

**JOÃO CUIOVOLA GABRIEL**

**DEPRESSÃO E AJUSTAMENTO MATERNAL NA FASE FINAL DA  
GRAVIDEZ DE MULHERES MULTÍPARAS**

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-NORTE**

**GANDRA, PORTUGAL 2012**

## LOMBADA

<b>ISCS-NORTE</b> <b>JOÃO C. GABRIEL</b>	<b>DEPRESSÃO E AJUSTAMENTO MATERNAL NA FASE FINAL DA GRAVIDEZ DE MULHERES MULTÍPARAS</b>		<b>2012 GANDRA</b>
---	--	--	--------------------

**DEPRESSÃO E AJUSTAMENTO MATERNAL NA FASE FINAL DA  
GRAVIDEZ DE MULHERES MULTÍPARAS**

**JOÃO CUIOVOLA GABRIEL**

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 SOARES TEIXEIRA**

**GANDRA, PORTUGAL 2012**

## RESUMO

A depressão é um transtorno mental comum durante a gravidez, associado com diversos factores que podem pôr em risco a vida da mãe e/ou do feto.

Participaram neste estudo 200 mulheres que se encontravam na 36<sup>a</sup> semana de gravidez que beneficiavam da consulta externa de obstetrícia no Centro Materno Infantil, Centro Médico da Cambanda e o Centro Materno Infantil da Nossa Senhora da Graça, no município de Benguela no período compreendido entre Março e Maio de 2011.

Para a colecta de dados foram aplicados de forma individual um conjunto de instrumentos com o objectivo de avaliar e quantificar as diferentes variáveis sócio-demográficas, prevalência da sintomatologia depressiva e as percepções da maternidade.

Verificou-se que 57,5% das inquiridas num total de 115 não apresentam sintomatologia depressiva e 42,5% das inquiridas totalizando 85 apresentam.

Algumas variáveis estudadas relativamente às percepções maternas parecem estar relacionadas com a manifestação de sintomatologia depressiva nas mulheres grávidas, como, a pretensão de ter mais filhos, a lamentação da gravidez, não se sentir feliz pela gravidez, o pensamento de não ter mais filhos, a relação sexual desagradável, o sentimento de abandono por parte do marido e o facto de as mulheres grávidas pensarem que a vida iria ser mais difícil depois de o bebé nascer.

**Palavras-chave:** depressão, gravidez, prevalência, factores de risco.

## ABSTRACT

The depression is a common mental upset during the pregnancy, associated with several factors that can put in risk the life of the mother and/ or of the fetus.

Participated in this study 200 women that were in the 36<sup>th</sup> week of pregnancy that benefited of the external consultation of obstetrics in the Infantile Maternal Centre, Medical Centre of *Cambanda* and the Infantile Maternal Centre of *Nossa Senhora da Graça*, in the Municipal district of Benguela; they were in consultation in the period between March and May of 2011.

For collecting data we applied individually a group of instruments to evaluate and quantify different demographic variables, prevalence of the depressive symptoms and their perceptions of maternity.

It was verified that 57,5% of the inquire in a total of 115 don't present symptoms of depression and 42,5% of the inquire totalling 85, present depression symptoms.

Some maternal perceptions seem to be related with the manifestation of depressive sintomatology in the pregnant women, such as: the pretension of having more children, the lamentation of the pregnancy, not to feel happy for the pregnancy, the thought of not having more children, the unpleasant sexual relationship, the feeling of abandonment on the part of the husband and the fact of the pregnant women think that life would be more difficult after the baby be born.

**Key-words:** Depression, pregnancy, prevalence, risk factors

## AGRADECIMENTOS

Expresso a minha gratidão a todos quanto contribuíram na concretização dos meus objectivos como estudante, especialmente:

Os meus familiares (Pais de triste memória, Esposa, Filhos e Irmãos) pela paciência, carinho, colaboração e compreensão manifestada durante o período da elaboração do presente trabalho;

À direcção da Cooperativa do Ensino Superior Politécnico Universitário (CESPU);

A todos os professores do Departamento de Psicologia do Instituto Superior Politécnico da Saúde Norte, que nos anos de convivência, muito me ensinaram, contribuindo desta forma para o meu crescimento científico e intelectual;

À orientadora deste trabalho a Doutora Florbela Teixeira pela atenção e apoio durante o processo de definição e orientação;

Às direcções do Centro Materno Infantil, Centro Médico da Cambanda e o Centro Materno Infantil da Nossa Senhora da Graça no Município de Benguela-Angola, por terem permitido a realização do trabalho de campo;

À minha colega, Bernarda Paulo e ao meu filho Avelino Cachova Figueiredo, pelo companheirismo o meu apreço;

Aos colegas, amigos e a todos aqueles que directa e indirectamente auxiliaram para que fosse possível a elaboração deste trabalho;

A todos, o meu profundo agradecimento.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

QPM-Questionário da Percepção da Maternidade

EPDS-Edinburgh Postnatal Depression Scale

OMS-Organização Mundial da Saúde

## ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	iv
ABSTRAT.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vii
ÍNDICE GERAL.....	viii
INDICE DE ANEXOS.....	x
INDICE DE TABELAS.....	xi
INTRODUÇÃO .....	12
CAPÍTULO I—ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1-Definição da Depressão .....	14
1.1-Diferentes Concepções da Depressão durante a Gravidez.....	15
1.2-Mudanças Psicológicas Durante a Gravidez.....	16
1.3-Ajustamento da Mulher à Gravidez.....	18
1.4-A Percepção do Papel Maternal.....	19
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	20
2.1-Objectivos.....	20
2.2-Questões de Investigação.....	21
2.3-Desenho e Método.....	21
2.4-Participantes.....	21
2.5-Materiais ou Instrumentos de Recolha de Dados.....	21
2.5.1-Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica.....	21
2.5.2-Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	22
2.5.3-Questionário de Percepção da Maternidade.....	22
2.6-Procedimentos.....	23
2.7-Processos de Tratamento e Análise dos Dados.....	23



