

Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Ana Rita Mendanha Costa de Sá, N^o43346

Stressores na gravidez e estratégias de coping transteóricas e focadas na compaixão: Um estudo qualitativo.

**Dissertação
Ano Letivo: 2024/2025**

Orientação: Prof.^a Doutora Joana Silva

Coorientação: Prof.^a Doutora Ana Xavier

outubro, 2025



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.

Stressores na gravidez e estratégias de coping transteóricas e focadas na compaixão: Um estudo qualitativo.

Ana Rita Mendanha Costa de Sá



Stressores na gravidez e estratégias de coping transteóricas e focadas na compaixão: Um estudo qualitativo.

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde | Ano letivo 2024/2025 2º ano | Dissertação

Orientadora: Prof^ª Doutora Joana Silva
Coorientador: Prof.^a Doutora Ana Xavier

Ana Rita Mendanha Costa de Sá | 43346



DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Nome: Ana Rita Mendanha Costa de Sá, Estudante nº43346 do curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde declaro que a Dissertação apresentada para avaliação na Unidade curricular Dissertação é da minha e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data: 02/10/2025

Assinatura:

Ana Rita Sá



UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.

Declaração sobre o uso de IA Generativa para a realização de trabalhos académicos

Curso/UC: Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde/ Dissertação
Ano letivo: 2024/2025

Trabalho: Dissertação

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES

Ana Rita Mendanha Costa de Sá, nº43346

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Neste trabalho usei sistemas de Inteligência Artificial (IA) Generativa para melhorar a linguagem e estrutura do texto, como tradutor e para pesquisar informação. Os sistemas de IA Generativa utilizados neste trabalho foram os seguintes: ChatGPT, Copilot/ Consensus

ÂMBITO DE UTILIZAÇÃO

Nesta dissertação, recorreu-se a sistemas de Inteligência Artificial (IA) Generativa como ferramenta de apoio multifuncional, empregando-os na melhoria da escrita, na estrutura do texto, na pesquisa de artigos científicos e na tradução de conteúdos.

PROMPTS UTILIZADOS

“Revê este texto e confirma se está escrito com rigor técnico, científico e sem erros de ortografia”

“Traduz para português esta secção”

“Revê este texto e reescrevo-o de forma a ficar mais técnico e académico”

02/10/2025

Ana Rita Sá

AGRADECIMENTOS

Chegar ao fim desta etapa tão significativa da minha vida é, por si só, um momento de profunda emoção. Olhar para trás e reconhecer cada passo, cada desafio superado e cada conquista alcançada só é possível porque tive pessoas extraordinárias e incansáveis ao meu lado. Este é, por isso, um agradecimento com o coração cheio.

À minha orientadora, Professora Doutora Joana Silva, agradeço profundamente pela orientação, pela disponibilidade constante e pelo rigor académico com que me guiou. A sua exigência, aliada à compreensão e ao incentivo, foram fundamentais para que este trabalho ganhasse forma e qualidade. À minha coorientadora, Professora Doutora Ana Xavier, expresso igualmente a minha sincera gratidão. O vosso acompanhamento conjunto foi essencial para o meu crescimento académico.

À minha mãe, a base de tudo. Obrigada por seres o meu pilar, por nunca desistires de mim, mesmo quando eu própria duvidei. Obrigada por cada palavra de motivação, por cada gesto de cuidado e carinho, por seres presença constante em todos os momentos. O teu amor e a tua força estiveram sempre comigo e foram, sem dúvida, o meu maior impulso.

À minha família, agradeço com todo o carinho. Um agradecimento muito especial ao meu avô e à minha madrinha, que acreditaram sempre em mim e me acompanharam com orgulho e apoio incondicional. À minha avó e ao meu pai, que já partiram, mas cuja presença senti em cada conquista, em cada dia difícil, e cuja força me acompanhou silenciosamente ao longo deste caminho. Levo-vos comigo, sempre.

Ao Ricardo, meu namorado, obrigada por tudo o que foste (e és) durante este percurso. Pela paciência, pela motivação constante, por nunca me deixares desistir e por seres sempre a minha voz de encorajamento. Obrigada por acreditares em mim em todos os momentos.

Às minhas amigas, que me acompanham de perto e de longe, deixo o meu abraço mais apertado. E ao Rafael, obrigada por estares presente, pela tua amizade genuína e pelas conversas que tantas vezes trouxeram leveza aos dias mais pesados.

Aos meus colegas de curso, com quem partilhei tantos momentos importantes. Apesar de a vida nos ter levado por caminhos diferentes, foram parte essencial desta jornada. Crescemos juntos e isso nunca se apaga. Um agradecimento especial à Joana e à Bea, que

estiveram presentes em momentos-chave deste percurso e com quem criei memórias que levo para sempre.

A todos vocês, o meu mais profundo obrigado.

RESUMO

A gravidez é um período de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, frequentemente marcado por exigências que afetam o bem-estar psicológico das mulheres. Apesar de reconhecidos avanços na investigação, a maioria dos estudos existentes segue uma abordagem quantitativa, centrada na avaliação de sintomas e eficácia de intervenções. Verifica-se, assim, uma escassez de estudos qualitativos que explorem, a partir da perspectiva das próprias mulheres, como a auto-compaixão é vivida e integrada nas estratégias de coping durante a gravidez. Esta lacuna é particularmente evidente em Portugal, onde esta linha de investigação se encontra numa fase incipiente. Neste contexto, a presente investigação qualitativa teve como objetivo explorar os stressores, dificuldades e estratégias de coping (com enfoque transteórico e compassivo) utilizadas por mulheres no último trimestre de gravidez. A amostra de conveniência incluiu quatro mulheres portuguesas, entre as 31 e 39 semanas de gravidez, a quem foram administradas entrevistas semiestruturadas, posteriormente transcritas e submetidas a um processo de análise temática reflexiva (Braun & Clarke, 2006). Emergiram quatro temas principais: (1) “Não aguento mais”: o corpo e a mente em sobrecarga; (2) “Tenho de estar à altura... mas já não sou a mesma”: exigência, culpa e transformação do self; (3) “Respiro fundo e sigo”: estratégias para lidar com o mal-estar emocional; e (4) “O que me fazia falta”: necessidades emocionais e apoios não satisfeitos. Os resultados evidenciam que, embora tenham surgido algumas práticas de autocuidado e aceitação que podem ser entendidas como aproximações a uma atitude compassiva, predominaram estratégias desadaptativas, centradas no evitamento e na supressão emocional. Este padrão sublinha a pertinência de promover intervenções focadas no desenvolvimento de competências compassivas, capazes de favorecer estratégias de coping mais adaptativas e de apoiar uma adaptação psicológica mais saudável durante a gravidez.

Palavras-chave: Gravidez; Coping; Auto-compaixão; Saúde mental materna; Análise qualitativa

ABSTRACT

Pregnancy is a period of intense physical, emotional, and social transformation, often marked by demands that affect women's psychological well-being. Despite recognized advances in research, most studies follow a quantitative approach, focusing on assessing symptoms and the effectiveness of interventions. Therefore, there is a scarcity of qualitative studies that explore, from the perspective of women themselves, how self-compassion is experienced and integrated into coping strategies during pregnancy. This gap is particularly evident in Portugal, where this line of research remains in its infancy. In this context, this qualitative research aimed to explore the stressors, difficulties, and coping strategies (including compassionate approaches) used by women in the last trimester of pregnancy. The sample included four Portuguese women, between 31 and 39 weeks of gestation, who were administered semi-structured interviews, later transcribed, and subjected to a process of reflective thematic analysis (Braun & Clarke, 2006). Four main themes emerged: (1) "I can't take it anymore": the body and mind in overload; (2) "I have to measure up... but I'm not the same anymore": demands, guilt, and self-transformation; (3) "I take a deep breath and move on": strategies for coping with emotional distress; and (4) "What I'm missing": unmet emotional needs and support. The results show that, although some self-care practices and facilitators emerged that can be understood as approaches to a compassionate attitude, maladaptive strategies, mainly centered on avoidance and emotional suppression, predominated. This pattern emphasizes the relevance of promoting strategies focused on developing compassionate skills, capable of fostering more adaptive coping strategies and supporting healthier psychological adaptation during pregnancy.

Keywords: Pregnancy; Coping; Self-compassion; Maternal mental health; Qualitative analysis

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
DESENVOLVIMENTO	2
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1.1. OBJETIVOS	7
2. MÉTODO.....	7
3. RESULTADOS	10
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	19
CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	40
ANEXO 1 - CONSENTIMENTO INFORMADO	40
ANEXO 2- GUIÃO DE ENTREVISTA – GRAVIDEZ.....	42
ANEXO 3- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	45

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Temas e subtemas emergentes da análise temática das entrevistas no terceiro trimestre de gravidez	10
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP – Desvio padrão

M – Média

SNS – Serviço Nacional de Saúde

APA – American Psychological Association

INTRODUÇÃO

A presente dissertação diz respeito ao 2º ciclo de estudos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Portucalense Infante D. Henrique (UPT), com orientação científica da Professora Doutora Joana Silva e da Professora Doutora Ana Xavier, docentes da mesma instituição. Este estudo insere-se num projeto de investigação mais amplo, designado “*Care4Mommies em Ação: Promover o ajustamento psicológico materno no período perinatal*”, promovido pela UPT, financiado pela FCT (referência: 2023.11605.PEX) e desenvolvido por uma equipa de investigação, liderada pela Prof. Doutora Lara Palmeira e que inclui ambas as docentes que orientam o presente estudo.

A gravidez é uma fase de profundas transformações físicas, emocionais e sociais, que implica desafios significativos ao nível da adaptação psicológica. Apesar de ser frequentemente idealizada como um período de felicidade e realização, a literatura tem vindo a demonstrar que pode igualmente constituir uma experiência de vulnerabilidade emocional e sofrimento (Al-Mutawtah et al., 2023; Guardino & Schetter, 2014). O bem-estar psicológico das mulheres nesta etapa não se reduz à ausência de sintomatologia clínica, mas é influenciado por múltiplos fatores, incluindo a qualidade do suporte social e institucional disponível, bem como pelas estratégias de *coping* que as mulheres mobilizam para lidar com as exigências próprias deste período. Tais estratégias podem assumir formas mais adaptativas, como a procura de apoio social ou a auto-compaixão, ou menos adaptativas, como o evitamento ou a supressão, com impacto distinto na forma como estas mulheres experienciam os stressores e dificuldades que emergem nesta fase (Carver, 1997; Guardino & Schetter, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) tem vindo a destacar a importância de promover a saúde mental materna, reconhecendo que dificuldades emocionais durante a gravidez, como ansiedade ou a depressão, constituem fatores de risco relevantes para o bem-estar da mulher e do bebé. De igual modo, o Ministério da Saúde (2023) sublinha a necessidade de reforçar o acompanhamento psicológico e emocional nesta etapa, de modo a responder adequadamente às necessidades destas mulheres. Apesar destes avanços, as estatísticas revelam que uma percentagem significativa de mulheres continua a experienciar sofrimento psicológico durante a gravidez. Estudos recentes apontam para prevalências de sintomas ansiosos e depressivos que variam entre 15% e 25% no período perinatal (Ayano et al., 2019; Dunkel Schetter & Tanner, 2012), o que evidencia a relevância de compreender melhor esta problemática.

Neste enquadramento, o presente estudo centra-se na compreensão, em primeira pessoa, da experiência subjetiva de mulheres portuguesas no último trimestre de gravidez. Pretende-se explorar os stressores percecionados como mais significativos, as dificuldades vividas, as estratégias de coping mobilizadas para lidar com as exigências deste período e os fatores que facilitam ou dificultam a adaptação. Ao privilegiar a voz das próprias mulheres, esta investigação procura oferecer um contributo qualitativo para a compreensão da saúde mental materna, articulando as dimensões transteóricas do *coping* com o papel da compaixão e da auto-compaixão enquanto recursos emocionais relevantes.

Esta dissertação segue a estrutura típica de um estudo qualitativo, estando organizada em cinco capítulos, que abrangem: o enquadramento teórico do tema em estudo, a metodologia adotada, a apresentação dos resultados, a discussão incluindo as limitações do trabalho e possíveis sugestões para estudos futuros, e, por fim, a conclusão, em conformidade com as recomendações de Braun e Clarke (2021) para estudos qualitativos.

