

JOSÉ AGOSTINHO DA SILVA MENDES

**DEPRESSÃO E PERCEÇÃO MATERNAL NO PRÉ-PARTO EM MÃES
ADOLESCENTES**

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-NORTE

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Porto, 2012

DEPRESSÃO E PERCEÇÃO MATERNAL NO PRÉ-PARTO EM MÃES ADOLESCENTES

JOSÉ AGOSTINHO DA SILVA MENDES

Dissertação apresentada no Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

ORIENTADORA: DOUTORA FLORBELA TEIXEIRA

PORTO, 2012

RESUMO

Nos últimos vinte anos, houve um maior reconhecimento de que a gravidez em algumas mulheres pode ser complicada por problemas emocionais, particularmente depressão, causando um impacto significativo sobre a mãe e a criança. O presente estudo centrou-se na depressão pré-parto em mães adolescentes com o desejo de demonstrar de que forma elas percebem e vivem este período, bem como enfatizar os efeitos dessa realidade. O mesmo, foi realizado com duzentas adolescentes Angolanas, na Província de Benguela, que possibilitou no final inferir os seguintes resultados:

- A existência de uma alta taxa de prevalência de depressão em adolescentes no pré-parto;
- Baixa noção da percepção da depressão pré-natal, por parte das adolescentes gestantes;
- O baixo nível de escolaridade, as más condições socioeconómicas, a ausência de apoio familiar, a falta de planificação da gravidez, influenciaram na depressão pré-natal das adolescentes em causa;
- O acompanhamento psicológico das gestantes adolescentes, nas consultas pré-natal é um aspecto relevante a se ter em conta para a compreensão e percepção da depressão por parte destas.

Por fim, na parte final deste trabalho, faz-se menção a uma lista de recomendações que visam fundamentalmente envolver toda sociedade, em particular as entidades de saúde e educação na divulgação e intervenção dos aspectos que se prendem com a depressão pré-natal.

ABSTRACT

In the last twenty years there has been an increasing recognition that pregnancy in some women may be complicated by emotional problems, particularly depression, causing a significant impact on mother and child. This study was centered on pre-partum depression in teenager mothers to demonstrate how they perceive and live this time, and emphasize the effects of this reality. It was done with two hundred adolescents of Angola, in Benguela Province, which the following results:

- The existence of a high prevalence of depression among adolescents in the pre-delivery;
- Low awareness of the notion of pre-natal depression by pregnant adolescents;
- The low level of education, poor socio-economic conditions, lack of family support, lack of planning of pregnancy influenced the prenatal depression of the adolescents;
- The counseling of pregnant adolescents in prenatal care is an important aspect to be considered for the understanding and perception of depression by them.

Finally, in the end of this study there is a list of recommendations aimed primarily to involve the whole society and particularly health and education agencies in the disclosure and intervention in pre-natal depression.

AGRADECIMENTOS

Segundo Caldas Aulete, temos: “Mandamento de Justiça- virtude moral que inspira o respeito dos direitos de outrem e que faz dar a cada um o que lhe pertence,- Imperativo de gratidão- Reconhecimento do benefício recebido”.

Na base destas importantes definições, reconhecemos que, sem as valiosas colaborações de uns e imprescindíveis informações de outros, não teria sido possível a concretização desta singela obra de dissertação. A elaboração de uma obra não é trabalho fácil mas difícil a uma única pessoa.

Assim o meu profundo agradecimento recai a Deus, supremo rei da vida, por me ter guiado e protegido desde os primórdios até a presente data. Agradecer igualmente a tutora do trabalho a PhD Florbela Teixeira pela dedicação e orientação sábia que prestou na realização e materialização do presente projecto.

Gostaria igualmente de deixar aqui expresso o meu reconhecimento à Direcção Provincial da Saúde particularmente a Direcção do Hospital Geral de Benguela pelo apoio incondicional prestado.

O meu agradecimento é ainda extensivo ao grupo de mães adolescentes que dispuseram-se a colaborar no fornecimento de dados necessários para o estudo e abordagem sucinta da realidade apresentada pelo tema em questão.

Agradecer ainda a todos que de forma directa ou indirecta deram o seu prestimoso contributo na elaboração do presente trabalho.

Por fim e por considerar que neste caso os últimos são os primeiros, minha profunda gratidão à minha esposa e os meus filhos maravilhosos que tão graciosamente relevaram minha preocupação mental durante os meses da preparação deste trabalho, manifestando sempre a vossa compreensão e colaboração.

LISTA DE ABREVIATURAS

APA-American Psychological Association

DPN- Depressão pós-natal

DSM-IV-TR-Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th Edition
Translated

EPDS -Edinburgh Postnatal Depression Scale

gl – grau de liberdade

p – Probabilidade de significância estatística

PND-Postnatal Depression

QPM-Questionário de Percepção da Maternidade.

t – Valor do Teste t de Student

SUS – Sistema Único de Saúde

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
LISTA DE ABREVIATURAS.....	v
ÍNDICE GERAL.....	vi
ÍNDICE DE TABELAS.....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	viii
INTRODUÇÃO	11
1. Conceito de Depressão	13
2. Modelos Explicativos	15
2.1. Modelos Bioquímicos	15
2.2. Modelos Psicológicos	16
2.2.1. Modelo Psicodinâmico	16
2.2.2. Modelo Cognitivo – Comportamental	17
2.3. Modelo sociológicos	21
3. Conceito de Adolescência	22
4. Adolescência e Gravidez	23
5. Depressão na Gravidez	27
6. Depressão Pré-Parto das gestantes	29
6.1. Sintomas da Depressão Pré-Parto	30
6.2. Implicações da Depressão Pré-Parto	30
6.3. Tratamento da Depressão Pré -Parto	32
CAPITULO II – MÉTODO.....	34
1. Objectivos	
1.1.Objectivo Geral	34
1.2.Objectivos Específicos	34
2. Desenho e Método	35
3. Participantes	35
4. Instrumentos da recolha de dados	36
5. Procedimentos	36
6. Processo de análise e tratamento de dados	36
CAPITULO III – RESULTADOS	37
CAPITULO IV – DISCUSSÃO	44
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

INDICE DE ANEXOS

Anexo I – Pedido de autorização para realização de Investigação

Anexo II – Termo de Consentimento Informado

Anexo III – Questionário de Caracterização Sócio -demográfica

Anexo IV – EPDS

Anexo V – Questionário de Percepção da maternidade

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização Sócio- Demográfica da Amostra	38
Tabela 2. Incidência da Sintomatologia Depressiva	40
Tabela 3. Relação entre Sintomatologia Depressiva e Percepção Materna	42
Tabela 4. Relação entre Sintomatologia Depressiva e Variáveis Sócio- Demográficas.....	43

INTRODUÇÃO

Todo o trabalho científico visa servir a sociedade, no sentido de compreender melhor as múltiplas variáveis implicadas num dado fenómeno sobre um determinado ponto de vista.

Sendo uma das grandes e principais preocupações das diversas sociedades e se revestindo de maior interesse para as ciências médicas e psicológicas a questão da depressão e da percepção de mães, e fundamentalmente, mães adolescentes no período pré e pós parto, sem desprimor da fase propriamente do “parto”, será este o nosso tema de estudo.

É averiguada a falta de uma atenção por parte da sociedade sobre este fenómeno que aflige a vida de muitas mães adolescentes, dada a sua urgente abordagem para uma maior e melhor atenção do mesmo fenómeno, por perceber que em Benguela esse fenómeno não foge à regra, proponho a apresentação da dissertação que tem como tema: “Depressão e Percepção Maternal no Pré Parto em Mães Adolescentes”.

O presente trabalho destina-se à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, e circunscreve-se a uma população da República de Angola mais especificamente da Província de Benguela, Município de Benguela. A mesma, localiza-se a Oeste da zona central da República de Angola e a sua população é estimada em 1.900.000 habitantes, segundo os dados oficiais do Governo da Província. Apresenta uma população multicultural pelo que nesta região os conceitos de Adolescência e gravidez precoce não são aplicados da mesma forma em toda sua extensão.

A adesão ao tema, radica essencialmente no desejo de demonstrar até que ponto o período pré parto está associado a depressão em mães adolescentes e de que forma elas percebem e vivem este período, bem como enfatizar os efeitos dessa realidade. É de referir ainda, que apesar dos estudos feitos acerca da temática em questão, nota-se que pouco se fundamenta a respeito

da depressão e percepção no período pré parto de mães adolescentes. Daí ser um trabalho original e que muito contributo trás em volta do tema em questão.

Por último, pensa-se que a pesquisa vai despertar muitos educadores de modo particular e, a população em geral, no sentido de se ter maior atenção a mães adolescentes com vista a se ponderar uma série de situações desastrosas pelas quais as mães adolescentes passam.

Porém, a ideia da realização deste trabalho, surgiu depois de várias leituras e constatações efectuadas e aprofundadas e reflecte o resultado de uma longa análise em torno de um problema que influencia bastante a vida das mães adolescentes e das famílias de forma particular e da sociedade de modo geral. Assim, nas páginas que se seguem, será feito um resumo dos principais contributos teóricos inerentes à realização deste trabalho.

1. Conceito de depressão

A Depressão é concebida, por um lado, como um fenómeno biológico e, por outro, como saída inevitável do homem diante dos limites que a civilização moderna lhe impõe. Essa limitação sustenta-se no esvaziamento do ser humano como tal, transformado em um número do registo social (Bolguese, 2004).