CAPÍTULO III- RESULTADOS.....	24
3.1- Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	24
3.2- Caracterização da Amostra Relativamente a Percepção da Maternidade .....	27
3.3- Caracterização da Depressão Durante a Gravidez com base no Questionário do Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	30
3.4- Variáveis Sócio-Demográficas Associadas com a Depressão.....	30
3.5- Relação da Depressão com as Variáveis das Percepções Maternas .....	31
CAPÍTULO IV-DISCUSSÃO .....	34
CONCLUSÕES.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
ANEXOS.....	41

## INDICE DE ANEXOS

Anexo1-Declaração.....	41
Anexo2-Termo de Consentimento Informado.....	42
Anexo3-Questionário de Caracterização Sócio-demográfica.....	43
Anexo4-Questionário de Percepção da Maternidade .....	44
Anexo5-Questionário de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	45

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1-Characterização sócio-demográfica da Amostra.....	25
Tabela 2-Characterização da Amostra com Base no Questionário da Percepção da Maternidade (QPM).....	28
Tabela 3-Prevalência da Depressão de acordo com a EPDS.....	29
Tabela 4-Relação da depressão e variáveis sócio-demográficas.....	30
Tabela 5-Relação da depressão com as percepções maternas.....	32

## INTRODUÇÃO

O'Hara et al. (1983) consideraram a gravidez como um período de transição onde se verificam enormes mudanças e ajustamentos físicos e psicológicos na vida da mulher e da família. O senso comum, em geral, defende que a gravidez é um momento que proporciona mais união no casal. No entanto, estudos têm revelado que em muitas relações estas expectativas não se confirmam. Há uma forte evidência do facto de o ajustamento psicológico e afectivo da mulher, antes e durante a gravidez, estar associado a perturbações psicológicas que inevitavelmente podem interferir na própria relação do casal.

Tal como afirmam Baptista et al. (2004), durante a gravidez também se observam diversas mudanças fisiológicas nomeadamente, a variação hormonal, o que pode causar mudanças orgânicas e comportamentais significativas assim como, a ocorrência de sintomas de depressão.

Relativamente aos sintomas depressivos na gravidez, para Alvorado et al. (1993) e Coverdale et al. (1996) a ansiedade, baixa concentração, irritabilidade, fadiga, mudança no apetite, insónia ou hipersónia e perda de energia, são de igual modo sintomas gestacionais, não obstante a dificuldade que se levanta se os referidos sintomas fazem parte de um quadro grávidico ou depressivo já que muitos dos sintomas se sobrepõem. Por outro lado, a maioria dos estudos de depressão em mulheres grávidas não estabelecem diferença dos sintomas depressivos quando comparados a mulheres não grávidas.

Ainda durante a gravidez, há estudos que revelam casos de sintomas depressivos relacionados com alguns factores de risco, como por exemplo, gravidez indesejada, insatisfação na relação entre o casal e antecedentes pessoais de depressão, aspectos negativos vivenciados durante a gravidez, pouco apoio emocional, solidão, menor idade, ser solteira, baixo nível académico, menor nível socioeconómico, partos distócicos anteriores (Alvorado et al., 1993).

Outros estudos revelam que a depressão pós-parto é a que está no centro das atenções dos pesquisadores, porém, a depressão durante a gravidez pode ser considerada como uma questão de capital importância para a saúde pública, por constituir um factor de risco para a depressão pós-parto e deve ser tratada antes do nascimento do bebé, porque a depressão que ocorre durante a gravidez pode causar baixo peso ao nascer, prematuridade e afectar o desenvolvimento do bebé (Pereira & Lovisi, 2008).

Assim é que, a presente investigação tem como tema “*Depressão e ajustamento maternal na fase final da gravidez em mulheres múltiplas*”.

O presente trabalho está estruturado nos seguintes capítulos: introdução, enquadramento teórico, método, resultados, discussão, conclusões, considerações finais referências bibliográficas e anexos.

Na introdução fez-se uma descrição clara e resumida da presente investigação. No enquadramento teórico expõe-se o marco teórico da pesquisa bibliográfica que fundamenta o problema da presente investigação. Já no Capítulo referente a método destacam-se os aspectos metodológicos utilizados, a descrição e caracterização da amostra, os procedimentos estatísticos empregues, assim como os instrumentos utilizados. No capítulo referente aos resultados, apresentam-se os dados resultantes das análises estatísticas efectuadas. Na discussão apresenta-se o resumo das conclusões tiradas sobre os resultados obtidos e o seu significado em comparação com os resultados encontrados na revisão da literatura. Nas conclusões apresentam-se as implicações práticas dos resultados. Nas referências bibliográfica apresentam-se todas as referências bibliográficas citadas ao longo do trabalho. Por último, apresentam-se os anexos onde se encontram os questionários utilizados durante a recolha de dados.

## CAPÍTULO I--ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1-Definição da Depressão

Segundo Viçoso (2008), a depressão é caracterizada como uma modificação profunda do humor no sentido da tristeza, do sofrimento moral e da lentificação psicomotora. Para este autor, a depressão faz parte das doenças mentais que mais perturbam a população de todas as idades e pode afectar tanto a criança pequena como a pessoa idosa. Defende que os seus sintomas podem ser, muito nítidos ou dissimulados, o que complica em alguns casos o seu tratamento.

Para Viçoso (2008), a depressão geralmente é acompanhada de ansiedade, prolongando no paciente uma impressão dolorosa de impotência global e fatalidade desesperante, impulsiona-o, e pode mesmo causar delírio ao sujeito, sentimentos de culpa, indignidade e auto menosprezo, com maior propensão ao suicídio.

Estudos feitos por Alvarez (2001) revelam que a depressão é considerada como o principal motivo da procura da ajuda, tanto psicológica como psiquiátrica.

Isto se justifica, tendo em conta que a sintomatologia depressiva pode remeter o indivíduo à vivência de situações de sofrimento e incapacidade intensas, como se pode observar no texto a seguir:

«Quem está deprimido perde o apetite, reduz a alimentação, emagrece, tem insónias e o sofrimento melancólico agudiza-se nas primeiras horas da manhã para se atenuar à tarde. O humor é triste, e até abatido; o sentimento de impotência e de desespero não é influenciado pelos acontecimentos, mesmo quando são favoráveis. Diminui o impulso para procurar qualquer género de prazer e desaparece o desejo de experiências, anteriormente apreciadas com agrado. Compromete-se a capacidade de usufruir daqueles acontecimentos que eram fonte de satisfação. O deprimido vê anular-se a capacidade de gozar algum prazer: assim, bloqueia-se uma das molas especiais que impelem para a acção; a existência esvazia-se de todo o significado» (Cassano citado por Canova, 1998, p.15).

