial]

Moderador: Teresa Reis

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 1 - EXPECTING: O papel mediador da satisfação conjugal na associação entre percepções de igualdade de género e expectativas de coparentalidade em casais, durante a gravidez

Rita dos Santos¹, Tânia Brandão¹, Eva Diniz¹, Dora D'Orsi¹

¹ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

A coparentalidade tem sido apontada como um preditor relevante da parentalidade e do funcionamento familiar. A relação coparental começa a estruturar-se durante a gravidez, no entanto, a literatura existente incide sobretudo na coparentalidade após o nascimento dos filhos, sendo fundamental compreender os fatores associados ao seu surgimento pré-natal. O estudo teve como objetivo explorar o papel mediador da satisfação conjugal, na associação entre as perceções de igualdade de género e as expectativas de cooperação e conflito coparental, em casais heterossexuais, na gravidez. Foram inquiridas 163 díades (idades entre 20 e 51 anos), numa relação conjugal há, em média, 8 anos. A maioria encontrava-se no terceiro trimestre de gravidez (69.9%) de um primeiro filho (69.3% dos pais, 65.9% das mães). Os progenitores reportaram as suas atitudes face aos papéis de género na parentalidade (EIG; Leal et al., s.d.), os seus níveis de satisfação conjugal (RAS; Hendrick, 1988) e as suas expectativas de coparentalidade futura (CRS-CPV; Lindroos et al., 2023). Os dados foram analisados recorrendo a um modelo de interdependência ator-parceiro com mediação (APIMeM). Foram identificados quatro efeitos significativos de parceiro-ator, idênticos para ambos os progenitores. Os resultados demonstram que perceções menos discriminatórias face aos papéis de género, de um dos elementos do casal, se associam a expectativas de maior cooperação e de menor conflito coparental por parte do cônjuge, por via da satisfação conjugal deste último. Os resultados salientam o papel mediador da satisfação conjugal e a importância da interdependência entre o casal, além de outros fatores individuais que devem ser considerados para promover a qualidade da coparentalidade pré-natal. Ainda, destacam a relevância das normas sociais, valores e práticas culturais no modo como os casais e as famílias se organizam, com implicações práticas para os profissionais que atuam no âmbito da saúde mental perinatal, para que possam apoiar as famílias numa transição para a parentalidade mais adaptativa e harmoniosa.

Palavras-chave: Coparentalidade Pré-natal; Satisfação Conjugal; Igualdade de Género; APIMeM.

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 2 - “Mom brain”: Alterações cognitivas e neuroplasticidade no período perinatal

Gonçalo Cunha¹, Ana Filipa Antunes¹

¹*Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal*

gon.cunha98@gmail.com

O termo “mom brain” é empregue coloquialmente em referência a queixas cognitivas frequentemente reportadas durante a gravidez e puerpério. A literatura relata défices ligeiros mas mensuráveis na memória, atenção e função executiva. Paralelamente, estudos de neuroimagem revelam alterações cerebrais estruturais e funcionais associadas às variações hormonais. Este trabalho consiste numa análise integrativa do fenómeno em questão, explorando o seu valor clínico e neurobiológico e procurando enquadrá-lo como processo de reorganização funcional adaptativa perinatal. Pretende-se caracterizar as alterações cognitivas subjetivas e objetivas associadas à gravidez e ao puerpério; identificar os padrões estruturais e funcionais cerebrais documentados; analisar de que forma o sono, o humor e o contexto psicossocial influenciam a experiência de défice; discutir a neuroplasticidade como função da maternidade. Foi realizada uma breve revisão narrativa da literatura publicada entre 2010 e 2025, com pesquisa predominante na base de dados PubMed. Foram incluídas revisões sistemáticas, meta-análises, estudos neuropsicológicos longitudinais e transversais, bem como estudos de neuroimagem, de base neuroendócrina e comportamental. A seleção foi orientada pela relevância clínica, metodológica e temática. Os estudos visados descrevem alterações cognitivas modestas durante a gravidez e o puerpério, com impacto sobretudo na memória verbal, na atenção e no controlo executivo. Estas alterações são geralmente transitórias e não comprometem o funcionamento global. A perceção subjetiva de défice, porém, é comum, mesmo quando as avaliações neuropsicológicas não revelam alterações de relevo. A nível neuroimagiológico verificaram-se modificações estruturais, como redução de volume no hipocampo, na amígdala e no córtex pré-frontal medial, bem como afinamento cortical nas regiões frontal e parietal. Estas

modificações surgem associadas a oscilações hormonais, nomeadamente nos níveis de estradiol, e refletem uma reorganização das redes cerebrais implicadas na cognição social, autorreferência e vinculação afetiva. Alguns artigos postulam ainda a existência de fenómenos compensatórios ou de reorganização qualitativa, como a adoção de estratégias alternativas de memorização ou melhorias no controlo inibitório e de impulsos. As alterações cognitivas observadas no período perinatal refletem essencialmente uma reestruturação funcional da cognição, influenciada por mecanismos neurobiológicos e fatores contextuais, mais do que um quadro de declínio cognitivo patológico. Esta reorganização ostenta ser adaptativa, consequente às alterações hormonais fisiológicas da gravidez e condicionando alterações estruturais que vão ao encontro das necessidades específicas da parentalidade. A valorização da queixa subjetiva, mesmo na ausência de défice objetivo, permite identificar vulnerabilidades e ajustar a resposta assistencial. Este enquadramento pode informar estratégias precoces de intervenção e psicoeducação, evitando interpretações patologizantes e promovendo uma abordagem mais contextualizada da saúde mental materna.