O transtorno depressivo maior diferencia-se do comportamento "triste" ou humor melancólico, que afecta a maioria das pessoas regularmente, por se tratar de uma condição duradoura (pelo menos 6 meses no caso de menores de dezoito anos e 1 ano no caso de adultos) com factores neurológicos acompanhados de vários sintomas específicos. Ou seja, depressão não é tristeza. É uma doença que precisa de tratamento, de acordo ao DSMIV-TR (2002).

Na perspectiva de Barreto (1973), o termo "Depressão" pode designar uma doença, síndrome, sintoma ou inclusivamente um simples estado afectivo- a tristeza. De facto, ainda segundo o mesmo autor, quando nos debruçamos sobre a Depressão como quadro clínico, estamos geralmente a referir-nos a um síndrome, ou seja a um conjunto de sintomas e sinais, com uma génese comum e constituindo uma vertente importante do quadro clínico de diversas doenças, ou mesmo a uma doença, da qual, em princípio, são conhecidos a etiologia, a patogenia, os sintomas, a evolução, o tratamento, as complicações e o prognóstico. Se quisermos ser mais rigorosos, poderemos acrescentar, tal como faz Bleichman (1983) que, mesmo quando a Depressão é considerada uma doença, a diversidade de quadros que recebem esta denominação leva a que se fale em depressões em vez de Depressão. É possível detectar na Depressão, diversos componentes como a ansiedade, a agitação, a preocupação, a dor mental, sentimentos de culpa, implicando num número significativo de ocorrências, uma vivência forte e contínua de infelicidade, de rejeição, de ruína, onde o futuro se encontra incerto e difícil (Teixeira, 1989). Encarada numa perspectiva fenomenológica, cremos poder afirmar que, perante a grande diversidade, amplitude de problemas e acontecimentos de

vária natureza que nos surgem no dia-a-dia, mesmo em circunstâncias que poderão ser consideradas “festivas”, como é o nascimento de um filho, o ser humano pode ser invadido por um estado depressivo traduzido por sentimentos de tristeza (Teixeira, 1985).

Efectivamente, se tivermos em conta a frequência com que a mesma surge nas diversas situações em que a saúde do indivíduo se encontra afectada, poderemos dizer, tal como o faz Gouveia (1990), que a Depressão é muitas vezes designada como a “*constipação da psicopatologia*”, tal é a frequência com que a mesma surge nos diversos acontecimentos de vida do ser humano. Com efeito, segundo o mesmo autor, diversos estudos epidemiológicos relativos à Depressão apontam-nos para resultados em que a prevalência de sintomas depressivos (avaliados através de escalas de auto-avaliação) se situa entre 9 e 20% da população em geral, sendo o risco de desenvolver um quadro depressivo mais frequente nas mulheres (20 a 26%) do que nos homens (8 a 12%) (Gouveia, 1990).

A segunda dimensão dá importância às consequências que esta patologia pode encerrar, provocando custos emocionais que se podem traduzir essencialmente por conflitos conjugais e familiares, desembocando em rupturas que poderão terminar em divórcio (Bandura, 1991), assim como custos económicos resultantes de gastos com o tratamento, absentismo e diminuição do rendimento no trabalho (Gouveia, 1990). A importância que a depressão assume vai depender, do controle de variáveis que estão na sua génese, das estratégias adoptadas, dos mecanismos mobilizados, de acordo com os seus quadros de referência individuais e do suporte recebido. A identificação da sua origem pode ajudar na escolha adequada dos métodos de prevenção e tratamento, tornando-se por isso necessário identificar uma explicação para o seu motivo

2. Modelos explicativos da depressão

A importância da depressão e a evolução processual da sua origem até à identificação dos seus principais sintomas e sinais, tem dado origem a inúmeros estudos. As causas são por vezes escondidas ou de difícil identificação, raramente aparecem isoladas, dificultando a importância da contribuição que cada uma pode encerrar no seu desenvolvimento. Assim, torna-se importante procurar explicações, mais ou menos elaboradas, que definam de forma organizada como e porquê o seu surgimento. Segundo Guz (1990), há vários modelos explicativos relativamente à Depressão que podem ser alinhados em três grupos: Modelos Bioquímicos, Modelos Psicológicos e Modelos Sociológicos.

Abordaremos de forma sintética, cada um destes modelos para que se compreenda o que defendem em relação à patologia em questão.

2.1. Modelos Bioquímicos

Nestes modelões defende-se que seja por origem preponderante das variáveis genéticas, ambientais, ou como é mais provável, por acção conjunta de ambas, a via que leva aos distúrbios depressivos, no seu mais amplo sentido deve ser a de uma alteração, de maior ou menor extensão, nas condições electroquímicas basais do Sistema Nervoso Central, responsáveis pelo equilíbrio afectivo humano. A mais antiga hipótese bioquímica de Depressão remonta à clássica medicina Grega, segundo a qual um transtorno funcional do fígado seria a causa dessa disforia. O aumento da bÍlis negra com as suas toxinas provocaria a melancolia. Actualmente, a hipótese bioquímica da Depressão que goza de maior prestÍgio entre os psiquiatras ligados a um ramo particular da psiquiatria – psiquiatria biológica – é a que aponta como agente responsável pela Depressão uma diminuição do “Sódio” no Sistema Nervoso Central. A hipótese nasceu da observação clínica de doentes deprimidos e da experimentação laboratorial em animais (Guz, 1990).

Relativamente à patogenia neuro-endócrina da Depressão, sabe-se há muito tempo, da existência concomitante de depressões e algumas endocrinopatias

como por exemplo, o hipotireoidismo. A justificativa para estabelecer uma possível inter-relação entre síndromes depressivas e distúrbios endócrinos apoia-se na observação, bastante comum na prática médica, de que alguns dos sintomas e sinais dos distúrbios depressivos, como alterações do apetite, sono, sede e actividade autónoma, também são encontrados nos quadros clínicos subsequentes a uma disfunção hipotalâmica. Outra questão fundamental que tem sido abordada na investigação relativa às componentes químicas na base da Depressão, é a alteração da produção, do funcionamento ou da recaptação de alguns neuro-transmissores cerebrais, nomeadamente da serotonina, dopamina, norepinefrina, entre outros (Guz, 1990).

2.2. Modelos Psicológicos

No conjunto de teorias psicológicas, pelo menos dois grandes grupos desenvolveram hipóteses e trabalho experimental para encontrar bases explicativas para a origem do fenómeno depressivo. Procuraremos, de seguida, sintetizar aspectos essenciais dessas hipóteses e investigações: por um lado, o modelo psicodinâmico, originado na Psicanálise, por outro, o modelo cognitivo-comportamental, baseado nas ideias do fisiologista Ivan Pavlov sobre os “reflexos condicionados”.

2.2.1. Modelo Psicodinâmico

As concepções psicodinâmicas sobre a patogénese da Depressão apoiam-se nas inter-relações que afirmam existir entre a constituição ou natureza intrínseca dos indivíduos, a dinâmica dos instintos ou pulsões, o desenvolvimento psico-sexual e os mecanismos psíquicos de defesa.

Segundo a Psicanálise, o indivíduo é portador duma constituição ambivalente, que determina a sua convivência com sentimentos contraditórios relativos ao mesmo objecto, que ama ou odeia, ou simultaneamente deseja e repulsa, quer e não quer. Esse tipo de constituição gera conflitos intra-psíquicos e é propícia ao desenvolvimento de patologias depressivas (Seitz, 1971).

O instinto de agressividade desempenha um papel proeminente na patogenia da Depressão. A Psicanálise também caracteriza o percurso evolutivo dos seres humanos de acordo com um conjunto de etapas ou fases assentes no desenvolvimento psico-sexual, que de acordo a mesmas, assumem os seus defensores, tendencialmente, os indivíduos depressivos seriam aqueles que apresentavam uma fixação na fase oral. Ainda segundo a Psicanálise, o psiquismo seria composto por três instâncias fundamentais: o *id*, o *ego* e o *superego*. Na Depressão, o *ego*, através dos mecanismos de defesa, incorpora, introjecta ou devora o objecto amado, real ou imaginariamente perdido, enquanto, no indivíduo normal, o *ego* se separa do objecto introjectado através de recordações. Nos indivíduos com uma constituição ambivalente, dotados de fortes instintos de agressividade, com uma fixação na fase oral, o devoramento do objecto perdido é feito com sentimentos de amor e ódio misturados. Nessas condições, o instinto de agressividade em lugar de se dirigir para fora do sujeito, volta-se contra ele, numa tentativa de destruir o objecto introjectado. Esta acção destrutiva é experimentada como falta de apetite, desinteresse, ausência do seio familiar, insónias e demais manifestações sintomáticas dos que sofrem o distúrbio depressivo.

Todavia, o modelo psicodinâmico não conseguiu, até ao momento, ver estas hipóteses confirmadas pela investigação executada de acordo com as exigências da metodologia científica.

2.2.2. Modelo Cognitivo-Comportamental

Este, procura explicar a génese da Depressão por mecanismos de ordem psíquica, e defende que os distúrbios depressivos que obrigam a uma aprendizagem defeituosa, com o decorrer do tempo assumem uma existência própria.