Dados apontados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), revelam que no mundo, o número de mulheres que sofrem de depressão é duas vezes maior do que o número de homens. A principal característica da depressão, é o humor deprimido. Quem está deprimido possui baixa frequência de comportamentos como, ter relações sociais, falar, andar e outros comportamentos.

Baptista (2004) definiu a depressão como um transtorno psiquiátrico que apresenta uma incidência de 5% da população em geral, que se manifesta devido a vários factores de risco como género, aspectos neuroendocrinológico, estratégias de enfrentamento indicadores familiares e sociais.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2000) a depressão é descrita como um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. O sujeito deve igualmente experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso; sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar; concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas.

### **1.1-Diferentes Concepções da Depressão durante a Gravidez**

De acordo com Pereira e Lovisi (2008), o período da gravidez não é marcado apenas por alegrias e realizações. Para eles a depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez, associando-se a factores de risco, como antecedentes psiquiátricos, dificuldades financeiras, baixo nível académico, gravidez na adolescência, falta de suporte social, acontecimentos estressores e história de violência doméstica.

Estudos realizados por Baptista et al. (2004) revelam que as mulheres apresentam mais sintomas de depressão do que os homens e alguns factores sociais, comportamentais e biológicos são apontados para o desencadeamento e manutenção da depressão. A gravidez é um factor relevante no desenvolvimento da depressão feminina, tendo em conta, que a gestação e o parto são factores estressantes.

A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez, variando de 10% a 20%, e pode estar associada a factores como história prévia de depressão, características sociodemográficas como, baixa renda, desemprego, complicações obstétricas, eventos estressantes, dificuldades financeiras, violência doméstica, história familiar de depressão, (Daher, Baptista & Dias, 1999). Para Gotlib et al. (1989), quase 10% das mulheres grávidas observam sintomas de depressão, situação que deve merecer uma especial atenção para o diagnóstico e tratamento. Para Alami et al. (2006), além de a depressão durante a gravidez ser mais frequente, ela é o principal factor de risco à depressão pós-parto, sendo esta, muitas vezes, uma continuação da depressão iniciada na gestação.

Alvorado et al. (1993) e Kumar et al. (1984) apontam as perturbações do sono e apetite, labilidade emocional, os antecedentes psiquiátricos, descontentamento com a gravidez, eventos vitais negativos vivenciados, baixo apoio emocional, ser solteira, viver sozinha, baixo nível académico e socio-económico, menor de idade, atitudes negativas, a

história de abortos anteriores, partos problemáticos, como factores de risco para o desenvolvimento da depressão durante a gestação.

Carpenito (1998), nos seus estudos revela que os sintomas de ansiedade também são notáveis durante a gravidez, tendo-os dividido em três dimensões a saber: os fisiológicos, que se consubstanciam no aumento da frequência cardíaca, insónia, sudorese, boca seca, náuseas, vômitos, diarreia, tremor e inquietação; os sintomas emocionais, que se apresentam sob a forma de impotência, choro, nervosismo, perda de controlo, irritabilidade e impaciência, tensão e falta de autoconfiança; e os sintomas cognitivos que se referem a incapacidade de concentração, esquecimento e falta de atenção.

De acordo com Mazet e Col (2002), durante a gravidez muitas mulheres demonstram sinais de depressão, por vezes mascaradas e confundidas com a sensibilidade, fragilidade, irritabilidade e alguma agressividade atribuída à fisiologia própria da gravidez. Pelo menos nos primeiros três meses após o parto, 10% das mulheres manifestam estados depressivos iniciados durante a gravidez.

De acordo Bennett et al. (2004), o período de gravidez é uma fase de maior prevalência de transtornos mentais na mulher, no qual a depressão é o transtorno mais frequente, sendo que aproximadamente, de cada cinco mulheres grávidas, uma apresenta depressão porém, a maioria dessas mulheres não são diagnosticadas e tratadas adequadamente. Andersson et al. (2003), afirmam que durante a gravidez, a depressão pode causar danos não só à saúde materna, mas também à saúde e ao desenvolvimento do bebê, como a prematuridade, problemas no desenvolvimento da criança e o baixo peso ao nascer.

## **1.2-Mudanças psicológicas durante a gravidez**

O medo e as inquietações da mulher, que estão presentes durante a gravidez e acompanham as mudanças habituais da evolução da gestação, reflectem-se especialmente na antecipação do trabalho de parto.

De acordo com Figueiredo (2000), os primeiros três meses da gravidez correspondem ao início da gestação e caracterizam-se pelo conhecimento e aceitação da gravidez, quer pela grávida quer pelo meio social que a circunda. Neste período, observam-se algumas alterações corporais que são frequentemente acompanhadas por náuseas e vômitos, desejos alimentares, repugnância a determinados alimentos, oscilações de humor, aumento da sensibilidade e medo de abortar (Soifer, 1980). Colman e Colman (1994) denominaram de “integração” os



primeiros três meses de gravidez. Neste período, a mulher deve aceitar que está grávida, mudar hábitos de vida e prepara-se a si e à família para o nascimento do filho.

Para Field e Widmayer (1982), o período mais estável em termos psicológicos, é o 2º trimestre de gravidez que se caracteriza pela percepção dos movimentos fetais e decorrente do reconhecimento do feto como ser separado da mãe. A grávida passa a sentir-se fortemente investida pelo feto, que pelos seus movimentos, lhe comunica o seu bem ou mal-estar (Cordeiro, 1987). Também neste momento se verifica um aumento das contracções uterinas fisiológicas da gravidez (Soifer, 1980). Colman e Colman (1994) denominaram o 2º trimestre de fase de “diferenciação”, pois neste período a grávida começa a aperceber-se da sua incapacidade para controlar o processo de desenvolvimento do feto, compreendendo a sua autonomia.