DESENVOLVIMENTO

1. Enquadramento Teórico

A gravidez, embora frequentemente vista como um processo transitório, implica mudanças profundas e permanentes na vida da mulher, podendo exercer um impacto significativo no seu bem-estar e saúde mental (Alves et al., 2023; Ayano et al., 2019). Neste contexto, o terceiro trimestre da gravidez destaca-se como um período particularmente desafiador, marcado por um aumento de stressores físicos, emocionais e sociais, que podem intensificar as dificuldades enfrentadas pela mulher (Al-Mutawtah et al., 2023). Os stressores físicos incluem o aumento do peso corporal (Wang et al., 2019), perturbações do sono (Silvestri & Aricò, 2019) e lombalgias (Carvalho et al., 2017). Estes fatores são frequentemente associados a fadiga e baixos níveis de energia (Effati-Daryani et al., 2021). Relativamente aos stressores emocionais, estes estão ligados ao medo em relação ao parto e à saúde do bebé (Abdollahi et al., 2020), angústia relacionada com a adaptação ao papel de se tornar mãe (McCarthy et al., 2021) e preocupações com a imagem corporal (Papini et al., 2022). Os stressores sociais incluem preocupações financeiras e desigualdade de acesso a cuidados pré-natais (Alves et al., 2023). A literatura demonstra que, para além dos stressores físicos, emocionais e sociais inerentes à gravidez, a presença de dificuldades conjugais emerge como um fator de vulnerabilidade psicológica significativo (Alipour et al., 2023 ; Røsand et al., 2011). A transição para a parentalidade envolve alterações profundas na dinâmica conjugal, podendo originar conflitos, redução de intimidade e

declínio na satisfação relativa ao relacionamento (Bogdan et al., 2022 ; Doss & Rhoades, 2017). Alipour et al. (2023) demonstraram que os conflitos conjugais têm um impacto negativo direto sobre a percepção de autoeficácia materna, aumentando simultaneamente os níveis de *stress* percebido e as preocupações relacionadas com a gravidez. Estes fatores comprometem a adaptação psicológica da mulher às exigências do papel materno e elevam o risco de dificuldades emocionais no período pós-parto.

Estes stressores influenciam não só o bem-estar materno como também o desenvolvimento do bebé e a relação mãe-bebé. Assim, estes stressores têm sido associados a condições psicopatológicas da mãe como ansiedade e depressão durante a gravidez (Dunkel Schetter & Tanner, 2012) e a outros resultados adversos, como parto prematuro e baixo peso do bebé ao nascer (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Além disso, a literatura sugere que mulheres expostas a altos níveis de stress durante a gravidez apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de depressão pós-parto, o que pode prejudicar não apenas o bem-estar da mãe, mas também influenciar negativamente a vinculação materna com o bebé. Estudos indicam que o stress e a ansiedade vivenciados durante a gravidez estão associados a dificuldades na formação de vínculos emocionais entre mãe e filho, um processo crucial para o desenvolvimento saudável da criança e para a saúde mental materna (Jeličić et al., 2022; Lutkiewicz et al., 2020). Embora a maioria dos estudos sobre os stressores na gravidez assente em metodologias quantitativas, permitindo identificar relações estatisticamente significativas entre variáveis (e.g., ansiedade, depressão, *stress* e resultados obstétricos), importa salientar que existem também investigações qualitativas que permitem captar em maior profundidade a experiência subjetiva destas mulheres. A meta-síntese qualitativa de Staneva et al. (2015), que reuniu oito estudos conduzidos em diferentes países com um total de 128 participantes, destaca que o sofrimento emocional durante a gravidez é vivido como um processo de transformação marcado por sentimentos de inadequação, ambivalência e perda do controlo. Foram identificados cinco temas centrais: reconhecer que algo não está bem, lidar com o estigma, negociar a transição para a maternidade, o processo de declínio emocional (“*spiralling down*”) e a tentativa de retomar o controlo. As autoras interpretam este percurso como semelhante a um processo de luto, agravado por narrativas sociais idealizadas sobre ser a “mãe perfeita”, que dificultam a expressão de vulnerabilidade e aumentam o isolamento emocional. Neste mesmo âmbito, o estudo qualitativo de Wigert et al. (2020) descreve o medo do parto como uma experiência avassaladora, associada à perda do controlo e à percepção de ausência de apoio, ilustrando alguns dos desafios emocionais intensos vivenciados no final da gravidez. Logo, é essencial compreender as estratégias de *coping*

utilizadas por mulheres grávidas, especialmente no último trimestre de gravidez, e de que forma estas estratégias podem mitigar os efeitos destes desafios e stressores.

As estratégias de coping referem-se a mecanismos que os indivíduos utilizam para lidar com o stress e as adversidades (Lazarus & Folkman, 1984). Estas são geralmente classificadas em duas categorias principais: estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção (Carver, 1997). O coping focado no problema passa por abordar a ameaça diretamente, com o objetivo de tentar eliminar, contornar ou mitigar os seus efeitos quando não é possível evitá-la (Hofmann & Hay, 2018). Já as estratégias focadas na emoção têm como objetivo regular as respostas emocionais ao stress, ou seja, procuram reduzir o sofrimento emocional que surge em resposta à ameaça (Hofmann & Hay, 2018). Para além da distinção tradicional entre coping focado no problema e coping focado na emoção (Lazarus & Folkman, 1984), a literatura destaca o coping de aproximação e o coping de evitamento. O coping de aproximação refere-se a esforços ativos dirigidos à gestão ou resolução da situação stressante (Carver & Connor-Smith, 2010). Em contraste, o coping de evitamento caracteriza-se por tentativas de escapar, ignorar ou minimizar a fonte de stress (Hofmann & Hay, 2018 ; Holahan et al., 2005). Estas estratégias podem ser funcionais (adaptativas) ou disfuncionais (desadaptativas), dependendo da sua eficácia na regulação emocional e na resolução do problema. As estratégias de coping desadaptativas tendem a manter ou agravar o sofrimento, contribuindo para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Schaefer et al., 2021). Entre as mais comuns durante a gravidez destacam-se o evitamento, a negação, a ruminação e o uso de substâncias (Penengo et al., 2022). Estas estratégias, embora possam oferecer alívio temporário, estão associadas a maior risco de depressão, ansiedade e dificuldades no vínculo mãe-bebé (Alves et al., 2023). Por exemplo, o evitamento emocional, que inclui tentativas de ignorar a fonte de stress, está associado a maior sintomatologia depressiva (Guardino & Schetter, 2014). Já a ruminação contribui para a manutenção de pensamentos negativos repetitivos, dificultando a adaptação emocional (Penengo et al., 2022). Em contraste, as estratégias de coping adaptativas são aquelas que contribuem positivamente para o bem-estar psicológico e ajudam o indivíduo a lidar de forma construtiva com a fonte de stress (Schaefer et al., 2021). Estas incluem a reavaliação positiva, a resolução de problemas, a procura de suporte social e práticas de autocuidado (Penengo et al., 2022). O apoio de pares, em particular, tem-se revelado fundamental, promovendo autoestima, empoderamento e regulação emocional (McLeish & Redshaw, 2017). No contexto da gravidez, estas estratégias têm-se revelado fundamentais para promover a saúde mental materna e reduzir sintomas de ansiedade e depressão (Guardino & Schetter, 2014). Práticas como o *mindfulness*, exercício físico moderado, e a preparação ativa para o parto (como programas de educação pré-natal) são

destacadas como exemplos eficazes de *coping* adaptativo (Pan et al., 2023; Sacristan-Martin et al., 2019). Tais estratégias não apenas regulam o *stress*, como também fortalecem a percepção de autoeficácia da mulher na transição para a maternidade (Innab et al., 2023). Entre estas, emergem como significativas as estratégias que envolvem a compaixão.

Gilbert define compaixão como "uma sensibilidade ao sofrimento em si mesmo e nos outros, com um compromisso de tentar aliviá-lo e preveni-lo" (Gilbert, 2014, p. 19). Esta competência emocional é sustentada por um conjunto de atributos psicológicos e motivacionais que facilitam uma resposta compassiva perante o sofrimento. Entre estes atributos destacam-se: (1) a capacidade de perceber e estar atento ao sofrimento; (2) a empatia, que envolve a compreensão emocional do outro e de si mesmo, particularmente relevante no âmbito da autocompaixão; (3) a tolerância ao sofrimento, que permite manter-se presente face à dor sem a evitar ou suprimir; (4) a intenção e o desejo genuíno de aliviar esse sofrimento; e (5) a motivação para agir com base nesse desejo (Gilbert, 2014; Mitchell et al., 2018). Estes atributos emergem e são regulados através da interação entre três sistemas básicos de regulação das emoções: (1) o sistema de ameaça/autoproteção; (2) o sistema de procura de recursos/recompensa; e (3) o sistema afiliativo/apaziguador. Este último está associado a sentimentos de segurança, calor e ligação e é considerado central para o desenvolvimento de atitudes compassivas (Gilbert, 2014). A compaixão pode ser vivenciada em três fluxos: do indivíduo para os outros, dos outros para o indivíduo e voltada para si mesmo, conhecida como a autocompaixão (Gilbert, 2014). A autocompaixão pode ser considerada uma forma de *coping*, uma vez que se centra na forma como o indivíduo se relaciona consigo mesmo nos momentos de sofrimento, sendo considerada um recurso interno fundamental para a regulação emocional (Neff, 2003; Gilbert, 2009). Neff define autocompaixão como "ser atencioso e compassivo consigo mesmo diante de dificuldades ou inadequação percebida" (Neff et al. 2007, p. 140). A autocompaixão tem sido amplamente reconhecida como um recurso psicológico central na promoção do bem-estar emocional, nomeadamente em contextos desafiantes como a gravidez (Felder et al., 2016). Segundo Neff (2003), a autocompaixão envolve três componentes fundamentais: (1) autobondade *versus* autocrítica, que implica responder aos próprios erros e falhas com amabilidade e apoio em vez de autodepreciação; (2) humanidade comum *versus* isolamento, que envolve reconhecer que o sofrimento e as imperfeições fazem parte da experiência humana partilhada, em oposição à crença de que as dificuldades são vividas de forma isolada e exclusiva; e (3) atenção-plena (*mindfulness*) *versus* sobreidentificação, que se refere à capacidade de observar os próprios pensamentos e emoções com equilíbrio e aceitação, evitando tanto a supressão emocional quanto a fusão excessiva com os estados internos (Neff, 2003; Neff et al., 2007).

Esta atitude compassiva parece estar associada a menores níveis de autocrítica e ao desenvolvimento de uma relação mais compassiva consigo mesmas, funcionando como um fator protetor do bem-estar psicológico. Mais concretamente, estudos recentes têm demonstrado os benefícios da auto-compassão durante a gravidez. Por exemplo, níveis mais elevados deste recurso associam-se a menor stress, ansiedade e medo do parto (Shadab et al., 2025), revelando-se uma estratégia de *coping* adaptativa com impacto positivo na saúde mental. Para além disso, O'Brien et al. (2024) evidenciaram que intervenções terapêuticas focadas na autocompaixão ajudam a reduzir a autocrítica e promovem melhorias no bem-estar psicológico e relacional com o bebé. Estes resultados, ainda que emergentes, reforçam a relevância da autocompaixão como recurso promotor de adaptação emocional e saúde mental na gravidez (Kelman et al., 2018; Millard & Wittkowski, 2023).

Paralelamente, alguns estudos qualitativos têm contribuído para uma compreensão mais aprofundada das vivências emocionais neste período. Ceprnja et al. (2022) exploraram mulheres com dor pélvica gestacional, identificando estratégias de autocuidado, suporte emocional e reavaliação cognitiva. De forma semelhante, Mróz et al. (2024) analisaram estratégias de *coping* no final da gravidez, evidenciando abordagens ativas e práticas de autocuidado associadas a uma maior adaptação emocional. Estes estudos qualitativos mostram que, apesar de a gravidez poder ser vivida com incerteza, perda de controlo, ansiedade e isolamento, também emergem processos próximos da autocompaixão, como a amabilidade consigo mesmas e a aceitação do sofrimento como parte da experiência.

Apesar destes contributos, a maioria dos estudos segue ainda uma abordagem quantitativa, centrada na avaliação de sintomas e eficácia de intervenções. Existe, assim, uma escassez de estudos qualitativos que permitam compreender em profundidade como a autocompaixão se manifesta e é experienciada pelas mulheres grávidas fora de contextos clínicos, sobretudo em Portugal, onde esta linha de investigação permanece incipiente.

O presente estudo propõe-se a colmatar essa lacuna, adotando uma abordagem qualitativa centrada nas experiências de mulheres portuguesas no último trimestre de gravidez. Através das suas narrativas, pretende-se compreender de que forma estas mulheres percecionam os stressores vividos, que estratégias utilizam para lidar com os mesmos e como a vivência dos atributos da compaixão, particularmente na sua vertente auto-direcionada (auto-compassão), se manifesta nas estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres grávidas. Pretende-se, igualmente, avaliar a perceção destas mulheres sobre a importância e a utilidade destas estratégias. Ao privilegiar contextos não clínicos, esta investigação oferece uma perspetiva mais sensível e contextualizada

do bem-estar psicológico na gravidez, contribuindo para práticas futuras mais alinhadas com as necessidades reais destas mulheres.