As investigações de Pavlov, juntamente com Watson, permitiram definir o paradigma da aprendizagem por condicionamento clássico. Skinner (1953) desenvolveu o paradigma de aprendizagem por condicionamento operante. A eficácia com que um indivíduo aprende e se adapta a determinados papéis,

depende dos modelos a que esteve exposto e à forma como adapta o meio e procura resolver as situações. Bandura (1991) acrescentou uma peça essencial à compreensão mais global do processo de aprendizagem, postulando que ocorre aprendizagem por simples observação. Por último, os investigadores do cognitivismo, lançaram caminhos inteiramente novos para compreender a aprendizagem que origina psicopatologia: as crenças disfuncionais que actuam como filtros da realidade, distorcendo-a sempre no mesmo sentido (Beck, 1979). A ausência de modelos adequados e a não adopção de comportamentos ajustados perante uma determinada situação, podem originar a integração de outros menos eficazes, resultando em crise adaptativa, abrindo portas para uma possível Depressão. Se nos quisermos referir a marcos ordenados cronologicamente, devemos sinalizar que no início da década de sessenta, Skinner interpreta a Depressão como consequência da interrupção de comportamentos que, até aí, eram mantidos por reforços sociais positivos (processo de extinção) procedendo a uma primeira análise funcional relativa a esta patologia. Contudo, a utilização de métodos comportamentais no tratamento da Depressão só surgiu muito mais tarde, sendo relatados os primeiros resultados por Shapiro et al, (1962) e, nove anos depois, por Seitz (1971). Em termos de concepções teóricas e aplicações terapêuticas, a década de 70 constitui um importante ponto de mudança para os estudiosos da Depressão. Embora, como referimos, as concepções fossem diferentes, existiria em síntese, um quadro dominado por um círculo vicioso, em que um menor reforço positivo é origem da diminuição de comportamentos operantes, que por sua vez, desencadeia menor número e intensidade de comportamentos positivos, surgindo daqui a Depressão. É ainda na década de setenta que surge uma importante viragem neste domínio, levando a uma transição duma óptica comportamental clássica para outra em que nos surge uma perspectiva de mediação cognitiva, onde os factores desta natureza são enfatizados no tratamento de perturbações cuja tónica é a ansiedade (Gouveia, 1990).

Esta “revolução cognitivista” leva a que, na área da Depressão, sejam retomados os estudos de Beck da década anterior até aí pouco conhecidos. Beck et al. (1979) ajudam neste “renascimento” apresentando um modelo

terapêutico bem estruturado, incluindo um estudo da relação entre técnicas cognitivas e comportamentais (Vaz Serra, 1989).

Beck, citado por Vaz Serra (1989) refere que há várias condições predisponentes à Depressão, nomeadamente:

- A sensibilização a certos tipos desfavorecidos de condições de vida decorrentes, por exemplo, de acontecimentos de vida ou da rejeição pelos pares sociais;
- A sobrerreacção a condições análogas de experiências prévias traumáticas;
- Desempenhos que não atingem os objectivos demasiadamente altos que são sistematicamente estabelecidos para as realizações;
- O afastamento gradual de alguém significativo;
- Insatisfação progressiva com a sua execução, como progenitor, ganhos, estudos, trabalho, etc.

O indivíduo predisposto à Depressão, mercê do seu esquema cognitivo, associa à perda que lhe ocorre um significado específico. Deste modo, entre um acontecimento e uma resposta emocional, intervém uma cognição ou pensamento automático que vai determinar a consequência que daí resulta. Segundo Relvas (1985), a teoria de Beck evidencia a dimensão cognitiva do indivíduo, como predisponente ou como precipitante da Depressão. Existiria uma organização cognitiva disfuncional e distorcida, anteriormente aprendida, susceptível de precipitar o surgimento da Depressão. Numa situação deste género, o indivíduo interpreta e integra de uma forma distorcida a informação que lhe vem chegando, a qual é enquadrada numa perspectiva de perda de algo que pode ser útil e que é susceptível de conduzir à designada tríade cognitiva negativa: do mundo em que se encontra inserido, da própria pessoa e do futuro que o aguardará. As alterações do comportamento e do afecto surgiriam em consequência da activação de cognições negativas resultantes da sensibilização por algumas situações desfavoráveis que vão influenciar o decurso do desenvolvimento do indivíduo.

A teoria de Beck postula que as experiências prévias que um indivíduo viveu são a base que pode levar à formação de conceitos negativos, constituídos em esquemas, que podem manter-se latentes, mas que têm a possibilidade de

serem activados em circunstâncias específicas, semelhantes às experiências inicialmente responsáveis pela sua constituição. Assim, condições de vida extremamente adversas não produzem necessariamente um estado depressivo, a não ser que o indivíduo seja particularmente sensível a essa situação, devido à natureza da sua organização cognitiva. Relvas (1985) afirma que a diferença entre o indivíduo comum e o que tem tendência à Depressão reside no facto de que aquele, quando enfrenta situações adversas, é capaz de continuar a avaliar realisticamente essas situações, este, perante situações a que é sensível, desenvolve ideias limitadas e negativas sobre todos os aspectos da sua vida. Gouveia (1990), diz-nos que, neste modelo, a Depressão resulta da activação de esquemas depressogénicos que vão originar erros no processamento da informação e na análise das experiências, levando há existência de uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro (tríada cognitiva negativa) que seria responsável pelos fenómenos depressivos. Com base nesta perspectiva, outras vão sendo apresentadas, contribuindo para a atracção e o impacto que o modelo cognitivo da Depressão, nas suas diversas *nuances*, vem exercendo, tanto a nível de clínicos como de investigadores. No seguimento dos trabalhos de Beck, outros autores realizaram numerosos estudos sobre as teorias cognitivo-comportamentais e suas aplicações, com perspectivas mais ou menos diferenciadas, em que, por exemplo, uns relacionavam a Depressão com problemas de auto-controlo (Rehm, 1977), outros acentuavam a importância das relações interpessoais e da interacção (Coyne, 1976). Daqui surgiu uma investigação abundante e diversificada, que devido ao facto de cada uma das perspectivas acentuar por vezes diferentes aspectos das manifestações depressivas e como consequência da heterogeneidade da Depressão, nem sempre é clara quanto à maior ou menor adequação de cada uma dessas conceptualizações.

2.3 Modelos Sociológicos

De acordo com Guz (1990), a Psicologia Social investiga o comportamento das pessoas vivendo em grupos e estabelecendo acções recíprocas entre si. São pouco ou nada definidos os limites entre a Psicologia e a Sociologia

Antropológica. Esta abarca o campo do estudo da adaptação do homem aos seus semelhantes mediada pelas actividades culturais, económicas, políticas e/ou religiosas. As fronteiras entre os dois campos de estudo tornam-se menos nítidas quando se sabe que o estudo das prováveis bases genéticas do comportamento social do homem (biossociologia) postula que grande parte dos comportamentos humanos não são aprendidos, mas geneticamente determinados.

Não se pode negar a influência dos factores sociais no desenvolvimento e/ou manutenção de grande número de manifestações depressivas. As sociedades humanas são instituições concretas que evoluíram e continuam a evoluir em virtude da acção dos seus integrantes. Estas organizações não são passivas (Rehm, 1977). Muito pelo contrário, influenciam aqueles que as criaram, dando origem a novos comportamentos que produzem, por sua vez, outros que embora pouco compreendidos, não podem de forma alguma, continuar ignorados. Em síntese, cremos poder afirmar que nenhum destes modelos será, por si só, capaz de explicar a problemática da Depressão em toda a sua extensão, profundidade e a diversidade de fenómenos depressivos, sendo importante que os mesmos se complementem e enquadrem numa perspectiva global de estudo da Depressão.

3. Conceito de Adolescência

Há muitas tentativas de se definir adolescência, embora nem todas as sociedades possuam este conceito. Cada cultura possui um conceito de adolescência, baseando-se sempre nas diferentes idades para definir este período.

Na visão de Maakaroun (2006), adolescência no contexto evolutivo, é a idade em que se concretiza o florescimento pleno do desenvolvimento corporal humano e, junto com ele, na sua expressão mais pura, as paixões e o amor. Já Lira (2012) define-a como sendo uma época de imaturidade em busca de maturidade.

A adolescência é uma fase de descoberta para a vida sexual, para o afastamento de preconceitos e para idealizar o futuro incerto da sua vida profissional. Representa um momento crucial da vida que é marcado por angústias e incertezas, tanto para o adolescente, como para os membros da sua família. Evidenciam-se mudanças orgânicas que são acompanhadas por um conjunto de alterações comportamentais incomuns à sociedade, com o objectivo de chamar atenção (Nezan, 2011).

Adolescência é uma das etapas do desenvolvimento humano caracterizada por alterações físicas, psíquicas e sociais, sendo que estas duas últimas recebem interpretações e significados diferentes dependendo da época e da cultura na qual está inserida.

De acordo a Organização Mundial da Saúde (2004), adolescente é o indivíduo que se encontra entre os dez e vinte anos de idade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece outra faixa etária: dos doze aos dezoito anos.

Segundo Daniel Sampaio (citado por Alice, 2007) adolescência é uma etapa do desenvolvimento, que ocorre desde a puberdade à idade adulta, ou seja, desde a altura em que as alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida.

Actualmente, o conceito mais aceite é o de que não existe adolescência, e sim adolescências em função do político, do social, do momento e do contexto em que está inserido o adolescente. A adolescência guarda ainda especificidades em termos de género, classe e etnia.

Granville Stanley Hall (1844-1924), definiu este período como sendo de “tempestades e stress”, posto que conflitos nesse estágio de desenvolvimento podem ser considerados normais. A antropóloga Margaret Mead (1901-1978) atribuía o comportamento adolescente à cultura em que o jovem está inserido. Em complemento, a Teoria do Processamento de Informação não enxerga a adolescência como um estágio diferente, mas somente como parte da escalada do ganho de experiência (Alice, 2007).