O 3º trimestre caracteriza-se pela satisfação em terminar uma gestação bem sucedida e pela ansiedade resultante da antecipação do parto. Para Colman e Colman (1994), o 3º trimestre corresponderia à fase de “separação”, em que a grávida percepção o parto como o processo a partir do qual se irá desligar da gravidez.

Estudos feitos por Colman e Colman (1994) revelam que ao longo dos 9 meses da decorrência da gravidez, a mulher sabe que o seu estado vai terminar com o nascimento do bebé, mas e sobretudo no final da gravidez que a sua preocupação e preparação se direccionam para o trabalho de parto, para o parto e para o bebé. Os últimos dias antes do parto caracterizam-se essencialmente pelo medo da dor, da morte no parto por parte da mãe grávida ou do filho, e pelo medo de complicações no parto, tais como o recurso a cesariana (Soifer, 1980).

Brazelton (1981) considera que os níveis de ansiedade que geralmente aparecem na gravidez permitem à mulher adaptar-se ao seu novo papel de mãe, mas para isso é fundamental uma certa plasticidade psicológica.

Diversos autores (Bibring, 1959; Caplan, 1960; Colman & Colman, 1994) conceptualizam a maternidade à luz da perspectiva desenvolvimental, como um período de desenvolvimento que implica a vivência de uma crise própria e a necessidade de resolução de tarefas desenvolvimentais específicas. Associam a maternidade a uma situação de crise porque, num curto espaço de tempo, a mãe vê-se obrigada a significativas mudanças no seu equilíbrio biológico, psicológico e social (Figueiredo, 2000). Estas mudanças podem observar-se particularmente ao nível dos papéis sociais e das relações interpessoais, as quais requerem uma renegociação consigo mesma e com os outros. A identidade da grávida é significativamente influenciada por estas mudanças, as quais podem levar a perda ou confusão

do sentido do self e explicar a imprevisibilidade emocional presente na vivência da maternidade (Gruen, 1990). Deste modo, o processo de gravidez e maternidade exige que a mulher desenvolva no seu repertório comportamental novas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais, que visam cumprir com sucesso as exigências da gravidez e que traduzem uma reorganização intrapsíquica e relacional mais complexa (Canavarro, 2001).

### **1.3-Ajustamento da Mulher à Gravidez**

Mendes (2007) considera a gravidez como um momento de transição e de curta duração no período de vida da mulher, o nascimento de um filho é um evento irreversível, tendo em conta que, quando um indivíduo é mãe será mãe para sempre.

Ainda considera a maternidade como um tempo vivencial profundo, um ritual de passagem na transformação e realização da identificação feminina. A mulher grávida deve desenvolver tarefas que permitam a transição para a maternidade, imaginando o que é ser mãe, ter um filho, o que será esse filho.

Mendes (2007) defende que a maternidade confere definitivamente o estatuto de adulto ao indivíduo na medida em que confirma a maturidade do seu corpo e coloca um outro elemento da sociedade na sua total dependência, comprovando a maturidade do seu comportamento social e uma sexualidade activa.

Estudos realizados por Bernardo (1994) revelam que normalmente a mulher se torna mais rapidamente mãe do que o seu marido/companheiro se torna pai. A questão de ser mãe ultrapassa o momento do parto e é considerado como um processo dinâmico de construção e desenvolvimento, em que a mulher está sujeita a várias tarefas que requerem uma adaptação para nova realidade, devido à sua interacção com o recém-nascido, da sua recuperação funcional depois do parto, da nova relação com o companheiro, o seu contexto social, família que recebe mais um membro.

Pascoal (2006) revela que a maternidade coloca desafios aos jovens casais e constitui um dos momentos mais significativos na relação conjugal, provocando múltiplas e profundas alterações na organização da vida do casal.

#### **1.4-A Percepção do Papel Maternal**

Segundo Rubin (1984), a incorporação da identidade materna relaciona-se, implicitamente, ao facto de a mulher dar à luz o filho. A gravidez é um período de preparação para a mulher tornar-se mãe no contexto psicossocial. O núcleo da identidade materna reside nos conceitos do eu-mãe e você-filho e como ambos se relacionam e se influenciam. Durante a gestação, a identidade materna é construída por meio de uma imagem idealizada de si como mãe e, também, do bebê como filho.

Ciampa (1993) revela que não se pode isolar e separar, de um lado, todo um conjunto de elementos biológicos, psicológicos e sociais, que podem caracterizar um indivíduo, e da representação desse indivíduo, porque há uma interpretação desses dois aspectos, ou seja, não há como separar a identidade pressuposta e a representação desse indivíduo.

Mercer (1981) afirma que a mulher, ao torna-se mãe, vivencia, desde o início, vários estágios na aquisição das tarefas e papéis maternos, incluindo, entre estas, as rígidas regras e directrizes externas estabelecidas, até evoluir, finalmente, para a interpretação própria do papel materno, ocorrendo desta maneira, com o desenvolvimento da sua auto confiança e autonomia e da produção de um estilo próprio de actividade a ser desempenhada pela mãe.

Ammaniti et al. (1999) afirmam que a gravidez é um momento evolutivo fundamental do desenvolvimento da identidade feminina, em que há mudanças irreversíveis no ciclo vital feminino, durante o qual a mulher revive, elabora e resolve conflitos infantis. No mesmo momento ainda se apresenta também uma crise evolutiva e de extrema vulnerabilidade. Para os referidos autores, a gravidez é um momento de reflexão de seu passado e de relançamento do seu futuro.

## **CAPÍTULO II – MÉTODO**

No capítulo anterior aprofundamos, na sua dimensão teórica, as vertentes fundamentais que consideramos subjacentes à problemática em estudo. Esta teorização nos possibilitou conceptualizar um corpo de conhecimentos os quais, ao funcionarem como base do enquadramento teórico desta investigação prática, facultaram as orientações necessárias à realização da mesma, conhecendo os factores mais frequentes com que se debatem as mulheres durante a gravidez e que eventualmente se relacionem com a depressão.

Assim, esta segunda parte inicia-se por um breve enquadramento da finalidade e conceitualização desta pesquisa. Adiante, abordaremos várias estratégias de natureza metodológica a que se segue a apresentação, análise e discussão dos resultados, procedendo-se sempre que possível, à comparação com outros estudos. Por último, extrairemos algumas conclusões e considerações finais deste trabalho.