Palavras-chave: Perinatal; cognição; neuroplasticidade; neurobiologia;

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 3 - Associations Between Maternal and Paternal Perinatal Anxiety and Depression and Infant Developmental and Mental Health Outcomes: A Systematic Review

Daniela Fidalgo¹, Daniela Tavares¹, Tiago Miguel Pinto¹, Diogo Lamela¹, Inês Jongenelen¹, Stefanie Hoehl², Raquel Costa¹

¹Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

²University of Vienna, Faculty of Psychology, Research Unit for Developmental Psychology, Austria

daniela.fidalgo@ulusofona.pt

Family context plays a fundamental role in the first year of life, influencing infant mental health (MH). Parental anxiety and depressive symptoms are associated with increased risk of infant MDs. Moreover, paternal postpartum MH problems double the risk of infant MDs, after adjusting for maternal postpartum MH problems. Considering both mothers and fathers to understand the intergenerational transmission of MH problems is important. This systematic review aim to summarize findings on perinatal maternal and paternal anxiety and depressive symptoms in relation to infant developmental and MH outcomes. The study protocol was pre-registered in PROSPERO (CRD42025640868). A literature search was performed in February 2025, in PubMed, PsycINFO, Web of Science, and SCOPUS, by two independent researchers. No restrictions were set for the language or date of publication. Inclusion criteria include empirical studies examining the association between perinatal maternal and/or paternal (or same-sex parents) anxiety and/or depressive symptoms (from pregnancy to 12 months postpartum/corrected age) and infant developmental or MH outcomes. Studies must include data from both maternal and paternal (or both same-sex parents) anxiety or depressive symptoms. Exclusion criteria include studies assessing maternal or paternal anxiety or depressive symptoms, or MH outcomes beyond 12 months postpartum/corrected age; studies focusing solely on physical development. Two independent researchers conducted paper selection, data extraction, and risk of bias assessment following PRISMA guidelines. All records identified through the search strategy will be screened on title to identify exclusions and duplicates. Once duplicates are removed, the titles, abstracts or full text will be screened by two independent researchers against the inclusion and exclusion criteria. The main results will be analyzed by subgroups according to the following criteria: time of parental anxiety and depressive symptoms (prenatal or postpartum period, considering infant aged 0-12 months or corrected age); population (mothers, fathers); and type of symptoms (anxiety, depressive or comorbidity of anxiety and depressive symptoms). This systematic review and meta-analysis may identify key factors influencing infant MH, informing policymakers, researchers, and practitioners to optimize early intervention strategies.

Palavras-chave: Anxiety; depression; development; mental health; infancy

APRESENTAÇÃO ORAL BREVE 4 - Depressão perinatal, estado da tiroide materna e saúde e desenvolvimento do feto e do bebé: Uma revisão sistemática

Cláudia Costa¹, Maria José Costeira², Joana Palha², Bárbara Figueiredo¹

claudiaa.msc@gmail.com

A depressão perinatal e o estado subótimo da tiroide materna são fatores de risco significativos para desfechos adversos no desenvolvimento do feto e do bebé. No entanto, a interação entre estas duas condições na etiologia de problemas de saúde e desenvolvimento do feto e do bebé permanece por sintetizar, o que representa uma lacuna importante na investigação. Esta revisão sistemática visa identificar e sintetizar a evidência sobre a interação entre sintomas depressivos perinatais e indicadores de um estado da tiroide materna subótimo, e o seu impacto na saúde e desenvolvimento do feto e do bebé. Foi realizada uma pesquisa sistemática nas bases de dados PubMed, Web of Science e Scopus, até junho de 2025. De 545 registos rastreados, 49 foram avaliados em texto completo, resultando em nove estudos incluídos. Todos consistiam em designs quantitativos longitudinais e transversais, avaliando sintomas depressivos e indicadores do estado da tiroide. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada com a Escala de Newcastle-Ottawa. A análise dos nove estudos sugere que a relação entre os sintomas depressivos perinatais, o estado da tiroide materna e o desenvolvimento do bebé é interativa. A evidência demonstra que a coexistência de sintomas depressivos com alterações no estado da tiroide aumenta sinergicamente o risco de problemas de internalização e externalização em crianças, com um efeito particularmente pronunciado no sexo feminino. A autoimunidade da tiroide (TPO-Ab) foi identificada como um risco adicional para problemas de externalização, especialmente quando co-ocorria com os sintomas depressivos. A hipotiroxinemia no primeiro trimestre foi um preditor significativo de pontuações de orientação mais baixas em bebés. Adicionalmente, alguns estudos associaram exposição a desreguladores endócrinos com o hipotiroidismo materno. A evidência sobre a interação entre os sintomas depressivos e o estado da tiroide materna na saúde e desenvolvimento do feto e do bebé é escassa e limita conclusões definitivas. Contudo, esta revisão sublinha a necessidade de uma abordagem clínica mais integrada, que monitorize ambos os fatores durante o período perinatal. Salienta-se a importância da trajetória do estado da tiroide materna ao longo da gravidez, em detrimento de avaliações pontuais. Estudos futuros devem explorar a interação de forma prospetiva, contribuindo para intervenções mais direcionadas e precisas, com o objetivo de otimizar a saúde materna e o desenvolvimento do feto e do bebé.

Palavras-chave: Depressão perinatal; Tiroide; Desenvolvimento infantil; Revisão sistemática

**SESSÃO DE POSTERS
27 E 28 DE NOVEMBRO**

POSTER 1 - The Portuguese Guilt About Parenting Scale: Validation Study Among Mothers in the Postpartum Period

Helena Moreira¹, Daniela Mourão¹, Tatiana Dias¹, Maria Inês Nepomuceno¹, Margarida Perdigão¹

¹*Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal*

helena.tcmoreira@gmail.com

The Guilt About Parenting Scale (GAPS) is a 10-item self-report instrument designed to assess feelings of parenting-related guilt, considering factors such as time constraints, emotional and physical demands, behaviors, and conflicts with other social roles. The original scale was validated in a sample of parents with children aged 2 to 12 years, demonstrating a unidimensional factor structure and good psychometric properties. However, to date, the scale has not been validated in a postpartum population. This study examined the factor structure, reliability, convergent and known-groups validity of the Portuguese GAPS in a sample of postpartum mothers.

Convergent validity was assessed through correlations with related constructs, including work-family conflict, postpartum depression, parenting stress, and mindful parenting. Known-groups validity was evaluated by comparing scores between women with and without a diagnosed mental health condition after childbirth and between those below and above the EPDS cut-off score of 7.