Jean Piaget, entretanto, observou no comportamento adolescente um grande incremento nas habilidades cognitivas, o que pode levar a conflitos, posto que o indivíduo tem acrescido, ainda, a razão, a necessidade de competição e a habilidade de teorizar em termos adultos - pensamento formal e pensamento abstracto (Alice, 2007).

Podemos então concluir, que o que se encontra de comum entre estas definições, é que Adolescência é, o período de transição entre a infância e a idade adulta, aproximadamente, entre os doze e os vinte anos, onde ocorrem rápidas mudanças: no corpo, nas emoções, nas atitudes, no campo intelectual, nas relações com a família e com os colegas e na liberdade e responsabilidade.

4. Adolescência e gravidez

A adolescência implica num período de mudanças físicas e emocionais considerados, por alguns, um momento de conflito ou de crise. Não se pode descrever a adolescência como simples adaptação às transformações corporais, mas como um importante período no ciclo existencial da pessoa, uma tomada de posição social, familiar, sexual e entre o grupo (Ballone, 2004).

Já a gravidez refere-se ao período de mais ou menos 40 semanas, que medeia entre a concepção e o parto. Período que acarreta vivências psicológicas particulares (Leal, 2005).

Colman e Colman (1994) falam-nos da gravidez como sendo simultaneamente uma transformação biológica, social e pessoal que põe o indivíduo em contacto com o processo arquetípico, isto é, com os sentimentos, comportamentos e significados que residem lá bem no fundo da natureza humana, pelo que a gravidez pode ser também simultaneamente uma experiência gratificante e confusa.

A puberdade, que pelo seu turno, marca o início da vida reprodutiva da mulher, é caracterizada pelas mudanças fisiológicas corporais e psicológicas da adolescência. Uma gravidez na adolescência provoca mudanças maiores ainda

na transformação que já vinha ocorrendo de forma natural. Neste caso, muitas vezes a adolescente precisaria de um importante apoio do mundo adulto para saber lidar com esta nova situação.

De acordo com Vitalle e Amâncio (2004), a utilização de métodos anticoncepcionais não ocorre de modo eficaz na adolescência, inclusive devido a factores psicológicos inerentes ao período da adolescência. A adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária.

A actividade sexual da adolescente é, geralmente, eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de anticoncepcionais. A grande maioria delas também não assume diante da família a sua sexualidade, nem a posse do anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual activa. Assim sendo, além da falta ou má utilização de meios anticoncepcionais, a gravidez e o risco de engravidar na adolescente podem estar associados a uma menor auto-estima, a um funcionamento familiar inadequado, a grande permissividade falsamente apregoada como desejável, a uma família moderna ou a baixa qualidade de seu tempo livre. De qualquer forma, o que parece ser quase consensual entre os pesquisadores, é que as facilidades de acesso à informação sexual não têm garantido maior protecção contra doenças sexualmente transmissíveis e nem contra a gravidez nas adolescentes.

Uma vez constatada a gravidez, se a família da adolescente for capaz de acolher o novo facto com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo normalmente e sem grandes transtornos. Porém, havendo rejeição, conflitos traumáticos de relacionamento, punições atroztes e incompreensão, a adolescente poderá sentir-se profundamente só nesta experiência difícil e desconhecida, poderá correr o risco de procurar abortar, sair de casa, submeter-se a toda sorte de atitudes que, acredita, “resolverão” seu problema (Ballone, 2004).

O bem-estar afectivo da adolescente grávida é muito importante para si própria, para o desenvolvimento da gravidez e para a vida do bebé. A adolescente grávida, principalmente a solteira cuja gravidez não foi planeada, precisa encarar sua gravidez a partir do valor da vida que nela habita, precisa sentir segurança e apoio necessário para seu conforto afectivo, precisa dispor

bastante de um diálogo esclarecedor e, finalmente, da presença constante de amor e solidariedade que a ajude nos altos e baixos emocionais, comuns na gravidez, até ao nascimento de seu bebê (Ballone, 2004).

Mesmo diante de casamentos ocorridos na adolescência de forma planejada e com gravidez de igual modo planejada, por mais preparado que esteja o casal, a adolescente não deixará de enfrentar a somatória das mudanças físicas e psíquicas decorrentes da gravidez e da adolescência.

A gravidez na adolescência é, portanto, um problema que deve ser levado muito a sério e não deve ser subestimado, assim como deve ser levado a sério o próprio processo do parto. Este pode ser dificultado por problemas anatómicos e comuns da adolescente, tais como o tamanho e conformidade da pelve, a elasticidade dos músculos uterinos, os temores, desinformação e fantasias, além dos importantíssimos elementos psicológicos e afectivos possivelmente presentes (Ballone, 2004).

As intercorrências emocionais na gravidez de adolescentes, pode se evidenciar em um trabalho apresentado no III Fórum de Psiquiatria do Interior Paulista, em 2000, por Gislaire Freitas e Neury Botega, onde mostraram que, do total de adolescentes grávidas estudadas na Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba, foram encontrados: casos de Ansiedade em 21% delas, assim como 23% de Depressão. Ansiedade junto com Depressão esteve presente em 10%. Outro dado relevante foi a incidência observada para a ocorrência de ideação suicida, presente em 16% dos casos, mas, não encontraram diferenças nas prevalências de depressão, ansiedade e ideação suicida entre os diversos trimestres da gravidez. A tentativa de suicídio ocorreu em 13% e a severidade da ideação suicida revela associação significativa com a severidade depressão.

A incidência de gravidez na adolescência está crescendo e, nos EUA, vê-se que de 1975 a 1989 a percentagem dos nascimentos de adolescentes grávidas e solteiras aumentou 74,4%. Em 1990, os partos de mães adolescentes representaram 12,5% de todos os nascimentos no país. Lidando com esses números, estima-se que aos 20 anos, 40% das mulheres brancas e 64% de

mulheres negras terão experimentado ao menos 1 gravidez nos EUA (Ballone, 2004).

A maior parte dos adolescentes não possuem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa da repressão familiar, muitas delas fogem de casa e quase todas abandonam a vida acadêmica.

A Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, no Brasil, de 1996, mostrou um dado alarmante: cerca de 14% das adolescentes já tinham pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre as garotas grávidas atendidas pelo Sistema Único de Saúde no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre os 10 e os 14 anos. Nesses cinco anos, 50 mil adolescentes foram parar nos hospitais públicos devido a complicações de abortos clandestinos. Quase três mil na faixa dos 10 a 14 anos (Ballone, 2004).

Segundo Vitale e Amâncio, citados por Ballone (2004) quando a actividade sexual tem como resultante a gravidez, gera consequências tardias e a longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizagem, além de complicações da gravidez e problemas de parto.

O período do parto trás consigo sérias complicações e preocupações para as futuras mães adolescentes. “As piores complicações do parto tendem a acometer meninas com menos de 15 anos e, serão piores ainda em menores de 13 anos. A mãe adolescente tem maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez, do parto e do puerpério. A taxa de mortalidade é 2 vezes maior que entre gestantes adultas. A incidência de recém-nascidos de mães adolescentes com baixo peso é duas vezes maior que em recém-nascidos de mães adultas, e a taxa de morte neo-natal é 3 vezes maior. Entre adolescentes com 17 anos ou menos, 14% dos nascidos são prematuros, enquanto entre as mulheres de 25 a 29 anos é de 6%. A mãe adolescente também apresenta com maior frequência sintomas depressivos no pós-parto” (Ballone, 2004,p.4).

5. Depressão na gravidez

A literatura científica indica que o período gravídico-puerperal é a fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, principalmente no primeiro e no terceiro trimestre de gestação e nos primeiros 30 dias de puerpério. A intensidade das alterações psíquicas dependerá de factores orgânicos, familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. Cerca de um quinto das mulheres no período gestacional e no puerpério apresenta depressão. Cabe ressaltar que a maioria dessas mulheres não é diagnosticada e tratada adequadamente.

A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal e está associada a factores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica. Evidências demonstram que, além de a depressão pré-natal ser mais frequente, ela é o principal factor de risco para depressão pós-natal, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação (Pereira et al., 2008).

Segundo Leal (2005), investigações mais recentes mostram que:

1º Uma percentagem muito elevada de mulheres (entre 10% a 20% em amostras recolhidas na comunidade) se encontra clinicamente deprimida durante a gravidez (Chung, 2001; Pajulo, 2001; Evans, 2001; Josefsson, 2001; Marcus, 2003;);

2º A percentagem de mulheres deprimidas na gravidez é mais elevada do que acontece nos pós-parto, quando se consideram os picos 3º trimestre de gravidez versus 2º-3º mês dos pós- parto (Evans, 2001; Josefsson, 2001);

3º As mulheres que deprimem na gravidez geralmente já estiveram deprimidas anteriormente e em metade dos casos vão deprimir nos pós-parto, pelo que grande parte das puérperas que vão deprimir depois do parto já manifestaram a perturbação durante a gravidez (Gorman, 2004);

4º É prioritária a atenção que deve ser dada à gestação se quisermos beneficiar o seu desenvolvimento adaptado e saudável. Dado que a gravidez é o momento da vida da mulher em que mais contactos se dão com o sistema de saúde, esta será uma altura propícia à adopção de medidas de detecção de níveis clínicos de sintomatologia depressiva, sendo que particularmente em risco parecem estar as grávidas com história anterior de episódio depressivo major (Marcus, 2003), assim como aquelas que vivem em condições psicossociais menos favoráveis, como seja, no caso de estar ausente o suporte social e de estarem presente dificuldades económicas e/ou relações conflituais com os significativos (Mcknee, 2001; Panjulo, 2001; Seguin, 1995).