Ao longo das próximas páginas, procuramos apresentar todos aspectos relevantes da metodologia adoptada neste estudo, incluindo os objectivos do estudo, questões de investigação, os critérios de selecção da amostra, os procedimentos, os instrumentos de avaliação e os métodos de análise estatística aplicados.

### **2.1-Objectivos**

Em correspondência com o tema e o problema científico, coloca-se como objectivo geral desta investigação o seguinte:

-Analisar a ocorrência da depressão nas mulheres grávidas e identificar as percepções das mulheres sobre a gravidez, no Município de Benguela.

Para cumprir com o objectivo geral formularam-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar a prevalência da sintomatologia depressiva.

-Caracterizar as percepções das mulheres grávidas na gravidez.

-Analisar se as percepções maternas se relacionam com a sintomatologia depressiva.

## **2.2-Questões de Investigação**

Tendo em conta o problema científico e os objectivos desta investigação, formularam-se as seguintes questões de investigação:

Que variáveis sócio-demográficas interferem significativamente na ocorrência da depressão nas mulheres grávidas?

Será que a percepção do papel maternal influencia significativamente na depressão?

## **2.3-Desenho e método**

A investigação é de natureza transversal, tendo a colheita de dados ocorrido num único momento avaliativo.

## **2.4- Participantes**

A amostra da investigação foi constituída por 200 mulheres que estavam na 36<sup>a</sup> semana da gravidez que beneficiavam da consulta externa de obstetrícia no Centro Materno Infantil, Centro Médico da Cambanda e o Centro Materno Infantil da Nossa Senhora da Graça, no município de Benguela, no período compreendido entre Março a Maio de 2011. Foi solicitada a colaboração das mulheres em regime voluntário e garantida a confidencialidade de todas as informações prestadas. Após a explicação do envolvimento necessário no estudo, procedeu-se à assinatura do termo de consentimento informado, dando-se de seguida início à colheita de dados.

Foram definidos os seguintes critérios de selecção da amostra: mulheres grávidas com mais de 20 anos de idade que estavam na 36<sup>a</sup> semana de gravidez, gravidez de não-risco, mulheres que soubessem ler e escrever português, não ser primípara.

## **2.5-Materiais ou instrumentos de recolha de dados**

Nesta pesquisa, recorreremos a um conjunto de instrumentos com o objectivo de avaliar e quantificar as diferentes variáveis sócio-demográficas, prevalência da depressão e a percepção da maternidade, como abaixo se descreve.

### **2.5.1-Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica**

Construímos um questionário de 18 questões com o objectivo de recolher dados considerados relevantes ao estudo, relativos a informação demográfica, social, clínica, história obstétrica e alguns hábitos de vida das participantes (Anexo 3).

### **2.5.2-Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

De acordo Cox, Holden e Sagovsky (1987), o EPDS foi desenvolvido na Inglaterra nos Centros de Saúde de Livingston e Edinburgh como forma de auxiliar os profissionais de cuidados de saúde primários na detecção da depressão pós-natal.

O referido instrumento tem sido cuidadosamente testado e é utilizado em 23 países , apresentando altos níveis de sensibilidade e de especificidade, permitindo assim identificar aqueles que estão em risco ou já têm depressão pré ou pós-natal.

Este questionário encontra-se disponível em diferentes línguas, com uma validade transcultural, esta escala não detecta distúrbios de ansiedade, perturbações de personalidade nem fobias.

No presente estudo foi aplicado o questionário do Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) constituído por 10 questões de escolha múltipla, com o objectivo de recolher dados relativos à sintomatologia depressiva. Cada questão tem quatro opções de respostas de tipo likert, tendo sido utilizado como ponto de corte o valor de 9 e o seu preenchimento é feito, colocando um x na opção que melhor reflete como se sentiu desde à sete dias, incluindo o dia do preenchimento do questionário (Anexo 5).

### **2.5.3-Questionário de Percepção da Maternidade**

Com o objectivo de recolher os dados relativos a percepção da maternidade das participantes desta investigação, foi construído um questionário de 17 questões, com base nas questões definidas pelo questionário MAMA.

O objectivo de aplicação deste questionário consistiu na recolha de algumas percepções maternas relativamente ao seu papel como futura mãe (Anexo 4).

## **2.6-Procedimentos**

As participantes ao estudo foram contactadas na Consulta Externa de Obstetrícia no Centro Materno Infantil de Benguela, Centro Médico da Cambanda e o Centro Materno Infantil da Nossa Senhora da Graça, na 36<sup>a</sup> semana de gravidez das respectivas mulheres.

Após a explicação dos objectivos e metodologias do estudo e obtenção do consentimento informado, as participantes preencheram os questionários numa sala adjacente ao consultório médico de obstetrícia.

## **2.7-Processos de Tratamento e análise dos dados**

Para o tratamento e análise estatística dos dados obtidos, utilizamos o programa informático de estatística Statistical Package of the Social Science (SPSS 16.0). Com base neste programa recorreremos ao uso de estatística descritiva, bem como à utilização do teste t de Studente para a comparação de médias.

# **CAPÍTULO III- RESULTADOS**

## **3.1-Characterização Sócio Demográfica da Amostra**

Relativamente a esta amostra, se puderam caracterizar as seguintes variáveis: a idade da mãe, o número de gravidezes e o número de filhos: estado civil, habilitações literárias, local de residência, o trabalho da mãe, a profissão, planificação da gravidez, se vive com o marido/companheiro, a pretensão de ter mais filhos, se tem luz e água em casa- Tabela 1.

Recorrendo à Tabela 1, verifica-se que no que diz respeito à distribuição por idade, a idade mínima é de 20 anos e a máxima é de 40 anos, com a média de 28,67 e um desvio padrão de 4,05. No entanto verificou-se que 15,5% (n=31) das mulheres tinham idade compreendida entre 20 e 24 anos; 41% (n=82) tinham idade compreendida entre 25 e 29 anos; 35,5% (n=71) tinham idade compreendida entre 30 e 35 anos; e por fim, 8% (n=16) tinham idade igual ou superior a 35 anos.