1.1. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo principal compreender, numa perspetiva qualitativa, as experiências de mulheres no último trimestre de gravidez no que diz respeito aos desafios e stressores experienciados neste período, bem como às estratégias de coping transteóricas e associadas à compaixão utilizadas pelas mesmas. Especificamente, este estudo procura:

- Explorar os principais desafios e stressores experienciados pelas mulheres no último trimestre de gravidez, a nível físico, emocional e social.
- Analisar as estratégias de *coping* transteóricas e associadas à compaixão utilizadas pelas mulheres para lidar com esses desafios, bem como as suas perceções sobre a sua eficácia.
- Compreender as perceções das mulheres sobre que tipo de estratégias ou recursos adicionais poderiam facilitar uma adaptação mais positiva aos stressores e dificuldades experienciadas no último trimestre de gravidez.

2. Método

Participantes

A amostra do presente estudo foi composta por quatro mulheres grávidas ($N = 4$), com idades compreendidas entre os 28 e os 41 anos ($M = 35.3$; $DP = 5.7$). No que diz respeito às habilitações literárias, uma participante concluiu o 9.º ano de escolaridade, uma o 12.º ano e duas possuíam o grau de mestrado. Relativamente ao estado civil, duas participantes encontravam-se em união de facto e duas eram casadas.

Relativamente aos dados obstétricos, duas participantes encontravam-se na primeira gravidez e duas na segunda gravidez. As participantes encontravam-se entre as 31 e as 39 semanas de gravidez no momento da recolha dos dados ($M = 35.3$; $DP = 3.5$). Duas participantes relataram complicações associadas à gravidez. Uma delas foi diagnosticada, desde as 15 semanas de gravidez, com uma gravidez de risco devido à presença de uma hérnia umbilical. A outra participante referiu a presença de hemorroidas ativadas com dor intensa, em conjunto com dor nos ossos da bacia, câibras frequentes e retenção de líquidos. As restantes duas participantes não apresentaram qualquer complicação durante o período gestacional. Todas as participantes indicaram que a gravidez foi planeada. O acompanhamento pré-natal foi assegurado por

diferentes profissionais de saúde, incluindo médicos de família, enfermeiros, e ginecologistas/obstetras, tanto no contexto público como no privado. Duas das participantes encontravam-se igualmente a receber acompanhamento psicológico durante a gravidez.

O recrutamento da amostra ocorreu através de redes de contacto da equipa de investigação, utilizando uma amostragem por conveniência, através do método *snowball*. De acordo com os princípios da investigação qualitativa, não foi definido *a priori* um número fixo de participantes a recrutar. Segundo Braun e Clarke (2021), os investigadores devem focar-se na qualidade e profundidade da análise de dados e na coerência teórica dos temas extraídos, em vez de procurar atingir um “ponto de saturação”, reconhecendo igualmente os constrangimentos frequentemente inerentes ao recrutamento de um elevado número de participantes em estudos qualitativos. Assim, a definição do número de participantes entrevistados para o presente estudo teve em consideração quer a exequibilidade associada ao recrutamento e análise de dados, quer a avaliação quanto à suficiência dos dados recolhidos, com base na sua riqueza e profundidade. A recolha de dados foi considerada suficiente quando a informação recolhida se mostrou relevante, permitindo uma análise profunda e alinhada com os objetivos do estudo.

Procedimento

As participantes foram previamente informadas sobre os objetivos do estudo, bem como sobre os procedimentos envolvidos, nomeadamente o facto de a participação implicar a gravação áudio das entrevistas. Adicionalmente, foram-lhes apresentados os direitos inerentes à participação, incluindo o carácter voluntário, a garantia de anonimato e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Todas estas informações constaram no termo de consentimento informado (ver Anexo 1), disponibilizado a cada participante. Após a leitura, aceitação e assinatura do mesmo, foram agendadas as entrevistas individuais, através da plataforma digital *Zoom*.

As entrevistas decorreram no mês de maio de 2025 e tiveram uma duração compreendida entre 41 e 50 minutos ($M = 44,6$ minutos). Foram conduzidas com base numa entrevista semiestruturada, especificamente desenvolvida para o presente estudo (ver Anexo 2), a qual serviu de guia para a exploração das experiências das participantes. As gravações de áudio foram posteriormente transcritas na íntegra e de forma anonimizada, em conformidade com os procedimentos metodológicos descritos por Peräkylä e Sorjonen (2012), assegurando o rigor na representação do discurso das participantes. Adicionalmente, para salvaguardar a identidade e a confidencialidade das participantes, foram atribuídos nomes fictícios, utilizados na apresentação

dos resultados e nas respectivas citações. As transcrições constituíram a base para a análise qualitativa subsequente, conduzida através de uma análise temática.

Procedimento de Análise de Dados

Este estudo seguiu uma orientação pós-positivista, particularmente centrada no construtivismo, assumindo-se o conhecimento como algo construído através das experiências e percepções das participantes (Aguzzoli et al., 2024). Desta forma, a ênfase foi colocada na interpretação das narrativas individuais, reconhecendo que as experiências são subjetivas e que a realidade é compreendida de forma dinâmica e contextual. Nesta perspetiva, valorizou-se a interpretação dos significados atribuídos pelas mulheres às suas vivências durante o último trimestre de gravidez, partindo-se de uma entrevista semiestruturada, desenvolvida especificamente para este estudo, permitindo uma exploração profunda e flexível das experiências das participantes.

Os dados foram analisados utilizando a análise temática, conforme o modelo de Braun e Clarke (2006). A análise temática é um método que permite identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro de dados (Braun & Clarke, 2006). Este procedimento metodológico desempenha um papel essencial na construção de novos conhecimentos, permitindo o aprofundamento de compreensões sobre as especificidades complexas e pode gerar *insights* significativos a partir das informações recolhidas (Boyatzis, 1998; Elliott, 2018; Thomas, 2006). O processo de análise dos dados seguiu seis etapas fundamentais (Braun & Clarke, 2006). Primeiramente, ocorreu a familiarização com os dados, através de leituras repetidas para captar padrões iniciais. De seguida, procedeu-se à geração de códigos, identificando e rotulando segmentos significativos do texto. A terceira etapa consistiu na procura de temas, onde os códigos foram agrupados em categorias mais amplas. Posteriormente, os temas foram revistos para garantir coerência e representatividade dos dados. Na quinta fase, cada tema foi definido e nomeado com precisão, destacando a sua essência e relevância para a investigação. Por fim, a análise culminou na escrita dos resultados, que apresenta os temas de forma estruturada, fundamentando-os teoricamente e ilustrando com excertos do texto analisado. Este procedimento garante rigor metodológico e uma interpretação aprofundada dos dados qualitativos (Braun & Clarke, 2006).

Considerações Éticas

Foram seguidas todas as diretrizes éticas aplicáveis à investigação, assegurando o anonimato, a confidencialidade e a proteção dos dados das participantes. O consentimento informado foi

obtido previamente e as participantes tiveram o direito de desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo.

3. Resultados

A presente secção descreve os temas e subtemas identificados na análise temática reflexiva, a partir das narrativas das quatro participantes. A Tabela 1 apresenta a estrutura temática resultante da codificação, contendo a definição de cada tema e dos subtemas correspondentes. A seleção dos excertos teve como critério a sua representatividade e a relevância para os objetivos da investigação. A descrição que se segue visa aprofundar o significado associado a cada tema, integrando as vozes das participantes de forma articulada com a análise.

Tabela 1

Temas e subtemas emergentes da análise temática das entrevistas no terceiro trimestre de gravidez

Tema	Definição do tema	Subtema	Definição do subtema
1 - “Não aguento mais”: o corpo e a mente em sobrecarga	Experiência de exaustão física e emocional vivenciada no terceiro trimestre de gravidez, traduzida em limitações corporais, fadiga e percepção de esgotamento emocional.	1.1 - O corpo não responde como antes	Alterações físicas que comprometem a autonomia e acentuam a vulnerabilidade (e.g., dores, fadiga intensa, enjoos persistentes).
		1.2 - Cansaço que pesa por dentro	Vivência subjetiva de sobrecarga interna e falta de energia emocional para gerir as exigências pessoais, familiares e profissionais.
2 - “Tenho de estar à altura... mas já não sou a mesma”: exigência, culpa e transformação do self	Processo de autocrítica e reconstrução identitária, marcado por culpa, insegurança e desfasamento entre a gravidez idealizada e a realidade. Inclui ainda vivências	2.1 - Sinto que nunca é suficiente	Sentimentos de culpa, autocrítica e insuficiência perante expectativas pessoais e sociais sobre a maternidade e a gravidez.
		2.2 – Mudanças no self: quem sou eu agora?	Desconexão com a identidade prévia, alterações na autoestima e redefinição do <i>self</i> , acompanhadas de sentimentos ambivalentes (beleza vs.

	ambivalentes, em que a percepção da beleza do processo coexiste com o reconhecimento das suas exigências, bem como repercussões nas relações de intimidade.		exigência) e impacto na intimidade e dinâmica relacional com o parceiro.
3 - “Respiro fundo e sigo”: estratégias para lidar com o mal-estar emocional	Engloba as estratégias utilizadas pelas participantes para lidar com o mal-estar físico e emocional durante a gravidez.	3.1 - <i>Coping</i> ativo e compassivo	Estratégias de autorregulação e autocuidado, como respiração consciente, aceitação e ligação ao bebê.
		3.2 - Evito até rebentar	Estratégias de evitamento ou supressão emocional, que aliviam temporariamente mas prolongam o sofrimento.
		3.3 - O apoio dos outros faz a diferença	Importância do suporte conjugal, familiar, de pares e de profissionais de saúde como fator protetor.
4 - “O que me fazia falta”: necessidades emocionais e apoios não satisfeitos	Percepção de carência de suporte adequado e recursos específicos de apoio emocional, psicológico ou informativo durante a gravidez.	-	-

Nota. N = 4 participantes. Esta tabela apresenta os temas principais e subtemas identificados na análise temática

3.1. Tema 1 – “Não aguento mais”: o corpo e a mente em sobrecarga

Este tema reflete a vivência de uma fadiga física e emocional crescente, comum a todas as participantes no final da gravidez. As mulheres descreveram uma sensação de acumulação de dificuldades físicas, emocionais e funcionais, sentida como uma sobrecarga não limitada aos

sintomas corporais, mas que se traduzia também num sentimento de esgotamento interno, muitas vezes invisível. Este tema organiza-se em dois subtemas que ilustram a complexidade desta experiência: as limitações do corpo e o desgaste emocional.

3.1.1. O corpo não responde como antes

Todas as participantes relataram alterações físicas significativas e debilitantes no terceiro trimestre, como dores intensas, câibras, dificuldades respiratórias, insónias, retenção de líquidos, enjoos persistentes e limitações na mobilidade. A Maria partilhou: “Comecei a sentir mais retenção de líquidos, hemorroidas muito ativas, muitas câibras e má circulação (...) Até andar custa, fico logo ofegante e com dores.” Também a Elvira salientou estas dificuldades: “Tudo custa mais fisicamente. Mesmo tarefas simples são um desafio.”

Estes sintomas eram vividos não apenas como desconfortos passageiros, mas como barreiras concretas à autonomia. A Leonor, por exemplo, relatou: “os enjoos eram todos os dias... não conseguia funcionar... eu vomitava com frequência várias vezes ao dia e isso foi muito difícil, não só fisicamente, mas também emocionalmente.”

A sensação dominante era a de que o corpo já não cumpria aquilo que era esperado. A Ana sintetizou esta experiência afirmando: “Sinto que o corpo já não responde da mesma forma, cada coisa que faço por mais simples que seja parece um esforço enorme...”. Em alguns casos, a sobrecarga levou mesmo à interrupção de atividades profissionais, como relatou a Maria: “Cheguei ao ponto de ter de parar de trabalhar por exaustão... o corpo já não respondia.”

Este confronto com os limites físicos provocava sentimentos de vulnerabilidade e frustração, sobretudo pela incapacidade de realizar rotinas previamente tidas como simples. O impacto mais profundo destas mudanças na identidade e no *self* será mais aprofundado no Tema 2, dedicado à transformação identitária durante a gravidez.

3.1.2. Cansaço que pesa por dentro

A exaustão física coexistia com um cansaço emocional profundo, por vezes mais difícil de nomear. Todas as participantes descreveram um sentimento de desgaste interno, como se estivessem a dar tudo o que têm, e ainda assim, sentissem que não era suficiente. Esta sensação de esgotamento mental e emocional era intensificado pela acumulação de exigências (filhos, casa, trabalho) e pela ausência de tempo ou espaço para descanso psicológico, tal como retratado pela Elvira: “Sinto que estou sempre a dar, e cada vez tenho menos para dar...”

A Leonor, por sua vez, descreveu um estado de funcionamento automático: “...eu já não tinha força, para cuidar de mim, eu deixei de cuidar de mim, não tinha força, não era capaz... eu

já estava em piloto automático...”. Este “piloto automático” era descrito como uma forma de funcionar mecanicamente, sem espaço para cuidar de si própria, para sentir ou até para processar o que estava a acontecer. O cansaço não desaparecia com o sono, pelo contrário, a mente mantinha-se ativa e sobrecarregada mesmo durante a noite: “Mesmo a dormir, acordo cansada. A cabeça não para.” (Leonor).