Entretanto, a literatura actual sugere que a depressão pré-natal possa estar sendo negligenciada, havendo poucas pesquisas científicas sobre o assunto, mesmo existindo um consenso de que os factores que afectam o binómio materno-fetal tenham suas origens no período pré-concepcional. Embora a maioria dos estudos seja focada na depressão pós-parto, a depressão durante a gravidez pode ser considerada questão importante para o campo da saúde pública, visto que constitui um forte factor de risco à depressão pós-natal, apontando para a necessidade de intervenções antes do nascimento do bebé, além das novas evidências de que a depressão gestacional possa causar baixo peso ao nascer, prematuridade e afectar o desenvolvimento da criança.

Leal (2005) citando Panjulo (2001) realça que a necessidade e urgência de estudar e prevenir a depressão materna antenatal é hoje em dia consensual entre os investigadores e clínicos da área materno-infantil, nomeadamente porque se sabe ainda muito pouco acerca desta circunstância, contrariamente ao que sucede com a depressão pós-natal.

6. Depressão pré-parto das gestantes

Quando o bebé está para chegar, a futura mãe fica ansiosa, não dorme direito, fica preocupada, mas exhibe um sorriso de orelha a orelha mesmo com todas as chateações da gravidez. Isso acontece com a maioria das mulheres, mas, para algumas, a gravidez não é motivo para comemorações.

Segundo um estudo do Coren (Conselho Regional de Enfermagem), no Brasil, cerca de 10% das mulheres brasileiras sofrem de depressão pré-natal, doença tão grave quanto os demais tipos de depressão e que, se não for tratada como deve, pode trazer sérios problemas para a mãe para o bebê.

Na gravidez há uma mudança no estilo de vida da mulher tornando-a mais sensível, facto este susceptível de gerar alterações comportamentais; Partindo desse pressuposto a depressão pré-natal leva tempo a ser diagnosticada, pelo facto de as grávidas não procurarem ajuda e não falarem do seu estado emocional. A tristeza que ocorre, acreditam ser temporária, facto que as impede de procurar ajuda. Além da sensibilidade da mulher no período de gravidez, a depressão pré-natal não é um factor isolado, como explica a psiquiatra Florence Correa, da Unesp, que afirma também que além das inúmeras preocupações que a mulher grávida tem, a depressão vem para aquelas que já viveram um quadro depressivo anterior, facto este agravado por condições externas como gravidez não desejada e falta de suporte económico (Basílio, 2010).

A depressão pré-natal é mais frequente quando a futura mãe se sente sem preparação, mas pode acontecer com mulheres mais velhas que, inclusive, já são mães. As gestações são diferentes e o contexto modifica muito o comportamento da mulher", completa Florence Correia, citado por Basílio (2011).

6.1. Sintomas da depressão pré-parto

Os sintomas da depressão pré-natal assemelham-se aos demais tipos de depressão, incluindo a depressão pós-parto: tristeza profunda, irritabilidade, desânimo, falta de energia, movimentos e pensamento lento, alterações no sentido de humor, alterações no sono, falta de apetite. "O diferencial é que esses sintomas vêm associados à culpa, incapacidade de cuidar de um filho, falta de afecto pela criança que irá nascer. Completa a ginecologista Carolina Carvalho, aos sintomas comuns, há o agravante de que a mulher não consegue se voltar para o bebê e se preparar para a maternidade; ela não se

anima com o enxoval ou para comprar os brinquedos da criança, por exemplo" (Basílio, 2010, p.1).

6.2. Implicações da depressão pré-parto

A mulher na situação de depressão pré-natal tem dificuldade para aceitar as mudanças pelas quais está passando e acaba por não tomar os cuidados necessários para que a gestação seja saudável, o que pode trazer sérias complicações para o bebê que irá nascer.

A falta de uma alimentação equilibrada, de repouso e momentos de relaxamento por parte da mulher grávida pode provocar o surgimento de riscos para a futura criança, como desidratação, baixo peso e prematuridade. Porém, este risco também pode afectar seu desenvolvimento neuropsicomotor e futuramente gerar problemas de relacionamento e de aprendizado, uma vez que a capacidade de estimulação por parte da mãe pode não ser a mais adequada para o bebê (Basílio, 2011).

Para a ginecologista Carolina Carvalho, citada por (Basílio, 2011) a principal consequência da depressão pré-natal é a barreira que se forma entre mãe e o filho. O vínculo que a mãe tem com o filho é o principal para a saúde do bebê, para que ele se sinta seguro e amado. Quando a mulher está sofrendo com a depressão pré-natal, não se aproxima do bebê, gerando desconforto para os dois lados.

É sabido que prejuízos na saúde mental da gestante podem também alterar a relação mãe-feto e futuramente o desenvolvimento da criança, que inicialmente pode se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e futuramente provocar distúrbios afectivos na idade adulta (Falcone et al., 2005).

Estudos recentes referem que a tensão da gestante estimula a produção de determinados hormônios que atravessam a barreira placentária atingindo o organismo do feto em desenvolvimento. Dessa maneira, alteram a própria composição placentária e do ambiente fetal que podem ter reflexos no desenvolvimento da própria sintomatologia depressiva

A pesquisa indica que a depressão durante a gestação pode aumentar em até 34% as chances de a criança apresentar problemas de desenvolvimento relacionados à cognição e comportamento como motricidade fina, reconhecimento e uso de linguagens, coordenação, entre outros (Ballone, 2004).

Leal (2005) defende, que os bebés de mães deprimidas na gravidez se apresentam psicofisiologicamente e comportamentalmente menos desenvolvidos à nascença; verifica-se que as mães deprimidas durante a gravidez apresentam valores mais elevados de cortisol do que as mães não deprimidas, mas é agora também observada uma maior actividade fetal nos seus bebés durante o exame ecográfico realizado no segundo e terceiro trimestre de gestação (os fetos das mães deprimidas passam mais tempo em actividade, durante os 5º, 6º e 7º meses de gestação); partos prematuros e bebés com baixo peso à nascença são também encontrados no grupo de mães com depressão gravídica.

Diversos estudos atribuem o atraso no desenvolvimento da criança à depressão pós-parto.

Um estudo, realizado pelos cientistas da Universidade de West England, em Bristol, na Inglaterra, liderado por Toity Deave, analisou os registos médicos de 9.224 mulheres que tiveram seus filhos entre Abril de 1991 e Dezembro de 1992. Os pesquisadores recolheram informações sobre a situação psicológica das mães na 18ª e 32ª semana de gravidez e novamente depois de oito semanas e oito meses do nascimento. Quando as crianças atingiram 18 meses de idade, as mães completaram ainda cinco questionários sobre a saúde e desenvolvimento do bebé. Os resultados, indicavam que mulheres que passaram o período de gravidez deprimidas aumentavam em 50% as chances de ter filhos diagnosticados com problemas de crescimento (Ballone, 2004).

No entanto, os cientistas afirmaram que parte desse risco estaria relacionado com a influência da depressão pós-parto na saúde das crianças e por isso, fizeram uma nova análise para identificar o impacto da depressão pré-natal de maneira independente. Assim é essencial que médicos e parteiras tenham um papel activo em identificar e avaliar a condição psicológica das mães. É por

isso que alguns autores considerem a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da actividade sexual (Ballone, 2004).

6.3. Tratamento da depressão pré-parto

É recomendável durante a gravidez, evitar o uso de remédios para tratar até uma simples gripe. No entanto, no caso, do tratamento da depressão pré parto, o uso de medicamentos não deve ser descartado.

“Se os sintomas são leves e a mulher está começando a entrar no quadro de depressão, o tratamento mais aconselhável é o da psicoterapia, com sessões personalizadas que irão dar suporte para a mulher contornar o problema”, afirma a psiquiatra Florence Correa. Mas, quando a mulher procura tratamento tardiamente, nós costumamos tratar o problema com anti-depressivos que não prejudicam a saúde do bebê” (Basílio, 2010, p. 1).

Todavia, quando os sintomas começarem a aparecer, o mais saudável e recomendável é procurar um especialista de área médica para que o tratamento seja feito o mais rápido possível e de forma segura e tranquila para a futura mãe e para bebê. É relevante que a mãe tenha consciência de que a depressão pré-natal pode e deve ser um quadro passageiro para não interferir na formação da criança.

“No entanto, esperar que o ânimo venha sozinho pode ser arriscado. A depressão pré-natal, se não tratada, pode evoluir para um quadro de depressão pós-parto, dificultando na recuperação da mulher”, explica a especialista da Unesp a ginecologista Carolina Carvalho (Basílio, 2010, p. 1).

CAPÍTULO II – MÉTODO

Neste capítulo, iremos proceder à descrição de todos os procedimentos que caracterizaram a metodologia adoptada para a execução deste estudo.

1. Objectivos

O presente trabalho, pressupõe a formulação do seguinte problema de investigação:

- De que forma o período pré-parto afecta depressivamente as mães adolescentes e como encaram esta realidade?