Sobre o número de vezes que as inquiridas engravidaram, apuramos que 14,5% (n=29) engravidaram pela segunda vez; 37,5% (n=75) engravidaram pela terceira vez; 30% (n=60) engravidaram quatro vezes, 12,5% (n=25) das mulheres engravidaram pela quinta, 3,5% (n=7) das mulheres engravidaram pela sexta vez; e, por fim, 2% (n=4) das mães engravidaram pela sétima vez. Contudo, a média de gravidezes foi de 3,59 com um desvio padrão de 1,11.

Quando questionamos as inquiridas sobre o número de filhos que possuíam, 16,5% possuíam 1 filho, 35,5% tinham 2 filhos, 31% possuíam 3 filhos, 13% tinham 4 filhos, 2,5% tinham 5 filhos e 1,5% tinham 6 filhos. A média do número de filhos nesta amostra é de 2,54 com um desvio padrão de 1,08.

Relativamente ao estado civil dos elementos da amostra, constatamos que 109 eram solteiras o que equivale a 54,5% e 91 casadas que corresponde a 45,5%.

Relativamente ao nível de escolaridade, 51 % das inquiridas tinham o segundo ciclo, 32,5% o primeiro ciclo, 9% o ensino primário e 7,5% das gestantes o ensino superior.

Quanto ao local de residência, 20% vive no centro da cidade e 80% reside nos bairros e arredores do Município de Benguela.

Em relação à questão que se refere ao emprego das inquiridas, verificou-se que 51% não trabalham e 49% estão empregadas.

Sobre a descrição das profissões das inquiridas, constatou-se que 35% estão vinculadas à função pública, 20,5% são estudantes, 16,5% são funcionárias por conta própria, 14% são domésticas, 8% trabalham por conta de outrém e 3,5% são desempregadas.

Quanto à questão se a gravidez foi planificada, obtivemos dos elementos da amostra a informação de que 45,5% planificaram a gravidez e 54,5% não a planificaram.

Quando perguntamos às mães se viviam com o pai do bebé, 92% das inquiridas disseram que sim e 8% responderam que não.

Em relação à questão que se refere à pretensão de ter mais filhos, 54,5% das inquiridas responderam que sim e 45,5% disseram que não pretendem ter mais filhos.

Em relação à questão relacionada com a luz em casa das inquiridas, 82% têm luz e 18% não têm. Sobre a ausência da água ou não nas casas das inquiridas apuramos que 74,5% possuem água nas suas casas e 25,5% não possuem água nas suas residências.



**Tabela 1 –Caracterização Sócio Demográfica da Amostra**

Variáveis	N	%	Média	Desvio Padrão
Idade da mãe	200	100	28,67	4,056
20-24	31	15,50		
25-29	82	41,00		
30-35	71	35,50		
≥ ou a 35	16	8,00		
Número de gravidezes	200	100	3,59	1,113
2	29	14,50		
3	75	37,50		
4	60	30,00		
5	25	12,50		
6	7	3,50		
7	4	2,00		
Número de filhos	200	100	2,54	1,084
1	33	16,50		
2	71	35,50		
3	62	31,00		
4	26	13,00		
5	5	2,50		
6	3	1,50		
Estado Civil				
Solteiro	109	54,50		
Casado	91	45,50		
Habilitações Literárias				
Ensino primário (1ª a 6ª classe)	18	9,00		
Primeiro ciclo (7ª a 9ª classe)	65	32,50		
Segundo ciclo (10ª a 13ª classe)	102	51,00		
Ensino Superior	15	7,50		
Local de residência				
Centro da cidade	20	10,00		
Bairros e arredores	180	80,00		
Trabalho				

Sim	98	49,00
Não	102	51,00
Profissão/ocupação		
Funcionário público	75	37,50
Estudante	41	20,50
Doméstica	28	14,00
Funcionário por conta de outrem	16	8,00
Funcionário por conta própria	33	16,50
Desempregadas/ desocupadas	7	3,40
Planeamento da gravidez		
Sim	91	45,50
Não	109	54,50
Coabitação com o pai do bebé		
Sim	184	92,00
Não	18	8,00
Pretenção de ter mais filhos		
Sim	109	54,50
Não	91	45,50
Luz em casa		
Sim	164	82,00
Não	36	18,00
Água em casa		
Sim	149	74,50
Não	51	25,50

---

### **3.2-Caracterização da Amostra relativamente a Percepção da Maternidade**

Pela análise das respostas dadas ao questionário de percepção da maternidade, foi possível aferir que 46% das inquiridas declaram que a ideia de vir a ser uma boa mãe as preocupa e, 54% não estão preocupadas- Tabela 2.

Em relação ao desejo sexual para com o marido, 84% das inquiridas declaram que desejam sexualmente os seus maridos e 16% não desejam.

Sobre a questão que se refere ao cheiro que apresenta o seu corpo, como se pode observar, 86% das inquiridas declaram que os seus corpos têm um cheiro agradável e 14% revelam que os seus corpos não apresentam um cheiro agradável.

Quando perguntamos se “lamentou estar grávida”, como se pode verificar, apenas 27% das inquiridas declaram lamentar estar grávidas, enquanto que 73% não lamentaram.

Sobre a questão que procurava saber “se tinha seios demasiados pequenos”, como se pode ver 35,5% das inquiridas afirmaram que sim e 64,5% não consideram ter seios pequenos. Sobre a questão que procurava saber “se tinha seios demasiados grandes”, como se pode observar, 51,5% das inquiridas afirmaram que sim e 48,5% não consideravam ter seios grandes.

Também se procurou saber se os elementos da amostra “se sentiram envergonhados quanto ao relacionamento sexual com o companheiro”, verificando-se que 20% das inquiridas afirmaram que sim e 80% disseram que não.

Quanto ao facto se “a ideia de usar roupas de grávida agradou à mãe”, como se pode observar, 72% das inquiridas afirmaram que sim, e 28% consideram não agradável ter que usar este tipo de roupas.

Relativamente à questão, que pretendia saber “se se sentiu feliz quando se engravidou”, 71,5% das inquiridas afirmaram que sim, enquanto que 28,5% responderam negativamente.