Duas participantes destacaram ainda a dificuldade de conciliar a gravidez com os cuidados a outros filhos. A Elvira, grávida pela terceira vez, expressou: “...é a terceira gravidez... tenho dois filhos pequenos em casa, o que significa que não consigo parar, mesmo quando o corpo está a implorar por descanso...”.

3.2. Tema 2 – “Tenho de estar à altura... mas já não sou a mesma”: exigência, culpa e transformação do self

Este tema capta a vivência de desfasamento entre a gravidez idealizada e a realidade experienciada, traduzida em sentimentos de insuficiência, autocrítica e reconstrução identitária. Para além deste confronto, emergiu uma dimensão ambivalente: para algumas participantes, a consciência das exigências físicas e emocionais coexistia com a perceção da beleza do processo e do vínculo crescente com o bebé. A transformação identitária não era, assim, vivida de forma linear ou unicamente negativa, mas antes como uma experiência marcada por contradições. Estas mudanças repercutiram-se também nas relações de intimidade e na dinâmica conjugal. Embora estas questões fossem por vezes difíceis de verbalizar, surgia um sentimento de estranheza perante si mesmas e perante a relação, como se a gravidez tivesse temporariamente suspenso a ligação com o *self* habitual e com a identidade relacional.

3.2.1. Sinto que nunca é suficiente

Três das quatro participantes verbalizaram sentimentos intensos de insuficiência e inadequação, acompanhados de culpa por não corresponderem às expectativas pessoais e sociais sobre a gravidez e a maternidade. A Leonor partilhou: “Sentia que o meu melhor estava a ser... péssimo...” e a Maria acrescentou: “Sinto culpa por não conseguir estar sempre bem, mesmo com apoio.”

A exigência era muitas vezes autoimposta, surgindo da tentativa de manter o controlo e de não mostrar fragilidade. A Elvira afirmou: “Fico com aquela sensação de que devia dar conta de tudo sozinha... tenho de parecer forte pelos meus filhos e não dar a parte fraca.”

A comparação com outras mulheres, especialmente com influenciadoras digitais, intensificava este sentimento. A Maria refere: “É muito difícil manter um olhar positivo quando as comparações que faço com as ditas influencers são constantes... nelas tudo parece um mar de rosas e isso não é verdade...”.

O conflito entre o ideal de uma gravidez ‘feliz’ e a realidade emocional vivida gerava auto-crítica e uma sensação de desadequação, como se não estivessem a viver a gravidez da forma ‘correta’. A Leonor destacou: “Gostava de estar a viver mais esta gravidez... critico-me por isso, porque devia estar a aproveitar mais...”.

Em síntese, este subtema mostra como a maioria das participantes se sentiam presas a um ciclo de autocrítica e culpa, em que as dificuldades eram interpretadas como sinais de insuficiência, mesmo quando faziam esforços significativos para se adaptarem às transformações e desafios experienciados.

3.2.2. Mudanças no self: quem sou eu agora?

Para duas das participantes, a gravidez implicou uma rutura na continuidade identitária, acompanhada por sentimentos de estranheza em relação ao corpo, à rotina e às próprias emoções. Surgia uma desconexão com a mulher que eram antes, marcada por nostalgia e, por vezes, luto pela perda de uma identidade prévia: “Às vezes dou por mim a ver fotos minhas de antigamente porque sinto um bocadinho falta de mim antes...” (Leonor). Esta desconexão com o *self* foi frequentemente desencadeada ou intensificada pelas limitações físicas vividas no final da gravidez. A Ana comentou: ‘Sinto que perdi um bocado de mim... antes era muito mais ativa.’ Já a Leonor descreveu a dificuldade em se reconhecer no próprio corpo face às mudanças vividas: ‘Ver o meu corpo a mudar tão depressa... o aumento do peito, o peso, o inchaço... mexeu comigo, eu não me reconhecia.’ Estes relatos ilustram como as transformações corporais funcionavam como desencadeadores para questionamentos identitários e nostalgia da identidade pré-gravidez.

A transformação identitária vivida durante a gravidez não era descrita de forma linear ou unicamente negativa. Para duas das quatro participantes, tratava-se de uma experiência ambivalente, em que o reconhecimento da beleza do processo coexistia com a consciência das exigências profundas que ele impunha ao corpo e à mente, tal como relatou a Maria: “É uma fase muito bonita ... ver as ecografias é bonito, muito bonito ... No entanto, o corpo, a mudança que se sente ... é preciso ter estofa e muito apoio mesmo porque é avassalador... as mudanças constantes, tudo vai mudar...”

As alterações físicas e emocionais tinham também impacto na intimidade e nas relações conjugais. Uma das participantes referiu que a gravidez interferiu com o desejo sexual e com a dinâmica relacional, contribuindo para um distanciamento do parceiro: “Com o meu namorado é assim... no início eu posso dizer que sentia mais desejo por ele, apesar de estar como estava... Depois houve uma fase que não sei se era por estar mais debilitada... ficámos um bocadinho mais afastados.” (Leonor)

Estas mudanças eram, por vezes, acompanhadas de vergonha ou desconforto, o que dificultava a sua verbalização. Ainda que o discurso não expressasse diretamente uma crise de identidade, emergia um sentimento de estranheza perante si mesma, como se a gravidez tivesse suspenso a ligação com o *self* habitual, como mencionado pela Leonor: “[A gravidez] mudou a minha relação com o meu corpo, com o meu namorado... com tudo.”

Este subtema revela o impacto profundo e subjetivo da gravidez na construção da identidade destas mulheres. Longe de se tratar apenas de uma adaptação prática, as mulheres encaravam um processo emocional intenso de redefinição do *self*, muitas vezes sem espaço para o pensar, validar ou partilhar.

3.3. Tema 3 – “Respiro fundo e sigo”: estratégias para lidar com o mal-estar emocional

Este tema refere-se aos diferentes recursos mobilizados pelas participantes para lidar com o sofrimento físico e emocional vivido durante o terceiro trimestre da gravidez. As estratégias de *coping* identificadas foram diversas, variando entre abordagens mais conscientes e ativas, e outras mais automáticas, como o evitamento ou a supressão da experiência interna. As participantes mostraram-se conscientes de que algumas das suas estratégias funcionavam apenas temporariamente, expressando ambivalência entre o desejo de lidar com o mal-estar e a tendência para o contornar. Este tema organiza-se em três subtemas.

3.3.1. *Coping* ativo e compassivo

Três das quatro participantes relataram recorrer a estratégias conscientes de autorregulação para lidar com o mal-estar sentido durante a gravidez. A Maria, por exemplo, partilhou: “Paro, respiro fundo e digo a mim mesma que está tudo bem...”, acrescentando ainda: “... quando estou mais cansada ou mais em baixo, tento lembrar-me que isso não significa que estou a falhar ou que estou a ser fraca... mas consegui começar a pensar assim com a ajuda do

psicólogo... na minha primeira gravidez não foi de todo fácil pensar assim...”. Também a Ana descreveu estratégias semelhantes de autocuidado: “Pôr a mão na barriga e imaginar que a estou a embalar [à bebé]... acalma-me” e “tento muitas vezes dizer a mim mesma que estou a fazer o melhor que consigo... mas nem sempre é fácil ...”. Já a Elvira salientou o esforço de tentar ser mais compreensiva consigo mesma perante algumas limitações impostas pela gravidez, como por exemplo: “...tenho tentado fazer um esforço para ser mais compreensiva comigo própria, por exemplo costumava praticar desporto não o conseguindo agora fazer o que fazia antes, tento pensar que é uma fase e futuramente voltarei a fazer o que mais gosto”

Estas atitudes de compaixão para consigo próprias eram muitas vezes enriquecidas por estratégias mais práticas, como leituras informativas e preparação ativa para o parto: “Leio muito sobre o parto e isso ajuda-me a sentir mais preparada” (Ana); “... as aulas de preparação para o parto também me têm feito bem... fico mais relaxada e consigo ver que não estou sozinha nesta fase” (Leonor). O exercício físico surgiu igualmente como um recurso importante e valorizado para estas mulheres, como destacou Elvira: “A hidroginástica tem sido uma boa alternativa... e ajuda-me a manter-me ativa e a sentir-me útil.”

Assim, as participantes descreveram um conjunto diversificado de estratégias que refletiam esforços conscientes de autorregulação emocional e de cuidado para consigo próprias. No entanto, estes momentos de cuidado surgiam frequentemente acompanhados de autocritica, o que limitava a sua plena experiência de auto-compaixão e, por vezes, conduzia ao recurso de estratégias de evitamento e supressão.

3.3.2. Evito até rebentar

Todas as participantes referiram recorrer em certos momentos a estratégias de supressão e evitamento. A Elvira reconheceu: “Só reconheço o que estou a sentir quando já é tarde...”; “Vou ignorando o que estou a sentir até começar a chorar do nada.” A Leonor acrescentou: “Durmo para não pensar.”

A Ana relatou a tendência de se envolver em múltiplas tarefas para se manter ocupada: “Encho os dias com tarefas, mas no fundo é para não pensar... já passei por 2 partos e continuo com medo do que possa acontecer... e estar ocupada ajuda-me a não pensar”. A Maria, por sua vez, descreveu: “... ouço música, podcasts, vejo filmes... para me distrair e não pensar nisso.”

Estas estratégias eram entendidas como um escape temporário, mas não eliminavam a sobrecarga emocional. Para além do alívio momentâneo, emergia uma exigência interna de se manterem resilientes e de não demonstrar fragilidade, muitas vezes por receio de não serem compreendidas ou de se sentirem julgadas. A Elvira exemplificou: “... mesmo com ele [marido]

ali, continuo a tentar aguentar tudo sozinha... tenho de parecer forte pelos meus filhos.” A Maria acrescentou: “Às vezes uma pessoa nem consegue explicar exatamente aquilo que está a sentir... às vezes só preciso mesmo é de estar sozinha...”

3.3.3. O apoio dos outros faz a diferença

Todas as participantes referiram o papel crucial do apoio emocional e prático de outras pessoas significativas, nomeadamente companheiros, amigas, grupos de grávidas e profissionais de saúde. O apoio emocional sentido por parte de outros ajudava a aliviar o sofrimento e a quebrar o isolamento, validando assim as emoções sentidas. A Elvira afirma: “Falar com as minhas amigas que já passaram por isto faz diferença.” e a Maria acrescenta “O grupo de grávidas tem sido fundamental. Sinto-me compreendida.”

A perceção de apoio parecia regular não só o sofrimento, mas também a relação da participante consigo mesma. O facto de saberem que outras mulheres estavam a viver experiências semelhantes ajudava a diminuir a autocrítica e a aumentar o sentimento de pertença: “... o grupo que se formou nas aulas de preparação para o parto tem sido o mais importante para mim nesta fase... é incrível como o simples facto de saber que não estou sozinha e que outras mulheres estão a passar por situações semelhantes faz toda a diferença.” (Elvira)

O suporte conjugal foi notadamente valorizado por todas as participantes, surgindo de forma consistente como um fator essencial para a gestão do mal-estar físico e emocional vivido durante a gravidez, sobretudo na fase final. Este apoio era sentido como particularmente significativo quando se expressava em ações mais práticas e concretas, como assumir tarefas domésticas, cuidar de outros filhos ou estar emocionalmente presente nos momentos de maior fragilidade. A presença ativa do companheiro não era apenas um alívio funcional, mas um sinal de reconhecimento da sobrecarga vivida pela mulher, permitindo-lhe descansar sem culpa. A Leonor refere: “... quem me apoiou a 200% foi mesmo o meu namorado. Ele fez mesmo tudo. Arrumava a casa, limpava, cozinhava...”

As participantes expressaram que este tipo de comprometimento era determinante para que se sentissem validadas nas suas dificuldades, contrariando a sensação de que “deviam dar conta de tudo sozinhas”. A valorização do companheiro ia além da ajuda pontual, representava uma partilha da experiência, uma sensação de “não estar sozinha”, que as fazia sentir-se mais seguras e acolhidas nesta fase.

3.4. Tema 4 – “O que me fazia falta”: necessidades emocionais e apoios não satisfeitos

Este último tema diz respeito à identificação de lacunas sentidas pelas participantes ao nível de apoio psicológico, emocional e institucional durante a gravidez. Apesar do esforço em mobilizar estratégias de coping e procurar suporte, as mulheres entrevistadas reconheceram a ausência de respostas adequadas às suas necessidades emocionais. Esta carência foi percebida de forma mais intensa pelas duas participantes que não estavam a receber acompanhamento psicológico durante a gravidez, mencionando que não tinham acesso a apoio formal ou sentiam-se incompreendidas pelos serviços de saúde, conforme citado pela Elvira: “Não posso pagar um psicólogo agora... mesmo sabendo que me fazia bem. E se esperar pelo SNS engravidado outra vez e ainda estou à espera de consulta...”