Na base de realização do presente trabalho de investigação, estiveram presentes os seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

- Identificar a taxa de depressão no pré-parto em mães adolescentes e caracterizar as suas percepções maternas neste período

Objectivos Específicos:

- Caracterizar a depressão maternal no pré parto em mães adolescentes.
- Caracterizar a percepção maternal no pré parto em mães adolescentes.
- Identificar os factores sócio-demográficos que influenciam na depressão pré parto de mães adolescentes.
- Identificar os factores de percepção maternal que influenciam na depressão pré parto de mães adolescentes.

2. Desenho e método

Este estudo é de carácter transversal, tendo sido efectuado um único momento avaliativo: último trimestre de gravidez.

3. Participantes

A pesquisa efectuou-se nos centros de saúde da Fronteira, Cambanda, Antigos Combatentes e Materno Infantil localizados no Município de Benguela.

A amostra implicada no presente trabalho é constituída por 200 adolescentes primigestas menores de 18 anos e maiores de 13 que frequentaram a consultas pré-natais no período de Março á Abril e o mês de Julho de 2011. Foi motivo de exclusão o facto de as adolescentes serem múltiparas, gestantes com gravidez de risco e gestantes que não sabiam ler nem escrever português.

4. Instrumentos de recolha

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram, o pedido de autorização para realização de investigação, uma ficha de termo de consentimento informado, o questionário de caracterização sócio-demografico, questionário EPDS e questionário de Percepção da maternidade.

5. Procedimentos

A recolha de informações junto das adolescentes primigestas foi feita com a participação de profissionais de enfermeiros, que após instrução fizeram a captação da amostra, solicitando às adolescentes o seu consentimento. Posteriormente, informaram sobre o preenchimento dos questionários, esclareceram dúvidas e supervisionaram o processo de preenchimento. Referir que este processo teve a duração de aproximadamente dois meses.

6. Processo de análise e tratamento dos dados

O processo de análise e tratamento dos dados foi feito apoiado no programa de IBM SPSS statistics versão 19.

Após a recolha, foi criada uma base de dados sob a qual se efectuaram vários tratamentos estatísticos considerando as variáveis constantes na base de dados e que de seguida serão apresentados.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

Neste capítulo descrevem-se as características da amostra que foi incluída neste estudo, bem como se analisam estatisticamente os resultados obtidos em função da aplicação dos diferentes instrumentos de avaliação por nós utilizados.

Tabela1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

Variáveis	N	%
Estado Civil		
Solteiro	193	95,10
Casado	7	3,40
Habilitações literárias		
Ensino primário (1ª a 6ª classe)	53	26,10
Primeiro ciclo (7ª a 9ª classe)	91	44,80
Segundo ciclo (10ª a 13ª classe)	52	26,60
Ensino superior	4	2,00
Local de residência		
Centro da cidade	56	27,60
Zona A	41	20,20
Zona B	51	25,10
Zona C	17	8,40
Zona D	14	6,40
Zona E	16	7,90
Zona F	5	2,50
Trabalho Mãe		
Sim	10	4,90
Não	189	93,10
Profissão/Ocupação		
Funcionário público	6	3,00
Estudante	131	64,50
Domestica	56	27,60
Funcionário por conta de outrem	4	2,00
Funcionário por conta própria		
Planeamento da Gravidez		
Sim	17	8,40
Não	181	82,90
Coabitação com o pai do bebé		
Sim	48	23,60
Não	152	74,90
Pretensão de ter mais filhos		
Sim	161	79,30
Não	39	19,20
Luz em casa		
Sim	170	83,70
Não	30	14,80
Água em casa		
Sim	156	76,80
Não	43	21,20

Na Tabela 1 apresentam-se as características sócio-demográficas da amostra, podendo observar-se que:

Quanto ao estado civil da mãe 95,1% (n=193) são solteiras, e apenas 3,4% (n=7) são casadas.

Quanto às habilitações literárias da mãe 26,1% (n=53), têm o ensino primário; 44,8% (n=91) possuem o primeiro ciclo; 25,6% (n=52) têm o segundo ciclo e apenas 2,0% (n=4) o ensino universitário.

Quanto ao local de residência da mãe 27,6% (n=56) residem no centro da cidade; 20,2% (n=41) residem na zona A; 25,1% (n=51) residem na zona B; 8,4% (n=17) residem na zona C; 6,9% (n=14) residem na zona D; 7,9% residem na zona E (n=16); 2,5% (n=5) residem na zona F.

Quanto à situação laboral das gestantes, 4,9% (n=10) são trabalhadoras e 93,1% (n=189) não trabalham.

No tocante à profissão das gestantes, das 200 inquiridas, 3% (n=6) são funcionárias públicas; 64,5% (n =131) são estudantes, 27,6% (n=56) são domésticas, 2% (n=4) são funcionárias de outrem e 1% (n=2) funcionárias por conta própria.

Questionadas sobre a planificação da gravidez, 8,4%, (n=17) afirmaram terem planificado a sua gestação e 97,5% (n=181) afirmaram não terem planificado a sua gravidez.

As 200 gestantes foram questionadas se viviam com o pai do bebé e 23,6% (n=48) afirmaram que sim e 98,5% (n=152) que não.

Procurou-se saber se as gestantes se pretendiam ter mais filhos. Das 200 gestantes, 79% (n=161) revelaram que sim e 19,2% (n=39) que não.

Questionou-se as gestantes se possuíam luz em casa, tendo 83,7% (n=170) afirmado ter luz e 14,8% (n=30) não possuir luz em casa.

Quanto a água, das 200 gestantes inquiridas, 76,8% (n=156) possuem água em casa e 21,2% (n=43) não possuem água em suas moradias.

A Tabela 2 apresenta a incidência da sintomatologia depressiva pré-natal, avaliada pela EPDS, podendo verificar-se que 39,9% (n=81) das gestantes não tem depressão e 58,6% (n=119) têm depressão.

Tabela 2. Incidência da sintomatologia depressiva

Depressão	N	%
Sem depressão	81	39,9%
Com depressão	119	58,6

A Tabela 3 descreve a relação entre sintomatologia depressiva e percepção materna, onde constatou-se que sete variáveis referentes a percepção materna estão relacionadas de modo significativo com a sintomatologia depressiva.

Assim a média de depressão das mães que lamentou estar grávida (M=12,75) é maior que as mães que não lamentaram o facto de estar grávida (M=8,39). Esta diferença é estatisticamente significativa $t=6,530$, $gl=192,903$, $p<0,001$.

A média de depressão das mães que se sentiram envergonhadas no que refere ao relacionamento sexual (M=11,56) é maior que as mães que não se sentiram envergonhadas no que refere ao relacionamento sexual (M=9,50). Esta diferença é estatisticamente significativa $t=2,864$, $gl=190,257$, $p=0,005$

A média de depressão de mães que se têm sentido felizes por terem ficado grávidas (M=9,59) é menor que as mães que não se sentiram feliz por terem ficado grávidas (M=12,08). Esta diferença é estatisticamente significativa $t= -3,528$, $gl=176,878$, $p<0,05$).

A média de depressão das mães que pensa ter mais filhos ($M=9,75$) é menor em comparação com as mães que não pensa ter mais filhos ($M=14,50$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t= -5,009$, $gl=198$, $p<0,05$).

A média de depressão das mães que acha desagradável estar grávida ($M=12,08$) é maior que a média das mães que acha não ser desagradável estar grávida ($M=9,37$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t=3,755$, $gl=198$, $p<0,001$.

A média de depressão das mães que sentem que a relação sexual é desagradável ($M=11,69$) é maior que a média das mães que não sentem a relação sexual desagradável ($M=9,86$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t=2,407$, $gl=198$, $p<0,05$).

A média de depressão das mães que sentem que seu marido ou companheiro sai demasiadas vezes sem elas ($M=11,52$) é maior em comparação com as mães que sentem que seus maridos ou companheiros não saem demasiadas vezes sem elas ($M=9,42$). Esta diferença é estatisticamente significativa $t=2,907$, $gl= 198$, $p<0,05$).

Tabela 3. Relação entre Sintomatologia Depressiva e Percepção Materna

Questões	N	MEPDS	t	gl	p
1. A ideia de não vir a ser uma boa mãe					
Sim	144	10,60	0,595	107,841	ns
Não	53	10,13			
2. Deseja sexualmente o marido/companheiro					
Sim	158	10,24	1,341	197	ns
Não	41	11,46			
3. Acha que seu cheiro tem um cheiro agradável					
Sim	160	10,22	-1,505	197	ns
Não	39	11,62			
4. Lamentou estar grávida					
Sim	96	12,75	6,530	192,903	< 0,00
Não	103	8,39			
5. Acha que seus seios estão demasiados pequenos					
Sim	48	10,50	0,011	197	ns
Não	151	10,49			
6. Acha que seus seios estão demasiados grandes					
Sim	143	10,87	1,658	197	ns
Não	56	9,52			
7. Faz alguma coisa para cuidar do seu corpo					
Sim	190	10,65	1,697	198	ns
Não	10	7,80			
8. Se respondeu sim a questão anterior diga que Cuidados tem com seu corpo					
Sim	8	9,50	- 0,559	198	ns
Não	192	10,55			
9. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual					
Sim	101	11,56	2,864	190,257	0,005
Não	98	9,50			
10. A ideia de usar roupas de grávidas agradou-lhe					
Sim	121	9,79	-2,620	194,299	ns
Não	79	11,62			
11. Tem-se sentido feliz por ter ficado grávida					
Sim	126	9,59	-3,528	176,878	0,001
Não	74	12,08			
12. O marido/companheiro ajuda-a em casa					
Sim	135	9,79	-1,264	178	ns
Não	45	10,93			
13. Pensa ter mais filhos					
Sim	168	9,75	-5,009	198	<0,001
Não	32	14,50			
14. Estar grávida foi desagradável para si					
Sim	84	12,08	3,755	198	< 0,001
Não	116	9,37			
15. Sente que a relação sexual é desagradável para si					
Sim	71	11,69	2,407	198	0,017
Não	129	9,86			
16. Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si					
Sim	104	11,52	2,907	198	0,004
Não	96	9,42			
17. Sente-se bem com seu corpo					
Sim	167	10,28	-1,400	198	ns
Não	33	11,67			
18. Pensa que sua vida irá ser mais difícil depois do bebê nascer					
Sim	58	10,29	-0426	142,238	ns
Não	142	10,60			
19. Consegue dormir bem					
Sim	134	10,46	-0162	96,585	ns
Não	66	10,6			

MEPDS: Média da sintomatologia depressiva avaliada pelo EPDS

A Tabela 4 descreve a relação entre sintomatologia depressiva e variáveis socio-demográficas, verificando-se que apenas uma delas demonstrou estar relacionada de modo significativo com a sintomatologia depressiva.