A total of 250 women with an infant aged 0 to 12 months ($M=7.96$) participated in the study. The participants had a mean age of 33.42 years; most were primiparous (72.8%) and had returned to work following childbirth (88%). Women were recruited online and completed a sociodemographic/clinical questionnaire, the GAPS, the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), the Work-Family Conflict Scale (WFCS), the Parenting Stress Scale (PSS), and the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IMP). Confirmatory factor analyses were conducted using Jamovi; reliability, correlation, and comparison analyses were conducted using SPSS. The confirmatory factor analyses confirmed the unidimensional structure of the GAPS ($CFI = .95$, $TLI = .93$, $RMSEA = .08$, $SRMR = .04$). The GAPS showed adequate internal consistency, with a Cronbach's alpha and Omega coefficients of .91. Significant correlations were found between parenting guilt and the work-family conflict ($r = .52$), mindful parenting ($r = -.67$), postpartum depression ($r = .62$) and parenting stress ($r = .57$). Women diagnosed with a mental health condition scored significantly higher on the GAPS than those without a diagnosis, $F(1, 223) = 18.14$, $p < .001$. Women above the EPDS score condition scored significantly higher on the GAPS than those below the cut-off, $F(1, 223) = 77.29$, $p < .001$. The Portuguese version of GAPS demonstrated robust psychometric properties in a postpartum sample. The confirmatory factor analysis supported its unidimensional structure, and the scale showed excellent internal consistency. Strong correlations with related constructs supported convergent validity, and known-groups validity was confirmed by significant differences in scores based on mental health diagnosis and depressive symptoms. These findings suggest that the GAPS is a reliable and valid tool for assessing parenting guilt in postpartum women. Its use may contribute to better identification of maternal guilt and its associations with mental health and parenting-related challenges during the postpartum period.

Palavras-chave: Parenting Guilt; Postpartum; Factor Structure; Psychometrics.

POSTER 2 - Dor Não Controlada no Parto e Saúde Mental Perinatal: Uma Ligação Subestimada

Mariana Remelhe¹, Rita Neto¹, Margarida Vieira¹, Pedro Barbosa¹, Raquel Silva¹

¹Unidade Local de Saúde Gaia/Espinho, Portugal

mariana.remelhe.95@gmail.com

O parto é uma experiência física e emocional intensa, frequentemente descrita como uma das dores mais marcantes. Apesar da ampla disponibilidade de métodos analgésicos, muitas mulheres recebem alívio insuficiente da dor ou vivenciam um desfasamento entre expectativas e realidade durante o parto. Evidência emergente associa o mau controlo analgésico durante o parto ao aumento do risco de depressão pós-parto (DPP), ansiedade e perturbação de stress pós-traumático (PTSD), com potenciais implicações na saúde mental e na vinculação mãe-bebé. Sintetizar a evidência atual sobre a relação entre a dor mal controlada no parto e o desenvolvimento de complicações psiquiátricas no pós-parto, incluindo DPP, PTSD e ansiedade. Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, utilizando a base de dados PubMed com os termos “labor pain relief” e “psychiatric disorders”. A dor intensa no parto pode ativar respostas fisiológicas e neuroendócrinas prejudiciais (catecolaminas, hiperventilação, acidose fetal) e gerar stress psicológico significativo. Estudos indicam que mulheres com dor mal controlada têm maior risco de desenvolver DPP, PTSD e sintomas de ansiedade. Este risco aumenta quando existe um desfasamento entre expectativas de parto (ex. nascimento natural sem medicação) e a experiência real, gerando dissonância cognitiva e sensação de perda de controlo. Além disso, a falta de resposta às solicitações de analgesia pode ser vivida como uma violação da autonomia. Alguns estudos observacionais e meta-análises sugerem que a analgesia eficaz, nomeadamente a epidural, pode reduzir o risco de DPP. No entanto, os resultados são inconsistentes, em parte devido à heterogeneidade metodológica — variações na definição de depressão, ausência de controlo por fatores de risco psiquiátricos

prévios, e diferenças nos protocolos de analgesia. Independentemente da técnica utilizada, a dor mal gerida durante o parto é um fator de risco reconhecido para morbidade emocional e dificuldades na vinculação mãe-bebê, particularmente no bem-estar psicológico nos primeiros meses após o parto. A analgesia mal controlada durante o parto, seja por subtratamento da dor ou por expectativas não cumpridas, está associada a maior risco de complicações psiquiátricas no pós-parto. Esta dor não controlada compromete a saúde mental da mãe e a qualidade da relação precoce com o bebê. A promoção de escolhas informadas, uma resposta oportuna aos pedidos de analgesia e o rastreio de risco psicológico devem ser partes integrantes do cuidado perinatal. Uma abordagem multidisciplinar e preventiva, que integre obstetrícia, anestesia e saúde mental, poderá melhorar significativamente os resultados maternos e infantis.

Palavras-chave: Analgesia obstétrica, experiência de parto, dor no parto, trauma obstétrico

POSTER 3 - Luto perinatal: vivências de um grupo psicoterapêutico

Ana Paula Camarinho¹, Ana Cristina Vieira²

¹*Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Coimbra, Portugal*

²*Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal*

paula.camarinho@gmail.com

Os contextos de gravidez/nascimento e morte são paradoxais. A perda perinatal dá lugar ao vazio e luto por fazer. As mães beneficiam de intervenção psicoterapêutica no processo de luto. O setting psicoterapêutico grupal de inspiração grupal analítica constitui-se como rede de apoio através dos encontros previsíveis e frequentes, que geram proximidade e entrelaçada, fomentam sentimentos de pertença e apoio mútuo e confrontam com a diversidade, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e grupal, na busca por mudanças e entendimento das questões psicológicas. São objetivos desta intervenção: (1) Contribuir para a elaboração da dor psicológica de mães em processo de luto perinatal; (2) analisar as percepções das mães sobre os benefícios da psicoterapia de grupo na perda perinatal. Estudo de intervenção psicoterapêutica de grupo, base grupal analítica, na consulta de psicologia de uma maternidade. Participantes, cinco mães que sofreram perda neonatal, recrutadas após consulta de psicologia pós-parto numa maternidade. Intervenção semanal, durante 16 sessões, seguidas de quatro follow-up, dois quinzenais e dois mensais. Avaliação psicométrica antes e após, com recurso a escalas/questionários (Escala de Eventos Traumáticos; DASS-21; Escala de Luto Perinatal). Na última sessão, incluiu-se formulário de satisfação do processo e resultado. Cumpridos os procedimentos éticos, incluindo consentimento informado. Análise de conteúdo das sessões e estatística dos dados quantitativos. No contexto da psicoterapia de grupo, benefícios imediatos e mediatos decorreram da partilha gerada na dinâmica grupal. Ao longo das sessões, as mães desenvolveram sentimentos e percepções de grande apoio psicológico; manifestaram ressonância afetiva grupal e aumento do bem-estar, reforçaram a compaixão e a segurança pessoal e relacional. Durante o processo, surgiram as dificuldades pessoais de aceitação da perda, dor emocional e sofrimento manifesto, culpabilidade, agressividade e mecanismos defensivos. A intervenção psicoterapêutica foi permitindo, às mães, a criação de um espaço para internalizarem os seus bebês perdidos, dando lugar à possibilidade de uma nova gravidez. Os resultados psicométricos revelaram redução nos níveis de trauma, de depressão e de luto (avaliados com Escala eventos traumáticos; DASS-21; Escala de Luto Perinatal). A sua satisfação com a psicoterapia grupal foi muito elevada. A psicoterapia de grupo funcionou como lugar seguro e de apoio, onde os membros do grupo ativaram processos de reorganização psíquica, de elaboração do sofrimento, mediados e transformados com o auxílio das terapeutas, permitindo a visibilidade da perda e vivência do luto.