A ausência de espaços focados no bem-estar psicológico das grávidas foi apontada como um vazio estrutural. Três das quatro participantes expressaram o desejo de ter acesso a grupos de apoio emocional com profissionais preparados para validar e normalizar as emoções sentidas durante a gravidez, a título de exemplo, a Elvira mencionou: “Acho que um grupo de apoio para grávidas também seria muito útil... um grupo mais focado no bem-estar emocional e psicológico...” De forma semelhante, a Ana destacou: “...gostava mesmo que existisse algum tipo de espaço onde pudéssemos falar sem julgamentos”, reforçando a necessidade de contextos que promovam partilha sem críticas e maior acolhimento emocional.

Para além do acompanhamento psicológico, três participantes referiram a ausência de informação acessível e, sobretudo, comunicada de forma empática sobre temas como a amamentação. As mulheres não se queixavam apenas da falta de conhecimento técnico, mas sim da forma como esse conhecimento lhes era transmitido, por vezes de forma julgadora ou insensível. A amamentação, em particular, foi apontada como uma área onde a pressão é intensa e o discurso profissional pode tornar-se responsabilizante, alimentando sentimentos de culpa quando surgem dificuldades, exemplificando a Leonor referiu: “Sinto que falta informação realista sobre amamentação. Profissionais que sejam realmente empáticos e que não culpem logo as mulheres...”

Uma das quatro participantes reconheceu ainda a pouca sensibilidade das entidades laborais às transformações e exigências físicas e emocionais da gravidez, reforçando o sentimento de invisibilidade ou inadequação: “As empresas deviam ter mais formação sobre gravidez e mais empatia por esta fase.” (Ana)

Este tema final destaca a distância entre as necessidades subjetivas das mulheres e as respostas existentes no sistema de saúde e no contexto social, contribuindo para o prolongamento do sofrimento e a fragilização da experiência.

4. Discussão dos Resultados

O presente estudo procurou compreender os stressores, as dificuldades e as estratégias de *coping* experienciadas pelas mulheres no terceiro trimestre de gravidez, numa perspetiva transteórica e focada na compaixão. Os resultados obtidos permitiram identificar quatro grandes temas, que traduzem o modo como as participantes vivenciam a sobrecarga física e emocional, a exigência identitária, as estratégias de *coping* utilizadas e as lacunas sentidas. A discussão que se segue procura articular os resultados que são discutidos à luz da literatura, sublinhando pontos de encontro e de divergência, bem como hipóteses que ajudam a compreender a complexidade desta etapa.

Em relação ao primeiro tema, “Não aguento mais”: o corpo e a mente em sobrecarga, todas as participantes relataram sintomas físicos intensos, como dores persistentes, insónias, fadiga, enjoos e vômitos frequentes, dificuldades respiratórias e retenção de líquidos, que não só limitavam a realização de atividades quotidianas como eram experienciados como sinais de esgotamento corporal. De facto, a literatura descreve o terceiro trimestre da gravidez como um período particularmente desafiante, marcado por fadiga, alterações do sono e dores musculares (Effati-Daryani et al., 2021; Silvestri & Aricò, 2019), bem como por uma maior vulnerabilidade ao mal-estar psicológico, frequentemente mediada pelo suporte social disponível (Al-Mutawtah et al., 2023). Os resultados do presente estudo corroboram estas evidências, sugerindo que a perceção de que o corpo já não respondia como antes potenciava sentimentos de frustração, impotência e, em alguns casos, de falha para consigo própria. Estas vivências aproximam-se da descrição de Staneva et al. (2015) da gravidez como um processo ambivalente, frequentemente vivido com perda de controlo e dificuldade em integrar as mudanças corporais e emocionais no sentido de *self*.

Para além das limitações físicas, emergiu de forma consistente um cansaço emocional profundo que não atenuava com o descanso físico. Este “cansaço que pesa por dentro” refletia um desgaste existencial ampliado pela multiplicidade de papéis desempenhados (mãe, trabalhadora, companheira), sem espaço para um verdadeiro descanso psicológico. Tal desgaste

traduzia-se, por vezes, num funcionamento automático, em que as mulheres descreviam agir em “piloto automático” e com uma sensação de estar sempre a dar, mas nunca ser suficiente. Esta experiência, já apontada por McCarthy et al. (2021) e Staneva et al. (2015), evidencia a vulnerabilidade emocional do final da gravidez, marcada por ansiedade, exaustão e sobrecarga interna, sobretudo quando acumulada com exigências familiares e laborais.

Importa ainda sublinhar que este esgotamento nem sempre era reconhecido ou validado, quer pelas próprias participantes, quer pelo meio social. Esta invisibilidade reflete o que Mikolajczak et al. (2023) descrevem como a normalização da exaustão materna, frequentemente desvalorizada ou interpretada como parte natural da gravidez. A ausência de reconhecimento reforçava o peso interno sentido, uma vez que a gravidez continua a ser socialmente representada como uma experiência idealizada, inibindo a expressão da vulnerabilidade (Staneva et al., 2015). Os dados sugerem ainda que o cansaço emocional esteve muitas vezes articulado com estratégias de evitamento e supressão emocional. De acordo com Guardino e Schetter (2014), estas respostas tendem a agravar o *stress* e a sintomatologia depressiva, limitando a autorregulação emocional e ampliando o sofrimento. Assim, a exaustão relatada pelas participantes não decorre apenas de limitações físicas individuais, mas emerge de um contexto cultural e relacional que valida pouco a vulnerabilidade e incentiva a sobrecarga silenciosa. Assim, mais do que confirmar a literatura existente, este estudo evidencia a necessidade de deslocar o olhar clínico e social para a legitimação do mal-estar emocional durante a gravidez, reconhecendo-o como parte da experiência e não como sinal de fragilidade ou falha.

No que se refere ao segundo tema, “Tenho de estar à altura... mas já não sou a mesma”: exigência, culpa e transformação do self, o terceiro trimestre da gravidez confirmou-se, nesta amostra, como um período de intensa transformação identitária e ambivalência emocional, marcado por sentimentos de insuficiência, redefinição do self e exigências internalizadas acerca do papel materno, tal como descrito por Staneva et al. (2015). As participantes relataram uma discrepância entre o ideal de uma gravidez harmoniosa e a experiência real, o que gerava autocrítica e sentimentos de culpa, mesmo quando os seus esforços eram significativos.

Um fator que parece amplificar esta discrepância é a comparação social, particularmente com modelos idealizados de maternidade veiculados nas redes sociais e por influenciadoras digitais. Estas comparações tendem a reforçar padrões internos de exigência, uma vez que expõem as mulheres a representações altamente filtradas e pouco realistas da experiência da gravidez. Estudos recentes mostram que a exposição frequente a este tipo de conteúdo está associada a maior insatisfação corporal, autocrítica e sintomas depressivos, mediada por mecanismos de comparação social ascendente (Chee et al., 2023). Esta dinâmica pode ser

compreendida à luz do modelo dos sistemas de regulação emocional de Gilbert (2014), que propõe que a hiperativação do sistema de ameaça/defesa, frequentemente mediada por discursos internos autocríticos e comparações desfavoráveis, dificulta o acesso ao sistema de tranquilização/afiliativo e, conseqüentemente, à capacidade de se relacionar consigo própria de forma compassiva. Esta dificuldade em olharem para si mesmas com compaixão e de forma mais gentil, relatada pelas participantes, parece traduzir-se num ciclo de autocrítica e exigência interna que aumenta o sofrimento emocional.

Tal padrão encontra eco na literatura quantitativa, que demonstra a associação entre níveis elevados de autocrítica e maior sintomatologia ansiosa e depressiva perinatal, enquanto a autocompaixão surge como fator protetor da saúde mental (Felder et al., 2016). Acresce que intervenções focadas na compaixão têm revelado benefícios significativos na redução da ansiedade e medo do parto, reforçando a pertinência de incluir este tipo de abordagem em programas de preparação para a parentalidade (Guo et al., 2020; Ashabi et al., 2025).

As mudanças corporais típicas do terceiro trimestre, como o aumento de peso, inchaço, alterações na forma do corpo, foram experienciadas como desafiantes para a autoestima e para a relação com o corpo, corroborando com estudos como os de Papini et al. (2022) e Linde et al. (2022), que documentam deterioração da imagem corporal no final da gravidez. De facto, Shen e colaboradores (2024) identificaram que mais de metade das mulheres grávidas ou no pós-parto expressam insatisfação corporal, e que essa insatisfação tende a aumentar à medida que a gravidez avança para o terceiro trimestre. Além disso, um estudo clínico refere que mulheres com insatisfação corporal têm uma probabilidade cerca de quatro vezes superior de apresentar sintomas de ansiedade ou depressão perinatal, comparando com mulheres com menor insatisfação corporal, mesmo depois de controlar variáveis demográficas e obstétricas (Riquin et al., 2019). Estes resultados reforçam que a imagem corporal não é apenas um tema estético, mas um importante fator de risco para a saúde mental perinatal, o que justifica a sua inclusão em intervenções psicoeducativas durante a gravidez.

No presente estudo, apenas uma participante abordou espontaneamente a temática da sexualidade, o que confirma a escassa verbalização desta dimensão no período perinatal. Tal poderá refletir uma tendência para reprimir ou minimizar este tópico durante a gravidez, possivelmente por constrangimento, medo de julgamento ou ausência de convite explícito por parte dos profissionais de saúde. A literatura mostra que a maioria das mulheres grávidas não discute questões relacionadas com sexualidade com os profissionais de saúde, apesar de manifestarem vontade de o fazer (Brtnicka et al., 2009; Guermazi et al., 2025; Lund et al., 2019). Entre os fatores, que contribuem para este silêncio, encontram-se crenças culturais, receios de

prejudicar o feto e a percepção de que este tema é secundário face a outras preocupações médicas (Lund et al., 2019). Hipoteticamente, a natureza virtual das entrevistas poderá ter limitado a abertura das participantes para partilhar experiências íntimas, dada a menor sensação de proximidade ou confidencialidade.

Por fim, a transição para a parentalidade trouxe alterações na dinâmica conjugal, ainda que apenas uma participante tenha referido de forma explícita mudanças ao nível da intimidade, enquanto, de modo geral, as restantes destacaram satisfação com o apoio recebido por parte dos companheiros, o que poderá ter atenuado o impacto emocional destas mudanças e explicado a menor expressão de dificuldades conjugais nas entrevistas. A literatura tem demonstrado que o apoio conjugal percebido atua como fator protetor da saúde mental materna, moderando os efeitos do *stress* perinatal e facilitando a adaptação ao novo papel (Brassel et al., 2020; Carona et al., 2022). É igualmente plausível que, nesta fase, as mulheres estejam mais centradas nas suas próprias transformações internas e nas necessidades do bebé, relegando a relação para segundo plano, tal como sugerem estudos que demonstram a diminuição da intimidade e da satisfação relacional após o nascimento do filho (Bogdan et al., 2022; Doss & Rhoades, 2017). Este resultado reforça a importância de considerar não só o bem-estar individual da mulher, mas também o impacto da gravidez no relacionamento conjugal, incentivando intervenções que incluam ambos os membros do casal.

Quanto ao terceiro tema, “Respiro fundo e sigo”: estratégias para lidar com o mal-estar emocional, os dados confirmaram a diversidade de recursos de *coping* mobilizados pelas participantes, oscilando entre respostas mais conscientes e intencionais, orientadas para restaurar algum equilíbrio emocional, e mecanismos mais defensivos, assentes no evitamento e na supressão da experiência interna. Importa, contudo, sublinhar que estas últimas estratégias foram predominantes, refletindo uma tendência para lidar com o sofrimento através da distração, do silenciamento ou do “aguentar em silêncio”, mais do que através de práticas consistentes de autorregulação.

As estratégias de carácter mais ativo, como parar para respirar, refletir sobre o que estavam a sentir, procurar apoio ou ligar-se ao bebé, podem ser entendidas como aproximações a uma postura compassiva. De acordo com o modelo de Gilbert (2014), a compaixão implica reconhecer o sofrimento e adotar ações intencionais para o aliviar, ativando o sistema afiliativo e promovendo sentimentos de segurança. Neste estudo, esse reconhecimento manifestou-se em pequenas ações de cuidado, como o recurso à respiração consciente, a imaginação de cenários de ligação com o bebé ou a procura de informação e preparação ativa para o parto. A participação

nos grupos de preparação foi descrita como particularmente benéfica, permitindo às mulheres sentirem-se compreendidas e menos sozinhas, ilustrando o conceito de humanidade comum descrito por Neff (2003), que ajuda a reduzir a autocrítica e a normalizar a experiência de vulnerabilidade.