Assim, verifica-se que a média de depressão das mães que trabalham (M=11,40) é maior que a média das mães que não trabalham (M=10,44). Esta diferença é estatisticamente significativa ($t= 0,865$ $gl=11,657$, $p= 0,019$).

Tabela 4. Relação entre sintomatologia depressiva e variáveis sócio-demográficas

Variáveis	N	MEPDS	t	gl	p
Situação de trabalho da mãe					
Sim	10	11,40	0,865	11,657	0,019
Não	189	10,44			
Planeamento da gravidez					
Sim	17	12,35	1,516	196	ns
Não	181	10,35			
Vive com o pai do bebé					
Sim	48	9,58	-1,418	198	ns
Não	152	10,80			
Tem luz em casa					
Sim	170	10,40	-0,927	54,152	ns
Não	30	11,13			
Tem água em casa					
Sim	156	10,39	-0,675	80,931	ns
Não	43	10,93			
Pretende ter mais filho					
Sim	161	10,22	-1,622	198	ns
Não	39	11,72			

MEPDS: Média da sintomatologia depressiva avaliada pelo EPDS

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

A fase da discussão vem a ser uma etapa bastante relevante e que requer muita atenção, por representar um período fundamental no processo de investigação, uma vez que nos permite confrontar as hipóteses inicialmente formuladas com os dados da investigação.

Assim, neste capítulo, procede-se à análise e discussão dos resultados em função dos objectivos traçados.

De seguida são apresentados e analisados ao pormenor os indicadores das variáveis sócio-demográficas das mães adolescentes inquiridas, dados bastante importantes para a compreensão da situação psicológica da população em causa, pois, já anteriormente vimos que a depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez e o período puerperal e está associada a factores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, falta de suporte social, eventos estressores e história de violência doméstica (Ballone, 2004).

Assim, é importante referir que a variável estado civil, revela que das 200 mães inquiridas, 193 que perfazem um total de 95,1% são solteiras o que representa um dado bastante preocupante e remete para a hipótese de que a falta de um parceiro ou seja de um suporte social a que faz menção Ballone (2004) é bastante significativo para se explicitar a questão da depressão nas mães adolescentes aqui implicadas.

Outra variável não menos importante a se ter em conta diz respeito à escolaridade das mães adolescentes, onde vemos que das 200 mães inquiridas, apenas 4 que correspondem a 2% possuem a frequência do ensino superior, outro universo na ordem dos 98% têm o seu historial académico até à 13ª classe, sendo que o maior número recai para a 7ª e 8ª classe com 44,8%, sendo para o ensino primário (até a 6ª classe) 26,1% e ensino médio com 25,6%. Estes dados nos remetem a uma certa preocupação de que o nível de escolaridade é fundamental para a gestão de situações de stress. Segundo

Ballone (2004) o baixo nível de escolaridade é uma variável fundamental a se ter em conta ao se analisar a depressão nas mães adolescentes, pois, na sua óptica é mais propenso ocorrer depressão pré-parto em adolescentes com um nível de escolaridade baixa.

O facto de a mãe trabalhar ou não é outra variável muito relevante na compreensão do fenómeno em causa. Do inquérito feito comprovou-se que maior parte das mães adolescentes (93,1%) não trabalham e apenas 4,9% trabalham. Essa realidade nos remete a ideia de que a falta de emprego que funciona como fonte de renda e de afirmação social pode ser um dos grandes factores que tenham forte implicância na vida psicológica das gestantes, concorrendo assim também para o surgimento da depressão pré-parto.

O planeamento familiar representa sem sombra de dúvida outro elemento a considerar ao se compreender a depressão das gestantes adolescentes, pois, o inquérito provou que maior parte das mães adolescentes não fizeram a planificação da sua gravidez e apenas 8,4% das 200 gestantes inquiridas o fizeram. Este facto é um dos factores que leva muitas vezes as gestantes adolescentes a situações de depressão. Aliada a esta realidade, vem a falta do apoio do parceiro, ou seja, muitas gestantes adolescentes não vivem com seus parceiros o que pressupõe o não apoio dos mesmos. Esta é outra variável que contribui consideravelmente na vida psicológica das gestantes adolescentes.

A seguir veremos os dados de maior referência, que estabelecem a relação da depressão pré parto com a percepção materna. Onde começamos por analisar a média em depressão das mães que lamentou estar grávida que é maior que as mães que não lamentaram o facto de estar grávida. Este dado é bastante relevante para a compreensão do fenómeno depressão, pois, remete-nos para a ideia de que as mães alcançaram a sua gravidez sem a devida planificação ou preparação para o efeito, o que evidenciam claramente a facilidade para a presença de um quadro depressivo. Já Basílio (2010, p. 1) citando Florence Karr sublinhou: "Durante a gravidez, a mulher tem inúmeras preocupações, mas a depressão vem, na maioria das vezes, para aquelas que já passaram por um quadro de sintomas depressivos ou que tem tendências ao problema. O agravamento da doença está associado ainda a condições externas, como por

exemplo, uma gravidez indesejada ou inesperada. Problemas financeiros, dificuldades com o marido, falta de suporte familiar, tudo isso acentua o estado de depressão" enfatiza ainda, que a depressão pré-natal é mais frequente quando a futura mãe se sente sem preparação, mas pode acontecer com mulheres mais velhas que, inclusive, já são mães.

Outro dado relevante prende-se com a média em depressão das mães que pensa em ter mais filhos que é significativamente menor em comparação com as mães que não pensa em ter mais filhos. Esta realidade nos remete a uma séria reflexão, pois, evidência a falta de uma experiência positiva e ou plausível da primeira gestação. Mostra que maior parte das mães viveu situações dolorosas, difíceis que lhes levam a não quererem experimentar de novo tal realidade. Como acima ficou plasmado nos dizeres de Florence, e associando-a à questão acima analisada, concluímos que uma gravidez não desejada, a falta de condições financeiras, dificuldades com o marido, falta de suporte familiar entre outros problemas são as razões que estarão associadas à decisão de não quererem ter mais filhos.

Bastante significativa é também a diferença de média da sintomatologia depressiva das mães para quem estar grávida é desagradável, que é maior em comparação com a média das mães para quem estar grávida não é desagradável. Estes dados estatísticos vêm dar suporte à realidade de que a falta de conhecimentos, de preparação para uma vida nova a ser vivida é de facto bastante essencial para a não observância de posterior de quadros depressivos. Já ficou claro essa realidade nos dados acima abordados, onde pode-se ver que quadro como este fazem a adolescente experienciar momentos difíceis de sofrimento e dor de frustração e arrependimento, sintomas típicos de um quadro de depressão.

Quanto à média da depressão das mães que sentem que o seu marido ou companheiro sai demasiadas vezes sem elas, é maior em comparação com as mães que sentem que seus maridos ou companheiros não saem demasiadas vezes sem elas. A presença de uma diferença que é significativa, realça a falta de apoio do companheiro. Esta realidade é bastante preocupante, pois, a falta

do apoio do parceiro é factor preponderante para a presença da depressão das mães adolescentes.

A média de depressão das mães que trabalham é maior que a média das mães que não trabalham. Sendo que esta diferença é significativa e refere-se a uma realidade bastante importante para a compreensão do estado psicológico das adolescentes gestantes; pois, faz parte de uma série de factores externos que favorecem a presença da depressão pré-parto.

No que diz respeito à taxa de prevalência de depressão encontrada neste estudo é de 58,6%. De um modo geral os estudos apontam para taxas de depressão na ordem dos 23% para mulheres. O que realça o nível considerado alto em termos de prevalência de depressão pré-natal, sendo para tal necessária uma atenção mais séria a esse respeito

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo teve como principal propósito analisar a depressão e percepção maternal no pré-parto em mães adolescentes.