Palavras-chave: Perda perinatal; Intervenção psicoterapêutica; Psicoterapia de grupo; Grupalização.

POSTER 4 - Modelo de Intervenção Psicológica em Obstetrícia na ULSS José - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Maria de Jesus Correia¹, Sara Sereno¹, Maria Carolina Ferreira², Mariana Messias³

¹*Unidade Local de Saúde de São José - Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal*

mjcorreia@ulssjose.min-saude.pt

A intervenção psicológica na gravidez tem-se afirmado como eixo central da saúde perinatal. Na ULSSJosé, polo Maternidade Dr. Alfredo da Costa, aplica-se um modelo preventivo, contínuo e interdisciplinar que se traduz na presença constante da psicologia ao longo do ciclo gravídico-puerperal, promovendo ajuste emocional e capacitação parental. Na área da Obstetrícia, a atuação decorre em ambulatório ou internamento, com base em protocolos definidos com as equipas médicas, sendo ativada por rastreios ou solicitação dos profissionais perante necessidades expressas ou detetadas. Dar a conhecer o modelo de atuação da psicologia no serviço de obstetrícia nesta maternidade, sublinhando o seu caráter preventivo, educativo e integrador. Pretende-se divulgar uma prática consolidada, centrada na promoção de competências parentais, ajuste emocional à gravidez e vinculação precoce. A comunicação visa também refletir sobre os ganhos potenciais desta abordagem para a saúde mental perinatal e para a humanização dos cuidados. A apresentação assume um formato descritivo, centrado na caracterização do modelo de intervenção psicológica em obstetrícia na ULSSJosé-MAC. Serão descritos os diferentes contextos e objetivos de atuação, bem como os princípios teóricos que orientam a prática. A exposição será complementada por dados de estatística descritiva relativos à frequência e diversidade de intervenções realizadas ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Não foram recolhidos dados empíricos diretos nem definida uma amostra específica de participantes. Este modelo de intervenção psicológica dirigida a mulheres, homens, casais e famílias, assenta numa lógica contínua e articulada de cuidados, com especial atenção à prevenção, resultando em: Apoiar emocionalmente a gestante diante das transformações físicas, hormonais e psíquicas; Favorecer a construção do vínculo materno-fetal; Prevenir e intervir em quadros de ansiedade, depressão e medos relacionados com a gestação, parto e pós parto; Promover a adaptação à nova identidade como mãe, especialmente em casos de gravidez não planeada ou ambivalentemente desejada; Colaborar nos Cursos de Preparação para a Parentalidade; Apoiar no processo de adaptação à nova rotina, ao bebé e às mudanças inerentes à transição para a parentalidade; Favorecer a adaptação ao internamento (prolongado); Acompanhar psicologicamente situações de Luto Gestacional; Apoiar processos de Interrupção Voluntária da Gravidez; Intervenção multidisciplinar na Unidade da Adolescência; Rastreio de risco para depressão pós-parto no internamento de medicina materno-fetal; Apoio psicológico em situações de diagnóstico pré-natal grave com possível decisão de Interrupção Médica da Gravidez. A nossa experiência confirma o valor da integração da psicologia na saúde perinatal, com ganhos visíveis na adaptação emocional à gravidez, na vinculação mãe-bebé e na gestão de situações clínicas adversas. Este modelo preventivo e de deteção precoce centra-se no apoio contínuo ao desenvolvimento da parentalidade e revela-se uma mais-valia na promoção da saúde mental perinatal. O seu potencial replicável em outras unidades hospitalares convida à reflexão sobre práticas mais humanizadas e integradas.

Palavras-chave: Prevenção, Intervenção, Saúde Mental Perinatal

POSTER 5 - A Mãe que Há em Mim - uma adaptação à ULSAC

Ana Carolina Rodrigues¹, Carla Santanita², Mariana Marques², Teresa Reis²

¹*Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, Portugal*

²*Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal*

ana.arodrigues@ulsmnt.min-saude.pt

O período perinatal reveste-se de inúmeras alterações físicas, psicológicas e sociais, que podem ser bastante desafiadoras e geradoras de sofrimento para a mulher. A depressão perinatal apresenta elevada prevalência e está documentado o seu impacto negativo na mulher, bebé e família, exigindo estratégias de prevenção e intervenção precoce. O programa “A Mãe que Há em Mim” surge como resposta estruturada a esta necessidade, combinando psicoeducação e práticas de terapia cognitivo-comportamental de 2ª e 3ª geração (mindfulness e