Relativamente à questão “ se o marido/companheiro ajudava a gestante em casa”, 56,5 % das inquiridas afirmaram que recebiam ajuda por parte dos seus maridos, enquanto que 43,5 % não recebiam qualquer ajuda.

Em relação à pretensão de ter mais filhos, 55% das inquiridas afirmaram que ainda pretendem ter filhos, enquanto que 45% já não pretendem ter filhos.

Em relação a questão, que procurava saber se as inquiridas “sentiam que a relação sexual durante a gravidez era desagradável”, 21% das inquiridas afirmaram que sim, enquanto que 79% não consideraram desagradável.

Quanto à questão, que procurava saber se as inquiridas pensavam que a vida seria mais difícil após o bebé nascer, 42% responderam que sim, enquanto que 58% disseram não.

Quanto à questão, que visava compreender se a gestante dormia bem, 85,5% declara que dormem bem e apenas 14,5% das inquiridas referiu não dormir bem.

Relativamente à questão que visa compreender se a gestante “sentia que o marido/companheiro saía demasiadas vezes sem ela”, 65,5% das inquiridas revelam que sim enquanto que 34,5% não observavam tal comportamento por parte do seu companheiro.

**Tabela 2 –Caracterização da amostra com base no questionário da Percepção da Maternidade (QPM)**

Questões	N	%
A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a ?		
Sim	92	46,00
Não	108	54,00
Deseja sexualmente o marido/companheiro?		
Sim	168	84,00
Não	32	16,00
Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?		
Sim	172	86,00
Não	28	14,00
Lamentou estar grávida?		
Sim	54	27,00
Não	146	73,00
Acha que os seios estão demasiados pequenos?		
Sim	71	35,50
Não	129	64,50
Acha que os seus seios estão demasiados grandes?		
Sim	103	51,50
Não	97	48,50
Faz alguma coisa para cuidar do seu corpo?		
Sim	77	38,50
Não	123	61,50
Sentiu-se envergonhada no que refere ao relacionamento sexual?		
Sim	40	20,00
Não	160	80,00
A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?		
Sim	144	72,00
Não	56	28,00
Tem-se sentido feliz por ter ficado grávida?		
Sim	143	71,50
Não	57	28,50
O marido/Companheiro ajuda-a em casa?		
Sim	113	56,50
Não	87	43,50
Pensa ter mais filhos?		
Sim	110	55,00
Não	90	45,00
Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
Sim	42	21,00
Não	158	79,00
Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?		
Sim	84	42,00
Não	116	58,00
Consegue dormir bem?		
Sim	171	85,50

Não	29	14,50
Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si?		
Sim	131	65,50
Não	69	34,50

### 3.3-Characterização da Sintomatologia Depressiva durante a gravidez

Foi aplicado o questionário *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) constituído por 10 questões com o objectivo de recolher dados relativamente à sintomatologia depressiva, o que nos permitiu construir a Tabela 3, referente à taxa de depressão. Como se pode observar na Tabela 4, 57,5% (n=115) das inquiridas não apresentam depressão e 42,5% (n=85) das inquiridas estão deprimidas.

**Tabela 3 –Prevalência da Sintomatologia Depressiva avaliada pela EPDS**

	N	%
Depressão		
Sem depressão	115	57,50
Com depressão	85	42,50

### 3.4-Variáveis Sócio Demográficas associadas com a Depressão

Foi feito o estudo para a análise da variação da sintomatologia depressiva em função das variáveis demográficas, para avaliar se existem diferenças estatisticamente significativas em sua função. Para tal recorreu-se ao teste t de Student.

As variáveis como, a situação de trabalho da mãe, planeamento da gravidez, viver com o pai do bebé, ter luz ou água em casa, não revelaram diferenças estatisticamente significativas na manifestação de sintomatologia depressiva.

No que diz respeito à pretensão de ter filhos, verifica-se que esta variável se relaciona com a sintomatologia depressiva das mães. As mulheres que não pretendem ter mais filhos, têm uma média de sintomatologia depressiva superior (M=10,01) à das mães que pretendem

ter mais filhos ( $M=8,37$ ), apresentando este valor diferenças estatisticamente significativas  $t(172,43)=-2,756$ ,  $p= 0.006$ .

**Tabela 4 – Relação da Depressão e variáveis sócio-demográficas**

Variáveis	N	M EPDS	t	gl	p
Situação de trabalho da mãe					
Sim	98	9,22	-0,361	198	ns
Não	102	9,01			
Planeamento da gravidez					
Sim	91	9,10	-0,049	198	ns
Não	109	9,13			
Vive com o pai do bebé					
Sim	184	9,07	-0,506	198	ns
Não	16	9,63			
Tem luz em casa					
Sim	164	9,24	0,884	198	ns
Não	36	8,56			
Tem água em casa					
Sim	149	9,40	1,666	198	ns
Não	51	8,27			
Pretende ter mais filho					
Sim	109	8,37	-2,756	172,432	0,006
Não	91	10,01			

MEPDS: Média da sintomatologia depressiva avaliada pelo EPDS

### **3.5- Relação da Depressão com as Variáveis das Percepções Maternas**

As variáveis: se a ideia de poder vir a não ser uma boa mãe a preocupa, se deseja sexualmente o marido/companheiro, se acha o cheiro do seu corpo agradável, se acha que os seus seios são pequenos, se acha que os seus seios são grandes, se faz alguma coisa para cuidar do corpo, se sentiu vergonha quanto ao relacionamento sexual, se acha agradável a roupa das grávidas, se é ajudada em casa pelo seu marido/companheiro, se consegue dormir bem, não revelaram diferenças estatisticamente significativas na manifestação de sintomatologia depressiva.

No que diz respeito à lamentação das inquiridas perante o facto de estarem grávidas, verifica-se que esta variável se relaciona com a sintomatologia depressiva das mães. As

mulheres que lamentam estar grávidas, têm uma média de sintomatologia depressiva superior ( $M=10,57$ ) à das mães que não lamentam ( $M=8,58$ ), apresentando este valor diferenças estatisticamente significativas  $t(84,18)=2,86, p=0.005$ .