Apesar disso, estes recursos mostraram-se insuficientes perante momentos de maior ativação dos stressores, como o medo do parto, o cansaço extremo ou as preocupações com a saúde do bebé. Nessas circunstâncias, várias participantes referiram funcionar em “piloto automático” ou recorrer a mecanismos de evitamento e supressão, que, embora proporcionem algum alívio imediato, tendem a manter ou agravar o sofrimento emocional (Lazarus & Folkman, 1984; Guardino & Schetter, 2014). Este padrão é consistente com a literatura que associa estratégias ativas e de aproximação a maior adaptação psicológica (Carver & Connor-Smith, 2010; Schaefer et al., 2021), enquanto respostas de evitamento estão relacionadas com maior sofrimento e vulnerabilidade emocional durante a gravidez (Alves et al., 2023; Penengo et al., 2022). Assim, a prevalência das estratégias de evitamento neste estudo sugere que, embora existam esforços pontuais de cuidado e autorregulação, estes são frequentemente ultrapassados pela autocrítica e pela exigência de se manterem fortes, o que limita o acesso a respostas mais compassivas (Gilbert, 2014). Tal coexistência de práticas ativas e de evitamento reforça a pertinência de promover intervenções que ajudem as mulheres a sustentar estratégias de *coping* mais eficazes e compassivas, reduzindo a dependência de mecanismos de fuga emocional e favorecendo uma adaptação psicológica mais saudável no terceiro trimestre da gravidez.

De facto, em linha com a literatura, a manifestação de autocompaixão mostrou-se limitada. Os dados revelaram que a autocrítica continua a assumir um papel central em muitas participantes, traduzindo-se na perceção de que tinham de corresponder a todas as exigências, mesmo perante as limitações físicas e emocionais. Esta tensão entre esforços de cuidado e a autocrítica reflete a dificuldade em sustentar respostas compassivas num contexto de forte ativação do sistema de ameaça (Gilbert, 2014; Neff, 2003). A literatura confirma esta tendência, evidenciando que níveis mais elevados de autocrítica durante a gravidez estão associados a maior sintomatologia ansiosa e depressiva (Cutajar & Bates, 2025; Felder et al., 2016), enquanto a autocompaixão exerce um efeito protetor, reduzindo sintomas de ansiedade e depressão perinatal (Felder et al., 2016). Para além disso, uma meta-análise recente demonstra que intervenções de treino da compaixão reduzem de forma consistente a autocrítica e promovem competências de autorregulação emocional (Kirby et al., 2017).

Neste sentido, torna-se pertinente a implementação de intervenções focadas no desenvolvimento de competências de autocompaixão que ajudem a quebrar este ciclo. A literatura tem evidenciado que programas como o treino da mente compassiva promovem melhorias significativas na ansiedade, depressão e medo do parto, bem como melhorias mantidas ao longo do tempo na auto-compaixão (Guo et al., 2020; Ashabi et al., 2025). Estes resultados sugerem que incluir programas breves de treino da compaixão no acompanhamento pré-natal pode constituir uma estratégia preventiva com impacto clínico relevante, sobretudo no último trimestre, quando os desafios emocionais parecem intensificar-se.

O suporte relacional emergiu também como um fator central para sustentar o bem-estar emocional, destacando-se o papel do companheiro, de outros familiares, dos grupos de pares e dos profissionais de saúde. O apoio conjugal de qualidade tem sido consistentemente associado a menor stress na gravidez e a melhor adaptação no pós-parto, incluindo maior qualidade do vínculo mãe-bebé (Brassel et al., 2020; Doss & Rhoades, 2017). Uma revisão sistemática confirma que o envolvimento do parceiro é um dos fatores mais robustos na prevenção de depressão e ansiedade perinatal (Antonioni et al., 2021), enquanto meta-análises demonstram que intervenções de suporte entre pares reduzem significativamente os sintomas depressivos e ansiosos no período perinatal (Shah et al., 2024). A presença de figuras de apoio emocionalmente responsivas não só valida a experiência da mulher, como reforça a ativação do sistema afiliativo, criando um contexto seguro que facilita o acesso aos seus próprios recursos internos de regulação emocional (Mitchell et al., 2018).

Em síntese, as participantes mobilizaram espontaneamente estratégias de *coping* que se aproximam dos princípios da compaixão e proporcionam algum alívio, mas estas parecem não ser suficientes perante desafios mais exigentes. A coexistência de autocompaixão e autocrítica reforça a pertinência de intervenções estruturadas do treino da compaixão, aliadas ao fortalecimento das redes de apoio, incluindo o parceiro, os pares e os profissionais de saúde, de forma a potenciar a resiliência psicológica no terceiro trimestre, prevenindo sofrimento emocional e favorecendo uma transição mais positiva para a parentalidade.

Por fim, no que diz respeito ao quarto tema, “O que me fazia falta”: necessidades emocionais e apoios não satisfeitos, a literatura sublinha de forma consistente que o bem-estar psicológico durante a gravidez não se limita à ausência de psicopatologia. Trata-se de um fenómeno multidimensional, que integra aspetos emocionais, relacionais e contextuais (Al-Mutawtah et al., 2023; Guardino & Schetter, 2014). Assim, mesmo mulheres sem diagnóstico clínico podem experienciar sofrimento psicológico relevante, frequentemente decorrente do

desequilíbrio entre os stressores sentidos e os recursos de *coping* disponíveis. Tal sofrimento não deve ser desvalorizado, dado que pode afetar tanto a adaptação materna como o desenvolvimento da criança e a qualidade da relação mãe-bebé (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Jeličić et al., 2022).

No presente estudo, emergiram lacunas significativas nos apoios formais e informais. As participantes destacaram a ausência de acompanhamento psicológico acessível, a falta de grupos de suporte emocional e a escassez de informação clara e empática. Estes resultados corroboram a evidência de que os serviços de saúde ainda respondem de forma insuficiente às necessidades emocionais das mulheres grávidas, sobretudo em contextos não clínicos (McLeish & Redshaw, 2017; O'Brien et al., 2024).

Para além da necessidade de melhorar a acessibilidade a apoio psicológico, torna-se fundamental investir na formação dos profissionais de saúde. Mais do que conhecimentos técnicos, estas mulheres valorizam competências relacionais e comunicacionais baseadas na empatia e validação emocional (Papini et al., 2022). Neste sentido, a literatura tem mostrado que intervenções específicas de promoção de competências compassivas em profissionais de saúde apresentam resultados promissores. Por exemplo, o programa *EnACT (Evidence-informed, Competency-based, Applied Compassion Training)* demonstrou melhorias significativas na competência compassiva auto-reportada, na confiança em oferecer cuidados compassivos e na integração destas competências na prática clínica (Sinclair et al., 2024). De forma convergente, uma revisão sistemática e meta-análise recente concluiu que programas de treino em compaixão dirigidos a profissionais de saúde são eficazes na redução da autocrítica e na promoção da autorregulação emocional, fatores que potenciam a capacidade de responder com maior empatia e sensibilidade às necessidades das mulheres grávidas (Alcaraz-Córdoba et al., 2024). A incorporação sistemática de práticas compassivas nos cuidados perinatais poderia, assim, contribuir não apenas para um acompanhamento mais humanizado e protetor do bem-estar materno, mas também para o fortalecimento da relação terapêutica e para a prevenção de sofrimento emocional.

De forma transversal, os resultados sugerem que, embora três das quatro participantes tenham recorrido a estratégias mais ativas, persistiram processos de autocrítica e autojulgamento. Todas referiram, em algum momento, gerir essas vivências através de supressão e evitamento, sobretudo em situações mais desafiantes. Este padrão indica que esforços pontuais de cuidado e autorregulação não são suficientes para sustentar uma postura compassiva de forma consistente, ficando frequentemente sobrepostos pela exigência de corresponder a ideais de maternidade e de

se manterem “fortes”. Neste enquadramento, a implementação de intervenções focadas no treino da mente compassiva no período perinatal poderia constituir uma resposta relevante, ajudando as mulheres a lidar de forma mais adaptativa com a autocrítica e a desenvolver maior equilíbrio na gestão do *stress*. A literatura tem demonstrado que programas breves de treino da compaixão reduzem ansiedade, medo do parto e autocrítica, promovendo simultaneamente ganhos na autoeficácia materna (Kelman et al., 2018; Shadab et al., 2025).

Paralelamente, a ausência de apoios estruturais adequados reforça a dificuldade em aceder a recursos internos mais compassivos. Assim, a criação de espaços acessíveis e empáticos, onde as mulheres possam ser ouvidas sem julgamento, deve ser entendida como parte integrante da promoção da saúde mental perinatal, em vez de um recurso opcional ou secundário (Millard & Wittkowski, 2023). A integração sistemática do cuidado psicológico e relacional no acompanhamento pré-natal poderá contribuir para prevenir sofrimento emocional e favorecer uma adaptação mais saudável à transição para a parentalidade.

Este estudo apresenta algumas limitações que importa reconhecer. A principal prende-se com o número reduzido de participantes (N=4), o que, embora coerente com a natureza da metodologia qualitativa, restringe a amplitude da variabilidade experiencial captada. A análise aprofundada e reflexiva permitiu alcançar uma compreensão rica das narrativas recolhidas, mas não pretende, nem pode, ser generalizável a todas as mulheres grávidas. Tal como referem Braun & Clarke (2021), na investigação qualitativa a ênfase deve estar na profundidade e coerência da análise, mais do que na noção de saturação ou generalização. Adicionalmente, a heterogeneidade da amostra quanto à experiência prévia de maternidade poderá igualmente ter condicionado os resultados. As participantes que já eram mães relataram maior perceção de sobrecarga física e emocional, o que pode ter influenciado a forma como narraram os stressores e as estratégias de *coping*. Esta variação é consistente com a literatura, que demonstra que fatores contextuais e biográficos moldam de forma diferenciada a perceção do *stress* e da adaptação durante a gravidez (McCarthy et al., 2021). Ainda assim, estas limitações não anulam o contributo do presente estudo. Pelo contrário, realçam a importância de considerar a diversidade das vivências na gravidez e a necessidade de dar voz às mulheres em diferentes contextos. Através da escuta sensível das suas experiências, o estudo proporciona informação relevante para a compreensão dos desafios a nível psicológico e emocional nesta fase da vida da mulher, e para o desenho de respostas futuras mais ajustadas às necessidades reais destas mulheres.

As implicações clínicas emergentes são significativas. Os resultados reforçam a importância de integrar a dimensão emocional no acompanhamento pré-natal, não apenas como

um complemento opcional, mas como um componente essencial e central da promoção da saúde materna. As participantes referiram utilizar espontaneamente estratégias de *coping* alinhadas com a definição de competências compassivas. No entanto, foi igualmente mencionado que estas estratégias nem sempre se revelavam suficientes para fazer face aos desafios encontrados, sendo que em momentos percecionados como de maior adversidade prevaleciam estratégias de evitamento e supressão. Estes resultados reforçam a importância de promover as estratégias de regulação emocional destas mulheres, nomeadamente através de intervenções breves focadas na autocompaixão. Por outro lado, estas mulheres referiram sentir incompreensão e julgamento por parte de profissionais de saúde e entidades patronais, o que parecia intensificar a sua auto-crítica e sofrimento psicológico. Assim, o treino de competências compassivas poderia igualmente ser aplicado a profissionais de saúde e outros intervenientes da sociedade como entidades patronais, promovendo assim contextos que favoreçam o bem-estar psicológico das mulheres grávidas.

No que diz respeito aos estudos futuros, recomenda-se a replicação e expansão deste estudo com amostras mais diversificadas e numericamente alargadas, incluindo diferentes faixas etárias, contextos socioeconómicos, tipos de gravidez (planeada vs. não planeada) e níveis de acesso a suporte formal e informal. A utilização de metodologias mistas poderá também enriquecer o conhecimento produzido, articulando a profundidade qualitativa com dados quantitativos sobre variáveis como sintomatologia ansiosa, níveis de autocompaixão ou satisfação com o suporte recebido.

Para além disso, importa referir que já existem recursos digitais dirigidos à promoção da saúde psicológica no período perinatal, como é o caso da aplicação *Be a Mom*, uma intervenção baseada na internet para prevenção da depressão pós-parto, que se encontra atualmente em processo de adaptação ao SNS (Carona et al., 2023). Estes programas constituem avanços relevantes ao oferecerem apoio psicológico acessível, mas continuam a focar-se sobretudo no período pós-parto, sendo ainda limitadas as respostas dirigidas ao bem-estar emocional durante a gravidez. Os resultados do presente estudo sugerem a pertinência de adaptar ao período gestacional algumas das aplicações móveis já existentes, bem como desenvolver intervenções presenciais, como grupos de suporte entre pares, que respondam às necessidades identificadas e reais destas mulheres.

Assim, apesar dos seus limites metodológicos, o presente estudo contribui para um olhar mais atento, humanizado e compassivo sobre a experiência da gravidez, desafiando visões

normativas ou idealizadas, e abrindo caminho a práticas e investigações futuras mais alinhadas com a realidade vivida por estas mulheres.