autocompaixão). Adaptar à realidade da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC) o programa “A Mãe que Há em Mim” e implementá-lo em contexto hospitalar. Avaliar o impacto da implementação do programa nos índices de saúde mental de mulheres grávidas e puérperas, com e sem doença mental. O programa original foi adaptado para 5 sessões, que decorreram semanalmente, em formato de grupo presencial. As facilitadoras das sessões tiveram formação no programa e receberam supervisão clínica. O recrutamento de mulheres sem doença mental fez-se a partir de sessão de preparação para o parto e parentalidade. As mulheres com doença mental foram recrutadas a partir do Programa de Saúde Mental Perinatal da ULSAC. Recolheram-se dados sociodemográficos e clínicos. Aplicaram-se escalas (PDSS, PASS, SCS, SHQ-16, WHOQOL-BREF), antes e depois da intervenção. No final, foi aplicado um questionário de satisfação. Participaram no programa 8 mulheres, com idade média de 35 anos, maioritariamente residentes em Évora (87,5%) e todas de nacionalidade portuguesa. No que respeita ao estado civil, 75% estavam casadas ou em união de facto e 25% eram solteiras. Relativamente à escolaridade, 62,5% tinham concluído o ensino secundário e 37,5% possuíam licenciatura. No momento da intervenção, 62,5% das participantes encontravam-se a trabalhar e 37,5% em situação de baixa. Quanto ao período perinatal, 37,5% estavam grávidas e 62,5% em fase de pós-parto. Em termos de antecedentes de saúde mental, 25% não apresentavam diagnóstico de doença mental, 37,5% tinham história de perturbação depressiva e 37,5% de perturbação ansiosa. Os resultados pré e pós intervenção mostraram uma redução nos níveis de depressão e ansiedade, sem diferenças com significância estatística nos níveis de autocompaixão, mindfulness e qualidade de vida. As participantes referiram índices elevados de satisfação com a intervenção, destacando a sensação de acolhimento e respeito durante as sessões, a clareza da informação prestada e a aquisição de estratégias para promoção do autocuidado na gravidez, no pós-parto e na parentalidade. A implementação de uma adaptação do programa “A Mãe que Há em Mim” na ULSAC demonstrou ser viável e produziu um impacto positivo nos níveis de depressão e ansiedade perinatais, com elevada satisfação das participantes. Estes dados sustentam o valor da intervenção como estratégia complementar em saúde mental perinatal, com potencial de replicação e integração em contextos clínicos e comunitários, promovendo o bem-estar materno e, conseqüentemente, a qualidade da relação mãe-bebé.

Palavras-chave: Depressão perinatal; Ansiedade perinatal; Prevenção; Intervenção precoce

POSTER 6 - Pais de Pequenos – Versão Bebê: Estudo Piloto de Aceitabilidade e Viabilidade de um Programa de Intervenção em Grupo para a Promoção de uma Parentalidade Consciente e Redução da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva no Período Pós-Parto

Daniela Mourão¹, Tatiana Dias¹, Maria Inês Nepomuceno¹, Helena Moreira¹

¹*Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal*

danielascrmourao@gmail.com

O Pais de Pequenos – versão Bebê (PdP-B) é um programa de intervenção psicológica para mulheres no período pós-parto centrado na diminuição de dificuldades psicológicas maternas (sintomatologia depressiva, ansiosa e/ou stress parental) e na promoção de uma parentalidade consciente, compassiva e alinhada com os valores parentais das mães. O PdP-B é composto por 8 sessões semanais, realizadas através de uma plataforma de videoconferência, nas quais estão presentes 6 a 8 participantes e 2 psicólogas que dinamizam a sessão em direto. O presente estudo tem como objetivo investigar a aceitabilidade (e.g., satisfação com o programa, compreensão dos conteúdos, perceção de utilidade e probabilidade de recomendação) e viabilidade (e.g., a exequibilidade do programa) do PdP-B, assim como a viabilidade dos procedimentos de investigação (e.g., recrutamento, recolha de dados e avaliação). Realizaram-se 3 grupos de intervenção, nos quais participaram 17 mulheres com um bebé entre os 0 e os 12 meses, fluentes em português, em risco de desenvolver depressão pós-parto (PDPI-R > 5.5), com sintomas ligeiros a moderados de depressão pós-parto ($7 \leq EPDS \leq 18$), ansiedade pós-parto (PASS > 28), e/ou stress parental que receberam o PdP-B no formato online síncrono em grupo. Avaliou-se a aceitabilidade do programa através de questionários de autorresposta preenchidos após cada sessão e no final da intervenção e a viabilidade através das taxas de adesão. Observaram-se níveis elevados de

satisfação com o programa (89.2% consideraram as sessões muito ou muitíssimo agradáveis), de compreensão dos conteúdos (98.7% reportaram perceber quase tudo ou tudo) e de percepção de utilidade dos exercícios e temas abordados nas sessões (94.6% avaliaram como muito ou muitíssimo útil). Os momentos de partilha de experiências individuais em grupo foram considerados importantes pelas participantes, que valorizaram a identificação de dificuldades comuns. No questionário de avaliação realizado no final de cada uma das sessões, as participantes reportaram não existir qualquer tema ou exercício percebido como desagradável. As mães destacaram também a flexibilidade do formato online síncrono, que permitiu a presença do bebê durante as sessões e facilitou a conciliação das suas rotinas diárias. Ao longo da implementação do programa foram observadas elevadas taxas de adesão (88.2%). Os procedimentos de investigação demonstraram-se viáveis, permitindo o recrutamento eficaz das participantes e a elevada adesão (99.4%) aos diferentes momentos de recolha de dados e avaliação. Os resultados preliminares do presente estudo demonstram a aceitabilidade e viabilidade do PdP-B. Estes resultados apontam para a exequibilidade do programa e justificam a implementação posterior de um ensaio clínico aleatorizado. A disponibilização do PdP-B no formato online permite disponibilizar uma intervenção psicológica baseada na evidência a mulheres residentes em qualquer área geográfica do país. Este formato ajusta-se às necessidades específicas do público-alvo, permitindo a presença do bebê durante as sessões e a participação a partir de casa, facilitando a gestão de tarefas e promovendo a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Programa de Intervenção Psicológica Online; Período Pós-Parto; Saúde Mental Perinatal; Estudo de Viabilidade.