Em jeito de conclusão, podemos sintetizar os aspectos mais salientes da nossa investigação:

- Constatou-se a existência de uma alta taxa de prevalência de depressão (58,6%) em adolescentes no pré-parto;
- Os factores que influenciam na depressão pré-natal são: a falta de condições socioeconómicas, a ausência de apoio familiar, a não coabitação com o parceiro, o baixo nível de escolaridade, a falta de planificação da gravidez e a falta de ocupação laboral;

Assim, uma vez, que as nossas conclusões nos permitem evidenciar que a ocorrência deste fenómeno tem uma elevada expressão, pelo que gostaríamos de concluir deixando algumas recomendações que a nosso ver poderiam ser importantes para a intervenção nesta problemática:

1. Recomenda-se que haja maior divulgação sobre a depressão pré-parto, suas causas e consequências;
2. Recomenda-se por parte das entidades competentes uma intervenção urgente em assistência médica, psicológica em mães adolescentes tendo em conta a taxa de depressão encontrada (58,6%);
3. Recomenda-se enquadramento urgente dos psicólogos clínicos recém-formados nos centros maternos infantis, hospitais, entre outros.
4. Recomenda-se que estudos do género, com maior abrangência devem ser continuados e com envolvimento de entidades da saúde e educação, dado significância da mesma para o bem-estar da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alice I. (2007). Adolescência e Adultos, disponível em <http://adolescenciaeadultos.zip.net/>.

Ballone, G. (2004). Infância e Adolescência. *Gravidez na Adolescência*, disponível em <http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc3.html>.

Bandura, A. (1991). Human agency: the rethoric and the reality. *American Psychologist*, 157-162.

Barreto, J.T. (1973). Classificação Nosológica das depressões: aspectos actuais: II Colóquio sobre Depressões e seu Tratamento, 23-37.

Basilio, A. (2010). Depressão pré-natal afecta 10% das gestantes brasileiras, disponível em <http://www.minhavidacom.br/saude/materias/11207-depressao-prenatal-afeta-10-das-gestantes-brasileiras>

Bbcbrasil.com. Depressão pré-natal pode retardar desenvolvimento do bebê, disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/06/printable/080627_gravidezdepressao_np.shtml

Beck A., Rush A., Shaw,B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Bleichman, H.B. (1983). *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Colman, A., & Colman, L. (1994). *Gravidez. A experiência psicológica*, Lisboa: Colibri.

Coyne, J.C. (1976). Toward an international description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.

Fábio, E. Depressão pré-natal pode retardar desenvolvimento do bebê, disponível em: http://fabioespiritismo.blogspot.com/2008_06_01_archive.html

Falcone, V. M., Mader, C. V. N., Nascimento, C. F. L., Mota, J., Santos M., & Nóbrega, F. J. (2005) Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes, Centro de Promoção e Atenção à Saúde. Instituto de Ensino e Pesquisa. Hospital Albert Einstein. São Paulo, Brasil.

Freitas, G. V. S., & Botega N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. Campinas, Brasil.

Gouveia, J.A.V.P. (1990). Factores cognitivos de vulnerabilidade para a Depressão: Estudo da sua interacção com os acontecimentos de vida. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica. Coimbra: Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação.

Guz, I. (1990). Depressão: O que é, como se diagnostica e trata. São Paulo. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=261754&indexSearch=ID>

Lira, F. C. (2012). Etapas da adolescência, disponível em <http://www.colegiointegracaoonline.com.br/ci/2012/04/etapas-da-adolescencia/>.

Pereira, P. K., & Lovosi, G.M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e factores associados, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=pt&nrm=iso

Maakaroun, M. F: (2006) Adolescencia e as vicissitudes do seculo XXI, disponível em <http://www.saudedejovens.com.br/>.

Nezan, M. D. (2011). Adolescência, família e educação: "Pai, não vêes que estou chamando".

Rehm, L.P. (1977). A self-control of depression. Behavior Therapy, 8, 787-804.

Relvas, J.S. (1985). Locus de controlo e Depressão, influência das expectativas de controlo de reforço na etiopatogenia e manifestações da Depressão. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina, Coimbra.

Seitz, F.C. (1971). Behavior modification techniques for treating depression: Psychotherapy Theory. *Research and Practice*, 8, 181-184.

Shapiro, M.B. (1962). Neufeld L. Experimental study of depressive illness. *Psychol. Rep*, 10, 5-90.

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behaviour*. New York: Free Press.

Teixeira, J.A.C., & Resende, I.P. (1985). Depressões: alguns aspectos fenomenológicos e existenciais. *Psiquiatria Clínica*, 217-221.

Teixeira, J.A.C., & Branco A. (1989). Fenomenologia da dor moral. *Psiquiatria Clínica*, 31-34.

Vaz Serra, A. (1989). Estados de tensão emocional, solidão e sentimentos depressivos. *Psiquiatria Clínica*, 10 (3), 149-155.

Vitalle, M.S.S., & Amâncio, O. M. S. (2004), Gravidez na Adolescência, disponível em <http://www.pjpp.sp.gov.br/2004/artigos/11.pdf>.

ANEXOS



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

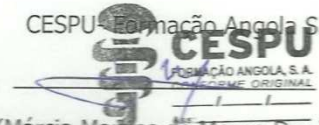
Benguela, 02 de Fevereiro de 2011

Vimos por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição para a realização da componente prática do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, promovido pela CESPUM sob a orientação da docente Mestre Florbela Teixeira.

O trabalho visa avaliar a sintomatologia depressiva na gravidez e no pós-parto. Para tal, solicitamos autorização para que se possam realizar entrevistas às mães que voluntariamente concordem em participar no estudo.

Certa de que considerará o nosso pedido com a maior consideração, subscrevemo-nos agradecendo desde já a atenção disponibilizada.

Com os melhores cumprimentos,

CESPUM Formação Angola S.A

CESPU
FORMAÇÃO ANGOLA, S.A.
FORMAÇÃO ORIGINAL
(Márcia Martins de Moura, Dra.)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ abaixo assinado depois de ter sido completamente informado(a) sobre os objectivos e procedimentos do estudo “depressão na gravidez e da depressão pós-natal” que está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, declaro que voluntariamente concordo em colaborar nesse estudo, sendo garantida a confidencialidade dos meus dados.

Benguela, __ de _____ de 2011

Questionário de caracterização sócio-demográfica

Código do sujeito _____

Mãe Pai

Data ___/___/___

Nome do Entrevistador _____

MAE	PAI	BEBÉ
Idade da Mãe	Idade do Pai	Idade do Bebê
Data de nascimento da mãe	Data de nascimento do pai	Data de nascimento do bebê
Estado civil	Estado civil	Sexo do bebê
Habilitações literárias	Habilitações literárias	Peso
Local de residência	Local de residência	Comprimento
Trabalha?	Trabalha?	Vacinas
Profissão?	Profissão?	
Número de gravidezes	Nº de filhos	
Nº de filhos	A gravidez foi planeada?	
Último parto	Vive com a mãe do bebê?	
Tipo de parto	Pretende ter mais Filhos?	
Onde fez o parto	Tem luz em casa?	
Foi gravidez de termo?	Tem água em casa?	
A gravidez foi planeada?		
Vive com o pai do bebê?		
Pretende ter mais Filhos?		
Tem luz em casa?		
Tem água em casa?		

EPDS

Código do sujeito _____ Mãe Pai Data __/__/__

Nome do Entrevistador _____

Como teve recentemente um bebé, gostaríamos de saber como se sente. Por favor, marque a resposta que melhor indique o modo como se sente desde há 7 dias e não apenas hoje.

Aqui está um exemplo:

Senti-me feliz

- Sim, sempre
- Sim, quase sempre
- Não, poucas vezes
- Não, nunca

Isto quereria dizer: "Senti-me feliz quase sempre durante os últimos sete dias. Por favor, complete as outras questões do mesmo modo.

Desde há 7 dias:

1. Tenho sido capaz de me rir e ver o lado divertido das coisas
 - Tanto como antes
 - Menos do que antes
 - Muito menos do que antes
 - Nunca
2. Tenho tido esperança no futuro
 - Tanta como sempre tive
 - Bastante menos do que costumava ter
 - Muito menos do que costumava ter
 - Quase nenhuma
3. Tenho-me culpada(o) sem necessidade quando as coisas correm mal
 - Sim, a maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Raramente
 - Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa(o) ou preocupada(o) sem motivo
- Não, nunca
 - Quase nunca
 - Sim, por vezes
 - Sim; muitas vezes
5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada(o) sem grande motivação
- Sim, muitas vezes
 - Sim, por vezes
 - Não, raramente
 - Não, nunca
6. Tenho sentido que são coisas demais para mim
- Sim, a maioria das vezes não tenho conseguido resolvê-las
 - Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como dantes
 - Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
 - Não, resolvo-as tão bem como dantes
7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal
- Sim, quase sempre
 - Sim, por vezes
 - Raramente
 - Não, nunca
8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz
- Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Raramente
 - Não, nunca
9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro
- Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Só às vezes
 - Não, nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma(o)
- Sim, muitas vezes
 - Por vezes
 - Muito raramente
 - Nunca

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA MATERNIDADE

Com vista à realização de uma pesquisa sobre ajustamento à gravidez/pós-parto, solicito a sua colaboração no sentido de responder às perguntas abaixo, com absoluta sinceridade.

	sim	não
1. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a?		
2. Deseja sexualmente o marido/Companheiro?		
3. Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?		
4. Lamentou estar grávida?		
5. Acha que os seus seios estão demasiado pequenos?		
6. Acha que os seus seios estão demasiado grandes?		
7. Faz alguma coisa para cuidar do seu corpo?		
8. Se respondeu sim à questão anterior diga que cuidados tem com o seu corpo?		
9. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?		
10. A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?		
11. Tem-se sentido feliz por ter ficado grávida?		
12. O marido/companheiro ajuda-a em casa?		
13. Pensa ter mais filhos?		
14. Estar grávida foi desagradável para si?		
15. Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
16. Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si?		
17. Sente-se bem com o seu corpo?		
18. Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?		
19. Consegue dormir bem?		