Conclusão

O presente estudo qualitativo permitiu explorar de forma aprofundada as experiências emocionais das mulheres durante a gravidez, evidenciando a complexidade psicossocial desta etapa. As narrativas recolhidas revelaram que, embora existam estratégias espontâneas de *coping* e manifestações de autocompaixão, persistem lacunas significativas nos apoios formais e informais disponíveis, nomeadamente no acesso a acompanhamento psicológico, a espaços de partilha empática e na sensibilidade institucional perante as exigências emocionais desta fase. Estes resultados reforçam a importância de integrar a dimensão emocional no acompanhamento pré-natal, não apenas como um complemento, mas como parte essencial da promoção da saúde materna. Tal como sugerem Neff (2003) e Gilbert (2014), a autocompaixão pode constituir um recurso interno protetor, contudo, importa salientar que a capacidade de cultivar autocompaixão não surge de forma isolada, mas é fortemente mediada pelo contexto relacional e social. Segundo Gilbert (2014), a compaixão envolve duas componentes fundamentais: (1) a sensibilidade para reconhecer o sofrimento e (2) a motivação para agir de modo intencional para o aliviar. As narrativas das participantes mostraram que, mesmo sem uma intervenção estruturada, algumas delas desenvolveram espontaneamente estratégias de *coping* com características compassivas, como a prática de respiração ou a procura ativa de suporte social, que lhes permitiram acolher o próprio sofrimento e mobilizar ações concretas de cuidado. No entanto, parece existir ainda necessidade efetiva de promoção e amplificação destas estratégias internas de carácter compassivo, de forma mais específica e intencional em mulheres no período pré-parto, nomeadamente disponibilizada como parte integrante dos cuidados de saúde perinatais, atualmente mais centrados nas questões físicas, associadas ao parto e à prestação de cuidados básicos ao bebé. Por outro lado, parece existir igualmente a necessidade de promover a compreensão de profissionais de saúde, entidades patronais e sociedade em geral face às dificuldades e necessidades destas mulheres. Este objetivo poderia ser conseguido através de um treino da mente compassiva dirigido a estes intervenientes do contexto externo das mulheres, de forma a facilitar o desenvolvimento de respostas e ações compassivas que favoreçam o bem-estar emocional durante a gravidez.

Apesar do número reduzido de participantes, que limita a generalização dos resultados, este estudo contribui para ampliar o conhecimento sobre as vivências emocionais na gravidez e para

desafiar visões normativas que a apresentam como uma fase exclusivamente positiva. A valorização das vozes das próprias mulheres constitui um contributo relevante para o desenho de intervenções clínicas e comunitárias mais ajustadas às suas necessidades.

Assim, este estudo evidencia a necessidade de desenvolver políticas e práticas que reconheçam a gravidez como uma experiência psicossocial e não apenas fisiológica. Futuras investigações poderão beneficiar da utilização de metodologias mistas, da ampliação da diversidade amostral e da exploração de soluções digitais acessíveis que promovam a autocompaixão, a regulação emocional e a redução do isolamento frequentemente vivido durante este período.

Referências Bibliográficas

- Abdollahi, S., Faramarzi, M., Delavar, M. A., Bakouei, F., Chehrazi, M., & Gholinia, H. (2020). Effect of Psychotherapy on Reduction of Fear of Childbirth and Pregnancy Stress: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00787>
- Aguzzoli, R., Lengler, J., Miller, S. R., & Chidlow, A. (2024). Paradigms in Qualitative IB Research: Trends, Analysis and Recommendations. *Management International Review, 64*(2), 165–198. <https://doi.org/10.1007/s11575-024-00529-5>
- Alcaraz-Córdoba, A., Ruiz-Fernández, M. D., Ibáñez-Masero, O., Miranda, M. I. V., García-Navarro, E. B., & Ortega-Galán, Á. M. (2024). The efficacy of compassion training programmes for healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology, 43*(20), 18534–18551. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05618-0>
- Alipour, S. M., Rahimzadeh, M., Tourzani, Z. M., Mahmoodi, Z., & Esmaelzadeh Saeieh, S. (2023). Predictor role of marital conflict on maternal competency with mediating role of perceived stress and concerns during pregnancy: A structural equation model. *Neuropsychopharmacology Reports, 43*(1), 95–102. <https://doi.org/10.1002/npr2.12309>
- Al-Mutawtah, M., Campbell, E., Kubis, H.-P., & Erjavec, M. (2023). Women’s experiences of social support during pregnancy: A qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*, 782. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06089-0>
- Alves, A. C., Souza, R. T., Mayrink, J., Galvao, R. B., Costa, M. L., Feitosa, F. E., Rocha Filho, E. A., Leite, D. F., Tedesco, R. P., Santana, D. S., Fernandes, K. G., Miele, M. J., Souza, J. P., Cecatti, J. G., Lucena, D., Cordeiro, D. E. F., Anacleto, D., Nascimento, L. C., Rogerio, M. B., ... MAESI Study Group. (2023). Measuring resilience and stress during pregnancy and its relation to vulnerability and pregnancy outcomes in a nulliparous cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*(1), 396. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05692-5>

- Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulinou, M.-D., & Orovou, E. (2021). Perinatal Mental Health; The Role and the Effect of the Partner: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1572. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111572>
- Ashabi, B., Salari, N., Jaberghaderi, N., & Kamravamanesh, M. (2025). The Effect of Self-Compassion Distant Education on Depression in Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial. *Health Science Reports*, 8(6), e70856. <https://doi.org/10.1002/hsr2.70856>
- Ayano, G., Tesfaw, G., & Shumet, S. (2019). Prevalence and determinants of antenatal depression in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14(2), e0211764. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211764>
- Bogdan, I., Turliuc, M. N., & Candel, O. S. (2022). Transition to Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 901362. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.901362>
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. SAGE.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201–216. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>
- Brassel, A., Townsend, M. L., Pickard, J. A., & Grenyer, B. F. S. (2020). Maternal perinatal mental health: Associations with bonding, mindfulness, and self-criticism at 18 months' postpartum. *Infant Mental Health Journal*, 41(1), 69–81. <https://doi.org/10.1002/imhj.21827>

- Brtnicka, H., Weiss, P., & Zverina, J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratislavské Lekárske Listy*, *110*(7), 427–431
- Carona, C., Xavier, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2022). Self-compassion and complete perinatal mental health in women at high risk for postpartum depression: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Psychology and Psychotherapy*, *95*(2), 561–574.
<https://doi.org/10.1111/papt.12388>
- Carona, C., Pereira, M., Araújo-Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2023). The Efficacy of Be a Mom, a Web-Based Intervention to Prevent Postpartum Depression: Examining Mechanisms of Change in a Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, *10*, e39253.
<https://doi.org/10.2196/39253>
- Carvalho, M. E. C. C., Lima, L. C., de Lira Terceiro, C. A., Pinto, D. R. L., Silva, M. N., Cozer, G. A., & Couceiro, T. C. de M. (2017). Lombalgia na gestação. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, *67*(3), 266–270. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2016.03.002>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, *61*, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Ceprnja, D., Chipchase, L., Liamputtong, P., & Gupta, A. (2022). “This is hard to cope with”: The lived experience and coping strategies adopted amongst Australian women with pelvic girdle pain in pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04426-3>

- Chee, R. M., Capper, T. S., & Muurlink, O. T. (2023). The impact of social media influencers on pregnancy, birth, and early parenting experiences: A systematic review. *Midwifery*, *120*, 103623. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103623>
- Cutajar, K., & Bates, G. W. (2025). Australian Women in the Perinatal Period During COVID-19: The Influence of Self-Compassion and Emotional Regulation on Anxiety, Depression, and Social Anxiety. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *13*(2), 120. <https://doi.org/10.3390/healthcare13020120>
- Doss, B. D., & Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: Impact on couples' romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, *13*, 25–28. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.003>
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current opinion in psychiatry*, *25*(2), 141–148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Effati-Daryani, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mohammadi, A., Zarei, S., & Mirghafourvand, M. (2021). Fatigue and sleep quality in different trimesters of pregnancy. *Sleep Science*, *14*(Spec 1), 69–74. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20200091>
- Elliott, V. (2018). Thinking about the coding process in qualitative data analysis. *Qualitative Report*, *23*(11). <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:5304bf7f-6214-4939-9f1b-b64415d4fac1>
- Felder, J. N., Lemon, E., Shea, K., Kripke, K., & Dimidjian, S. (2016). Role of self-compassion in psychological well-being among perinatal women. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(4), 687–690. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0628-2>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*(3), 199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>

- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Guardino, C. M., & Schetter, C. D. (2014). Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health psychology review, 8*(1), 70–94. <https://doi.org/10.1080/17437199.2012.752659>
- Guermazi, F., Ajmi, S., Jmaa, M. B., Masmoudi, R., Zouari, A., Amamou, B., Feki, I., Baâti, I., & Masmoudi, J. (2025). Sexuality and pregnancy: Beliefs and dysfunctions in pregnant women. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 51*(1), e16169. <https://doi.org/10.1111/jog.16169>
- Guo, L., Zhang, J., Mu, L., & Ye, Z. (2020). Preventing Postpartum Depression With Mindful Self-Compassion Intervention: A Randomized Control Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 208*(2), 101–107. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001096>
- Hofmann, S. G., & Hay, A. C. (2018). Rethinking Avoidance: Toward a Balanced Approach to Avoidance in Treating Anxiety Disorders. *Journal of anxiety disorders, 55*, 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.004>
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(4), 658–666. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.658>
- Innab, A., Al-khunaizi, A., Al-otaibi, A., & Moafa, H. (2023). Effects of mindfulness-based childbirth education on prenatal anxiety: A quasi-experimental study. *Acta Psychologica, 238*, 103978. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103978>
- Jeličić, L., Veselinović, A., Ćirović, M., Jakovljević, V., Raičević, S., & Subotić, M. (2022). Maternal Distress during Pregnancy and the Postpartum Period: Underlying Mechanisms and Child's

Developmental Outcomes—A Narrative Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(22), 13932. <https://doi.org/10.3390/ijms232213932>

Kelman, A. R., Evare, B. S., Barrera, A. Z., Muñoz, R. F., & Gilbert, P. (2018). A proof-of-concept pilot randomized comparative trial of brief Internet-based compassionate mind training and cognitive-behavioral therapy for perinatal and intending to become pregnant women. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(4), 608–619. <https://doi.org/10.1002/cpp.2185>

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., & Kersting, A. (2022). Course and prediction of body image dissatisfaction during pregnancy: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 719. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05050-x>

Lund, J. I., Kleinplatz, P. J., Charest, M., & Huber, J. D. (2019). The Relationship Between the Sexual Self and the Experience of Pregnancy. *The Journal of Perinatal Education*, 28(1), 43–50. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.1.43>

Lutkiewicz, K., Bieleninik, Ł., Cieślak, M., & Bidzan, M. (2020). Maternal-Infant Bonding and Its Relationships with Maternal Depressive Symptoms, Stress and Anxiety in the Early Postpartum Period in a Polish Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5427. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155427>

McCarthy, M., Houghton, C., & Matvienko-Sikar, K. (2021). Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 811. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04271-w>

- McLeish, J., & Redshaw, M. (2017). Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1220-0>
- Mikolajczak, M., Aunola, K., Sorkkila, M., & Roskam, I. (2023). 15 Years of Parental Burnout Research: Systematic Review and Agenda. *Current Directions in Psychological Science*, *32*(4), 276–283. <https://doi.org/10.1177/09637214221142777>
- Millard, L. A., & Wittkowski, A. (2023). Compassion focused therapy for women in the perinatal period: A summary of the current literature. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1288797. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1288797>
- Ministério da Saúde. (2023). *Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação*. Programa Nacional para a Saúde Mental. <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/10/Reforma-de-Saude-Mental-Tres-anos-de-transformacao.pdf>
- Mitchell, A. E., Whittingham, K., Steindl, S., & Kirby, J. (2018). Feasibility and acceptability of a brief online self-compassion intervention for mothers of infants. *Archives of Women's Mental Health*, *21*(5), 553–561. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0829-y>
- Mróz, M., Stobnicka, D., Marcewicz, A., Szlendak, B., & Iwanowicz-Palus, G. (2024). Stress and Coping Strategies among Women in Late Motherhood. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(7), Artigo 7. <https://doi.org/10.3390/jcm13071995>
- NEFF, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, *41*(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>

- O'Brien, J., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2024). «Finding my voice again» - women's experiences of psychological therapy in perinatal secondary care settings: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1240855. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1240855>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. Organização Mundial da Saúde.
- Pan, W.-L., Lin, L.-C., Kuo, L.-Y., Chiu, M.-J., & Ling, P.-Y. (2023). Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in stress, anxiety, depression, and mother–infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*, 547. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05873-2>
- Papini, N. M., Mason, T. B., Herrmann, S. D., & Lopez, N. V. (2022). Self-compassion and body image in pregnancy and postpartum: A randomized pilot trial of a brief self-compassion meditation intervention. *Body Image, 43*, 264–274. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.09.010>
- Penengo, C., Colli, C., Cesco, M., Crocchia, V., Degano, M., Ferreghini, A., Garzitto, M., Lobel, M., Preis, H., Sala, A., Driul, L., & Balestrieri, M. (2022). Stress, Coping, and Psychiatric Symptoms in Pregnant Women in Outpatient Care During the 2021 Second-Wave COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 775585. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.775585>
- Peräkylä, A., & Sorjonen, M. (2012). *Emotion in interaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Riquin, E., Lamas, C., Nicolas, I., Dugre Lebigre, C., Curt, F., Cohen, H., Legendre, G., Corcos, M., & Godart, N. (2019). A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *Journal of Affective Disorders, 245*, 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.032>
- Røsand, G.-M. B., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health, 11*(1), 161. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-161>