POSTER 7 - "Essa criança tem alguma coisa": Laudos e diagnósticos no contexto da escola

Beatriz Neves¹, Sílvia Cordeiro¹, Nathany Oliveira¹

¹Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil

bia.sernache@gmail.com

Práticas medicalizantes influenciam o cotidiano. Nas infâncias isso se presentifica através de práticas mediadas pelo campo da saúde e da educação. A entrada do saber médico na educação coincide com nova proposta de educação marcada pelo modelo neoliberal. O horizonte normativo passa a utilizar a medicalização das crianças como estratégia, entrando como lógica simplista, no qual as práticas sociais e subjetivas são reduzidas a compreensões lineares de causa e efeitos biológicos que resultam em efeitos de patologização de lógicas desviantes. O presente trabalho tem como objetivo compreender como o processo da medicalização, evidenciado pela produção crescente de laudos, tem impactado as relações entre a criança, sua família e a escola considerando as especificidades de uma unidade escolar pública na cidade de Fortaleza-CE situada no nordeste brasileiro. A pesquisa contou com uma série de etapas (roda de conversa, supervisão, observação participante, formação continuada) guiada pelo método da pesquisa colaborativa no qual se buscou estratégias para a construção de um espaço de confiança mútua entre os pesquisadores e professores das escolas. A ideia principal dessa de pesquisa foi tentar entender o que os participantes já sabem, sendo importante explicar o conhecimento prático em ação construindo um processo de coprodução de conhecimento e recursos para um clima de suposta confiança mútua a ser confirmada ao longo do tempo. Ao ouvir os professores no decorrer da pesquisa, a questão da medicalização se fez presente em diversos momentos. Medicalização é um termo que tem sido utilizado para falar de processos pelos quais questões cotidianas, sociais passam a ser tratadas como questões médicas, geralmente como doenças ou transtornos (CONRAD, 2007). Relacionando a questão da medicalização da vida e do lugar social que a infância ocupa atualmente, podemos perceber que há um movimento em transformar características que são próprias da infância em problemas que podem ser avaliadas dentro do discurso e do saber médico. As consequências dessas modificações se implicam em uma redução da dimensão diagnóstica em prol de diagnósticos nosográficos que desemboca em processos onde a medicação passa a ser a principal forma de tratamento, no qual cada sintoma passa a ter um remédio reduzindo as manifestações humanas em doenças (CATÃO, 2020). Um diagnóstico que se reduz a explicações nosográficas desloca o problema central da saúde

mental para o sintoma, como se a sintomatologia fosse o próprio problema a ser resolvido, desprezando relações sociais e ambientais focando-se em aspectos vivenciados individualmente enquanto sintomas. Nas supervisões sintomas vêm nomeados como agressividade, impulsividade, estereotipia, dificuldade de aprendizado, atrasos no desenvolvimento. O diagnóstico tem um lugar central nas práticas interventivas, uma vez que é a partir dele que as ações se organizam. Então, o diagnóstico, além de orientar as práticas interventivas, muda também a forma como o sujeito se percebe, como interpreta suas emoções, seu modo de ser e sua relação com os outros (BENILTON JR, 2014). Essa tradução de aspectos da subjetividade em termos neuroquímicos implica em um abandono da dimensão simbólica da constituição subjetiva (GUARIDO E VOLTOLINI, 2009). Na infância isso ganha um estatuto diferente pois é um sujeito que está em processo de constituição, no qual o diagnóstico pode entrar limitando as oportunidades e as expectativas de vida e subjetivação da criança. O diagnóstico na infância muda também ao transformar o laço social da criança, como sua família e comunidade. Uma vez o diagnóstico dado, se deixar de apostar ou desafiar a criança acreditando que ela não será capaz de aprender como as outras. O discurso medicalizante produz efeitos sobre pais e professores. A transferência de responsabilidade entre família e escola aparece acompanhada da despersonalização dos processos que acontecem na realidade escolar. Os docentes se sentem invalidados constantemente por outros saberes e por outras instâncias manifestando um claro sentimento de angústia. No contexto brasileiro, como direito garantido pela constituição e reiterado por leis que focam na inclusão, crianças são assistidas pelos campos da saúde e da educação. Algumas vezes ao se afastar do que é esperado para cada idade, crianças e adolescentes colocam em xeque o saber-fazer de médicos e professores. A pesquisa focou no olhar dos professores sobre essas crianças. Encontramos um campo marcado pelo discurso medicalizante sobre a infância, que impacta a relação escola-família e como se gerencia conflitos. Encontramos saídas inventivas para lidar com desafios cotidianos que se apresentam, como estratégias nas quais subjetividades são percebidas e adaptadas.

Palavras-chave: Infância; Medicalização; Educação; Laudo

POSTER 8 - Potentially traumatic lifetime experiences and maternal-fetal bonding difficulties: The mediating role of prenatal mental health problems

Sofia Prata¹, Daniela Fidalgo¹, Matilde Sousa¹, Daniela Tavares¹, Francisca Teixeira¹, Ana Morais¹, Inês Jongenelen¹, Diogo Lamela¹, Raquel Costa¹, Tiago Miguel Pinto¹

¹Lusófona University, HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

sofiaprata.psi@gmail.com

Potentially traumatic lifetime experiences can negatively affect maternal-fetal bonding. However, the underlying mechanisms remain poorly understood. This study analyzed (1) the association between potentially traumatic lifetime experiences and maternal-fetal bonding difficulties; and (2) the mediating role of prenatal symptoms of mental health problems (anxiety, depression, and PTSD symptoms) in the association between potentially traumatic lifetime experiences and maternal-fetal bonding difficulties. At the third trimester of pregnancy, 494 expectant mothers completed a sociodemographic questionnaire and self-reported measures to assess potentially traumatic lifetime experiences (trauma checklist), anxiety (State Anxiety Inventory), depression (Edinburgh Postnatal Depression Scale), and PTSD (PTSD Checklist for DSM-5) symptoms, as well as maternal-fetal bonding difficulties (Prenatal Bonding Questionnaire). Unadjusted and adjusted multilevel linear regression models were conducted to address aim 1 and a mediation model (PROCESS, model 4) was performed to address aim 2. Potentially traumatic lifetime experiences were not directly associated with maternal-fetal bonding difficulties. An indirect association was found through prenatal anxiety symptoms. Prenatal depression and PTSD symptoms did not mediated the association between potentially traumatic lifetime experiences and maternal-fetal bonding difficulties. Results indicated that prenatal anxiety symptoms mediated the association between potentially traumatic lifetime experiences and maternal-fetal bonding difficulties, underscoring the importance of integrating trauma and mental health screening into prenatal care. The systematic screening of trauma history and anxiety symptoms in prenatal care settings can identify

expectant mothers at risk of bonding difficulties.

Palavras-chave: potentially traumatic lifetime experiences, maternal-fetal bonding difficulties, prenatal mental health problems

POSTER 9 - Experiência Emocional Paterna no Pós-Parto: O Papel da Confiança Parental e da Parentalidade Mindful no Desenvolvimento Socioemocional do Bebê

Tatiana Dias¹, Beatriz Crisóstomo¹, Daniela Mourão¹, Helena Moreira¹

¹*Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal*

tatiiana.dias17@outlook.com

Nas últimas décadas, tem-se verificado um crescente interesse pela saúde mental parental no período do pós parto, uma fase de grande vulnerabilidade tanto para a mulher como para o homem. Contudo, a investigação relativa à experiência emocional dos progenitores masculinos neste período é ainda limitada, permanecendo pouco explorada a forma como essa experiência, em particular de sintomatologia ansiosa e depressiva, se relaciona com os resultados desenvolvimentais do bebé. O presente estudo tem como objetivo contribuir para a investigação sobre a relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva paterna e as dificuldades socioemocionais e comportamentais do bebé (DSCB). Especificamente, pretendeu-se explorar o papel mediador da confiança parental e da parentalidade mindful nesta relação. Participaram no estudo 145 homens ($M = 34.59$), pais de bebés até 12 meses de idade. Os dados foram recolhidos online, tendo os participantes completado questionários de autorresposta que permitiram avaliar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa, os seus níveis de confiança parental e de parentalidade mindful e as DSCB. Estimou-se um modelo de mediação sequencial para analisar os efeitos diretos e indiretos da sintomatologia ansiosa e depressiva paterna nas DSCB, através da confiança parental paterna e da parentalidade mindful. Verificou-se que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva paterna se associaram indiretamente a maiores DSCB nos primeiros doze meses de vida, através de menores níveis de confiança parental paterna. Além disso, observou-se que níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa no período pós-parto se associaram diretamente a maiores DSCB. Os resultados sugerem que a confiança parental pode constituir um mecanismo explicativo relevante da relação entre a sintomatologia depressiva paterna e as DSCB. Além disso, evidenciam a importância de atentar a saúde mental paterna e de aprofundar a investigação sobre como esta pode atuar no desenvolvimento de DSCB. Estes resultados poderão informar o delineamento de intervenções psicológicas precoces que permitam promover o bem-estar parental e prevenir desfechos indesejados no desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Saúde Mental Paterna no Pós-Parto; Confiança Parental; Parentalidade Mindful; Desenvolvimento Socioemocional Infantil

POSTER 10 - Psicofármacos durante a gravidez: Riscos e benefícios

Cláudia da Silva¹, Joana Bravo¹

¹*Unidade Local de Saúde Estuário do Tejo, Portugal*

claudia.ribeiro.g@gmail.com

Perturbações psiquiátricas como depressão, ansiedade e perturbação bipolar são prevalentes durante a gestação e quando não tratadas aumentam a probabilidade de desfechos obstétricos adversos. O uso de psicofármacos exige ponderação entre os riscos para o feto e os prejuízos decorrentes da não intervenção na saúde mental materna. Neste sentido, o conhecimento sobre uso de psicofármacos na gravidez é muito pertinente e contribui para implementação de condutas seguras e humanizadas, promovendo um cuidado perinatal mais eficaz e baseado em evidência. Analisar os riscos e benefícios do uso de psicofármacos durante a gravidez, com ênfase na segurança fetal/neonatal e na estabilidade clínica materna. Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão de artigos publicados entre 2015 e 2025, através de pesquisa na base de dados PubMed, que abordam o

uso de psicofármacos durante a gravidez. A saúde mental no período perinatal é um fator determinante para o bem-estar materno-fetal e por isso deve ser dada especial atenção ao tratamento das perturbações psiquiátricas presentes nesta fase, usando, sempre que clinicamente recomendado e devidamente ponderado, psicofármacos. Os dados indicam que, embora alguns psicofármacos estejam associados a riscos específicos, como síndrome de adaptação e abstinência neonatal, prematuridade, efeitos teratogénicos, aumento do risco de diabetes gestacional, entre outros, a não intervenção, sobretudo em casos graves, pode conduzir a desfechos obstétricos negativos, incluindo aumento do risco de suicídio, parto prematuro, baixo peso ao nascer e prejuízo no vínculo mãe-bebê. A decisão terapêutica deve ser individualizada, multidisciplinar, considerando a gravidade da perturbação psiquiátrica, histórico clínico e preferências da grávida. Existem vários fármacos que apresentam perfil relativamente seguro na gestação, como alguns inibidores de recaptção da serotonina, em particular a sertralina, antipsicóticos atípicos, como a quetiapina, e estabilizadores do humor, como lamotrigina e o lítio, este último carece, no entanto, de uma monitorização mais apertada. Por outro lado, fármacos como o valproato de sódio estão contra-indicados, pelo conhecido risco teratogénico. O uso de psicofármacos durante a gravidez deve ser pautado por uma avaliação risco-benefício criteriosa, individualizada, baseada em evidência, com ponderação entre riscos fetais/neonatais e os danos da descompensação psiquiátrica materna. A estabilização da saúde mental materna é fundamental para o desenvolvimento saudável do bebê, e quando necessário, a farmacoterapia pode ser uma estratégia segura e eficaz se acompanhada de forma adequada por uma equipa multidisciplinar.

Palavras-chave: perinatal, psicofármacos, gravidez

POSTER 11 - Dupla Vulnerabilidade: Violência Obstétrica em Mulheres com História de Trauma Sexual: Impacto na Saúde Mental Perinatal

Andreia da Silva¹, David dos Santos¹, Elisa Ferreira¹, Inês Palhinhas¹

¹Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, Hospital Garcia de Orta, Portugal

andreia.f.castanheira@gmail.com

Mulheres com história de trauma sexual prévio constituem um grupo particularmente vulnerável à vivência de violência obstétrica, que pode agravar sintomas de ansiedade, depressão e stress no período perinatal. A sobreposição destas experiências compromete o cuidado humanizado e o vínculo mãe-bebê. Apesar da relevância clínica, este impacto permanece pouco estudado. Com este trabalho propomo-nos a aprofundar a relação entre trauma sexual prévio e violência obstétrica no parto, identificando factores que contribuem para esta dupla vulnerabilidade e reflectindo sobre práticas clínicas de humanização, prevenção da retraumatização e apoio psicossocial adequado. Revisão não sistemática da literatura, com recurso a pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando as palavras-chave “sexual trauma”, “obstetric violence” e “perinatal mental health”. Mulheres com antecedentes de trauma sexual são mais vulneráveis a efeitos deletérios da violência obstétrica no que à saúde mental perinatal diz respeito. Esta exposição está associada a piores outcomes, incluindo ansiedade, depressão e dificuldades de vinculação. A retraumatização durante o parto é frequentemente desencadeada por práticas invasivas ou falhas na comunicação empática. A ausência de exploração da história de trauma reduz a possibilidade de cuidados adicionais e aumenta a vulnerabilidade psicológica no parto. Reconhecer a dupla vulnerabilidade destas mulheres é fundamental para cuidados perinatais humanizados. Estratégias de prevenção da retraumatização, formação específica dos profissionais e revisão de protocolos institucionais são essenciais para promover saúde mental materna e fortalecer o vínculo mãe-bebê, favorecendo outcomes clínicos e psicossociais positivos.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Trauma sexual; Saúde mental perinatal