- Sacristan-Martin, O., Santed, M. A., Garcia-Campayo, J., Duncan, L. G., Bardacke, N., Fernandez-Alonso, C., Garcia-Sacristan, G., Garcia-Sacristan, D., Barcelo-Soler, A., & Montero-Marin, J. (2019). A mindfulness and compassion-based program applied to pregnant women and their partners to decrease depression symptoms during pregnancy and postpartum: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *20*(1), 654. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3739-z>
- Schaefer, L. M., Howell, K. H., Sheddan, H. C., Napier, T. R., Shoemaker, H. L., & Miller-Graff, L. E. (2021). The Road to Resilience: Strength and Coping Among Pregnant Women Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(17–18), 8382–8408. <https://doi.org/10.1177/0886260519850538>
- Shadab, P., Heydarpour, S., Heydarpour, F., & Barkhordari, M. (2025). The relationship between self-compassion and fear of childbirth in pregnant women with gestational diabetes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *25*(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07273-0>
- Shah, L., Chua, J. Y. X., Goh, Y. S., Chee, C. Y. I., Chong, S. C., Mathews, J., Lim, L. H. K., Chan, Y. H., Mörelius, E., & Shorey, S. (2024). Effectiveness of peer support interventions in improving mothers' psychosocial well-being during the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on*
- Shen, M., Gao, R., Chen, S., Xu, Z., & Ding, X. (2024). The effectiveness of interventions on improving body image for pregnant and postpartum women: A systematic review of randomized clinical trials. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *24*(1), 581. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06787-3>
- Silvestri, R., & Aricò, I. (2019). Sleep disorders in pregnancy. *Sleep Science*, *12*(3), 232239. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20190098>
- Staneva, A. A., Bogossian, F., & Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*, *31*(6), 563–573. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015>

Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data.

American journal of evaluation, 27(2), 237-246.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1098214005283748>

Wang, J., Wen, D., Liu, X., & Liu, Y. (2019). Impact of exercise on maternal gestational weight gain.

Medicine, 98(27), e16199. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016199>

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., &

Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: A metasynthesis of qualitative

studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), 1704484.

<https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

ANEXOS

ANEXO 1 - Consentimento Informado

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação, do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Portucalense Infante D. Henrique. A responsável pelo estudo é a estudante Ana Rita Sá, sob a orientação da Professora Dr^a Joana Silva.

Gostaríamos de solicitar a sua colaboração neste estudo mas, antes de decidir participar, é importante que compreenda os seus objetivos e procedimentos. Leia atentamente a informação que se segue e pode colocar quaisquer dúvidas que tenha antes de assinar este consentimento informado.

O principal objetivo do estudo é compreender, de uma forma experiencial e sob a perspetiva das mulheres grávidas no terceiro trimestre, as principais mudanças e dificuldades enfrentadas durante a gravidez, bem como as estratégias utilizadas para lidar com estes desafios.

A participação neste estudo implica a realização de uma entrevista semiestruturada, centrada em questões associadas à sua experiência de gravidez (por exemplo as dificuldades que tem enfrentado e as estratégias que tem utilizado para lidar com essas dificuldades). A entrevista será realizada presencialmente ou via plataformas digitais (e.g. zoom), e gravada em áudio.

A sua participação será totalmente anónima e confidencial. Todas as informações recolhidas serão tratadas com rigor e utilizadas exclusivamente para fins de investigação. As entrevistas serão transcritas e anonimizadas, garantindo que nenhum dado pessoal será incluído. Os registos de áudio serão imediatamente e permanentemente eliminados após a transcrição. Os resultados desta investigação poderão ser divulgados em publicações ou apresentações em conferências científicas, mas sempre de forma anónima e confidencial.

A participação neste estudo é totalmente voluntária. Tem o direito de recusar participar ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer consequência.

Caso tenha alguma dúvida ou se precisar de esclarecimentos adicionais sobre o estudo, poderá contactar a estudante responsável pelo estudo, Ana Rita Sá, através do e-mail (anaritamendanhasa@gmail.com), ou a orientadora, Professora Dr^a Joana Silva, através do e-mail (joanas@mail.upt.pt). Ambas estarão disponíveis para fornecer informações adicionais e esclarecer quaisquer questões relacionadas com a participação no estudo.

Consentimento

Declaro que fui devidamente informada sobre os objetivos e procedimentos deste estudo. Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem qualquer penalização. Autorizo a gravação em áudio da minha entrevista para fins de transcrição e análise, garantindo-se o anonimato. Tenho conhecimento de que os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos, podendo ser divulgados em publicações ou conferências da especialidade, sempre de forma anónima e confidencial.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da estudante: _____

Assinatura da orientadora:

Data: _____

ANEXO 2- Guião de Entrevista – Gravidez

Esta é uma entrevista semi-estruturada. As questões sugeridas deverão ser apresentadas de forma aberta, permitindo ao participante explorar a sua perspetiva sobre o tópico apresentado. Para cada questão existem pontos de elaboração, que o entrevistador poderá utilizar para promover uma exploração mais profunda ou detalhada sobre um tópico de interesse ou objetivo de investigação. O entrevistador poderá igualmente, sempre que possível e adequado, pedir exemplos ou ilustrações concretas das afirmações da participante*.

Antes de mais, muito obrigada por participar nesta entrevista. O objetivo é compreender melhor os desafios que as mulheres experienciam durante a gravidez e como lidam com esses desafios, particularmente em relação ao seu bem-estar emocional e psicológico. É com este objetivo que irei realizar-lhe algumas questões. Peço que responda de forma sincera, até porque não há respostas certas ou erradas, o que pretendemos é realmente compreender a sua experiência da gravidez na 1ª pessoa. Relembro que tudo o que partilhar será tratado de forma confidencial e sem julgamento.

1. Gostaria que começasse por me falar um pouco sobre como está a viver a sua gravidez e quais as principais mudanças que identifica nesta fase.
 - a) *Pretende-se explorar mudanças associadas à própria mulher entrevistada (nível físico, emocional, social, profissional).*
2. Dentro das mudanças e transições que referiu (*mencionar se possível as mudanças apontadas pela participante*), quais tem sentido como mais desafiantes?
 - a) *Explorar desafios na mulher (ao nível físico, emocional, social, profissional, conjugal).*
 - b) *Se a participante não elaborar, explorar as razões do desafio ou dificuldades nas áreas apresentadas, pedir para elaborar sobre o impacto dessas mudanças na sua vida (mudanças no dia-a-dia, nas relações, bem-estar) e como é que estas têm afetado a forma como se sente ou o seu bem-estar psicológico (e.g. mais stress, ansiedade ou tristeza)?*
3. Como lida habitualmente com esses momentos ou emoções mais desafiantes/difíceis (*tentar utilizar a terminologia usada pela participantes*)?
 - a) *Sozinha? Com o apoio de outros significativos (Quem? De quem é a iniciativa?)*

- i. *Se existe o apoio de outros significativos (particularizar em função do que a participante disse), é fácil ou difícil para si receber esta ajuda/suporte/apoio?*
 - b) *Acha que é fácil ou difícil para si identificar/reconhecer estas emoções ou momentos mais difíceis? Habitualmente aceita ou tenta rejeitar/ignorar essas emoções?*
 - i. *Se aceita, como é que lida com esse desconforto ou emoções difíceis (e.g. enfrenta, faz um esforço para tolerar)?*
 - ii. *Se ignora ou rejeita, pode falar-me um bocadinho sobre como é que consegue fazer isso? Que estratégias usa?*
 - iii. *Habitualmente critica-se (e.g. por achar que tem culpa ou é responsável por estas emoções difíceis, não é forte ou corajosa o suficiente) ou lida com estas emoções de forma mais compreensiva (e.g. as emoções difíceis fazem parte desta experiência, reconheço que é normal sentir estas emoções, sou empática e encorajadora comigo por estar a sentir estas dificuldades, emoções desafiantes)? Se lida de forma compreensiva, consegue ser gentil consigo mesma? Consegue tranquilizar-se? De que forma?*
 - c) *Identificar comportamentos, ações, práticas e estratégias específicas e concretas utilizadas para lidar com as situações desafiantes como meditação, exercícios, ou falar com alguém, leituras de auto-ajuda, grupos de suporte (e.g. preparação para o parto)? (explorar quais as estratégias que a participante utiliza/recorre para lidar com as dificuldades/desafios durante a gravidez).*
4. Dentro das estratégias que referiu (*se possível mencionar aquelas identificadas pela participante*) quais é que na sua perspetiva se têm mostrado mais úteis, isto é, quais é que ajudam a lidar com as emoções/momentos difíceis de forma eficaz, e quais é que não têm funcionado tão bem? (**pedir à participante para partilhar um momento difícil se se lembrar e qual a estratégia que se revelou eficaz nesse momento**).
- a) *Como é que a forma como tem lidado com estas emoções (mencionar todas as referidas pela participante) e momentos difíceis tem influenciado a sua adaptação à gravidez?*
 - b) *Ex. Sente-se sobrecarregada ou encontra algum equilíbrio?*
5. Já sentiu necessidade de procurar novas formas de lidar com os desafios? Se sim, que tipo de apoio psicológico ou emocional ou outro sente que seriam mais úteis nesta fase da sua vida?
- a) *Há alguma área específica na qual gostaria de receber mais ajuda, seja através de terapia, grupos de apoio ou outras formas de assistência formal ou informal?*

6. Estamos mesmo no final desta entrevista. Gostaria de partilhar mais alguma coisa sobre os desafios que enfrenta nesta fase ou sobre as estratégias que usa para lidar com eles?

Muito obrigada pelo seu tempo e pela sua partilha. A sua participação significa muito para nós e será muito importante para o avanço da nossa investigação e até para o desenvolvimento futuro de intervenções que consigam dar uma resposta mais adequada às necessidades psicológicas e emocionais de mulheres no período da gravidez.

ANEXO 3- Dados Sociodemográficos

Antes do início da entrevista, serão recolhidos alguns dados sociodemográficos e obstétricos das participantes, com o objetivo de contextualizar a amostra e caracterizar de forma geral a população envolvida neste estudo. Os dados serão registados apenas para tratamento estatístico e descrição da amostra, garantindo o anonimato.

Dados Sociodemográficos

1. Idade
2. Habilitações literárias (grau de escolaridade concluído)
3. Estado civil (ex.: solteira, casada, união de facto, divorciada, viúva)

Dados Obstétricos

4. Esta é a sua primeira gravidez?
 - *Se não: número de filhos*
5. Semana de gestação atual
6. Existência de complicações associadas à gravidez (*ex.: diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, dor pélvica intensa, sintomatologia ansiosa/depressiva, entre outras*)
7. A gravidez foi planeada?
8. Frequência de acompanhamento pré-natal (*ex.: obstetra, enfermeira de saúde materna*)
9. Apoio psicológico durante a gravidez?



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541
4200-072 Porto
Portugal

+351 225 572 000
+351 969 773 967

upt@upt.pt
www.upt.pt



Declaração de Autorização de Depósito no Repositório Institucional

Nome: Ana Rita Mendanha Costa de Sá

Telf./Telm.: 931405665 Nº. do B.I./C.C.: 15660019 6 ZX8

Correio eletrónico: anaritamendanhasa@gmail.com

Mestrado em: Psicologia Clínica e da Saúde

Título da Dissertação/Trabalho de Projeto/Relatório de Estágio/Tese (Riscar o que não interessa): Stressores, dificuldades e estratégias de coping transteóricas e focadas na compaixão: Um estudo qualitativo

Orientador(es): Prof. Doutora Joana Maria Ribeiro da Silva ; Coorientadora: Prof. Doutora Ana Maria de Jesus Xavier.

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo gratuitamente à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização para arquivar e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu Repositório Institucional, o trabalho supra identificado, de acordo com o seguinte estatuto (assinalar apenas uma opção):

- Disponibilização imediata do texto integral para acesso mundial.
- Disponibilização do texto integral após um período de embargo de 1 ano 2 anos 3 anos após o qual autorizo o seu acesso mundial.
- Disponibilização apenas da informação bibliográfica do trabalho (autor, título e resumo, entre outros).

Mais declaro que a subscrição da presente declaração não implica a renúncia à titularidade dos direitos de autor, os quais são pertença do subscritor desta declaração, nem ao direito de usar a obra em trabalhos futuros.

Porto, 02 de outubro de 2025

Assinatura:

Assinado por: **Ana Rita Mendanha Costa de Sá**
Num. de Identificação: 15660019
Data: 2025.10.02 17:56:11+01'00'