POSTER 12 - Psicose pós-parto: A propósito de um caso clínico

Dinora Coelho¹, Diogo Costa¹, Ana Sofia Sanches¹, João Fonseca¹

¹Unidade Local de Saúde do Alto Ave, Portugal

A psicose pós-parto é uma perturbação mental grave que surge, de forma súbita, nos dias ou semanas após o parto. Caracteriza-se por alterações patológicas do humor, desorganização do pensamento e comportamento, insónia e sintomas psicóticos, frequentemente relacionados com a mãe ou o bebé. Embora rara, afetando cerca de 1 em cada 1000 mulheres, é uma emergência psiquiátrica devido ao risco elevado de consequências graves, como suicídio ou infanticídio, exigindo intervenção imediata. O objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso clínico e realizar uma revisão da literatura sobre a psicose pós-parto. Apresenta-se o caso clínico de uma utente que é acompanhada por mim desde o seu internamento. Foi obtido o seu consentimento para a apresentação deste caso. A revisão será realizada com base em artigos científicos. Apresenta-se o caso de uma mulher, 21 anos, primípara, sem antecedentes psiquiátricos, que foi internada no serviço de Psiquiatria por quadro compatível com psicose pós-parto. Apresentava pseudoalucinações auditivo-verbais, descritas como "choro de bebé" (sic), mesmo quando afastada do recém-nascido, alterações do pensamento com dinamismo comportamental e insónia quase total. Segundo a equipa de neonatologia, na noite precedente ao internamento, a utente apresentava inquietação marcada, deambulando pelo piso com comportamento bizarro e discurso hiper-religioso, rezando e compelindo o marido e equipa técnica a rezarem e prestarem genuflexão diante do recém-nascido. Relativamente aos antecedes obstétricos, o parto, que ocorrera 8 dias antes, foi complicado, com distocia de ombros e laceração perineal de 4.º grau. Por intercorrência infecciosa, o recém-nascido foi internado no serviço de neonatologia, permanecendo no hospital após a alta clínica da utente. Da história pregressa, destaca-se uma infância e adolescência com um percurso não normativo, com sentimentos de solidão e menos-valia e situações vivenciais traumáticas, incluindo história de abuso sexual. Com as medidas instituídas durante o internamento, nomeadamente a introdução da olanzapina, verificou-se uma rápida evolução do quadro, com remissão das alterações do pensamento e da sensoperceção, normalização do ciclo sono-vigília e ganho de crítica. A psicose pós-parto constitui uma emergência médica, exigindo o reconhecimento precoce dos sinais, sintomas e fatores de risco para um diagnóstico célere e uma intervenção adequada. Trata-se de uma condição multifatorial, cujos principais fatores de risco incluem antecedentes pessoais de perturbação bipolar, psicose pós-parto e esquizofrenia, bem como a primiparidade. Também têm sido descritos como possíveis fatores contributivos complicações obstétricas e neonatais, disrupções do ritmo circadiano, alterações hormonais e fatores genéticos. No caso apresentado, destaca-se a insónia desde o parto e as complicações obstétricas e neonatais. A psicose pós-parto pode refletir uma perturbação bipolar subjacente, tornando indispensável um acompanhamento longitudinal.

Palavras-chave: "psicose pós parto"; psicose, perinatal

POSTER 13 - Culpa e Vergonha Após Perda Perinatal: O que Sabemos?

Bruna Veloso¹, Ana Xavier^{1,2}, Ana Conde¹, Lara Palmeira^{1,2}

¹RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade Portucalense, Porto, Portugal

²Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

brunaveloso12@hotmail.com

A perda perinatal pode ser um evento extremamente desafiador, possivelmente traumático e causador de sofrimento emocional. Estudos com amostras de pessoas enlutadas destacaram que as emoções culpa e vergonha são comumente reportadas e estão positivamente associadas com luto complicado e depressão. Particularmente na perda perinatal, estas têm sido frequentemente mencionadas, sobretudo em estudos qualitativos. Contudo, até ao momento, não foi identificada qualquer revisão de literatura que analise estas emoções especificamente no contexto da perda perinatal. Realizou-se uma scoping review da literatura existente sobre culpa e vergonha após perda perinatal. Três bases de dados eletrónicas (PubMed, Web of Science e Scopus) foram consultadas para pesquisar artigos quantitativos ou mistos, publicados em português ou inglês, até maio de 2024. A amostra

incluiu mulheres e homens, com idade ≥ 18 anos, que experienciaram perda perinatal nos últimos 12 meses. Dos 644 artigos obtidos na pesquisa, 24 foram considerados elegíveis para avaliação do artigo completo. Destes, 10 (1988-2024) cumpriram os critérios de elegibilidade e foram incluídos. Os estudos foram realizados em vários países. A maioria adotou um design transversal e incluiu mulheres e homens. Diferentes instrumentos de autorrelato foram utilizados para avaliar culpa e/ ou vergonha. Resultados indicaram associação positiva entre culpa e depressão. Em estudos de comparação, mulheres experienciaram mais culpa que os homens. Entre homens entrevistados, estes apresentaram níveis mais elevados de culpa quando a perda tinha ocorrido há 12 ou mais meses. Adicionalmente, um estudo longitudinal mostrou que a vergonha, ao contrário da culpa, tem um papel explicativo no luto em mulheres e homens. Revela-se necessário o uso de uma medida comum que avalie os construtos culpa e vergonha. Além disso, tendo em consideração que a maioria dos artigos se focou em culpa, é importante que futuramente haja estudos robustos para compreender a vivência da vergonha na perda perinatal.

Palavras-chave: Culpa; vergonha; perda perinatal; revisão da literatura