Relativamente ao sentimento da felicidade por ter ficado grávida, verifica-se que esta variável se relaciona com a sintomatologia depressiva das mães. As mulheres que não se sentiram felizes por terem ficado grávidas, têm uma média de sintomatologia depressiva superior ( $M=10,61$ ) à das mães que se sentiram felizes por terem ficado grávidas ( $M=8,52$ ), apresentando este valor diferenças estatisticamente significativas  $t(89,98)=-3,049, p=0.003$ .

As mulheres que não pensam ter mais filhos, têm uma média de sintomatologia depressiva superior ( $M=10,00$ ) à das mães que pensam ter mais filhos ( $M=8,39$ ), apresentando este valor diferenças estatisticamente significativas  $t(176,79)=-2,70, p=0.008$ .

As mulheres que sentem que a relação sexual é desagradável têm uma média de sintomatologia depressiva superior ( $M=10,55$ ) à das mães que não sentem que a relação sexual é desagradável ( $M=8,73$ ), apresentando este valor diferenças estatisticamente significativas  $t(57,957)=2,307, p=0.025$ .

Também as mulheres que sentem que os maridos/companheiros saem demasiadas vezes sem elas, têm uma média de sintomatologia depressiva superior ( $M=9,68$ ) à das mães que não sentem que seus maridos/companheiros saem demasiadas vezes sem elas ( $M=8,04$ ), apresentando este valor diferenças estatisticamente significativas  $t(144,59)=2,705, p=0.008$ .

Relativamente ao que as inquiridas pensam da vida futura quando o bebé nascer, verifica-se que as mulheres que pensam que a vida será mais difícil depois de o bebé nascer, têm uma média de sintomatologia depressiva superior ( $M=10,15$ ) à das mães que não pensam que a vida será mais difícil depois de o bebé nascer ( $M=8,36$ ), apresentando este valor diferenças estatisticamente significativas  $t(194,65)=3,14, p=0.002$ .

**Tabela 5 – Relação da depressão com as percepções maternas**

Questão	N	M EPDS	t	gl	p
A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a?					
Sim					
Não	92	9,67	1,749	198	ns
	108	8,64			
Deseja sexualmente o marido/companheiro?					
Sim	168	8,92	-1,538	198	ns
Não	32	10,16			
Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?					
Sim	172	9,16	0,350	198	ns
Não	28	8,86			
Lamentou estar grávida?					
Sim	54	10,57	2,861	84,181	0,005
Não	146	8,58			
Acha que os seus seios estão demasiado pequenos?					
Sim	71	9,37	0,628	198	ns
Não	129	8,98			
Acha que os seus seios estão demasiado grandes?					
Sim	103	8,83	0,973	198	ns
Não	97	9,41			
Faz alguma coisa para cuidar do corpo?					
Sim	77	9,83	1,924	198	ns
Não	123	8,67			
Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?					
Sim	40	9,50	0,648	198	ns
Não	160	9,02			
A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?					
Sim	144	8,83	-1,529	198	ns
Não	56	9,84			
Tem se sentido feliz por ter ficado grávida?					
Sim	143	8,52	-3,049	89,980	0,003
Não	57	10,61			
O marido/companheiro ajuda-a em casa?					
Sim	113	9,22	0,408	198	ns
Não	87	8,98			
Pensa ter mais filho?					
Sim	110	8,39	-2,704	176,794	0,008
Não	90	10			
Sente que a relação sexual é desagradável para si?					
Sim	42	10,55	2,307	57,957	0,025
Não	158	8,73			
Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si?					
Sim	131	9,68	2,705	144,593	0,008
Não	69	8,04			



Consegue dormir bem?					
Sim	17	8,94	-1,473	198	ns
Não	29	10,17			
Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?					
Sim	84	10,15	3,141	194,654	0,002
Não	116	8,36			

#### MEPDS: Média da sintomatologia depressiva avaliada pelo EPDS

Na tabela anterior estão representados os resultados da relação da Depressão com as Variáveis das Percepções Maternas, onde se pode constatar que as variáveis como, a lamentação das inquiridas perante o facto de estarem grávidas, o sentimento da felicidade por ter ficado grávida, o pensamento de ter mais filhos, o sentimento de que a relação sexual é desagradável, se sentem que os maridos/companheiros saem demasiadas vezes sem elas e relativamente ao que as inquiridas pensam da vida futura quando o bebé nascer, verifica-se que as referidas variáveis resultaram em diferenças estatisticamente significativas.

## CAPÍTULO IV-DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é um capítulo fundamental num processo de investigação por permitir referenciar os dados mais significativos encontrados durante a pesquisa e confrontá-los com as teorias e modelos que dão suporte ao estudo em causa. Neste capítulo também são discutidas as inferências tornadas possíveis, após a aplicação dos testes estatísticos, sendo o momento de enriquecimento do conhecimento científico.

Nesta etapa do trabalho, faremos a análise e discussão dos resultados tendo em conta os objectivos preconizados e as hipóteses enunciadas para o estudo, confrontando-os também com os dados de investigações realizadas por outros autores.

A prevalência da depressão na gravidez das mulheres múltiparas que constituem a nossa amostra foi de 42,5%, considerada alta uma vez que é maior em relação a incidência da depressão encontrada por outros autores como por exemplo Gotlib et al. (1989) quando revelam nos seus estudos que quase 10% das mulheres grávidas observam sintomas de depressão. Baptista (2004) definiu a depressão como um transtorno psiquiátrico que apresenta uma incidência de 5% na população em geral. A depressão é o transtorno mental de maior prevalência durante a gravidez, variando de 10% a 20%, e pode estar associada a factores como história prévia de depressão, características sociodemográficas como, baixa renda, desemprego, complicações obstétricas, eventos estressantes, dificuldades financeiras, violência doméstica, história familiar de depressão (Daher, Baptista & Dias, 1999).

Quanto à relação entre a depressão e as variáveis demográficas, pudemos concluir que para as variáveis situação de trabalho da mãe, planeamento da gravidez, a coabitação com o pai do bebé, a água e a luz em casa e a pretensão de ter mais filhos, não revelam nenhuma associação com a sintomatologia depressiva.

Sobre a depressão e as variáveis da percepção da maternidade, pudemos verificar uma relação estatisticamente significativa nas seguintes variáveis: a lamentação da mãe gestante perante a gravidez, não se sentir feliz pela gravidez, o pensamento de não ter mais filhos, a relação sexual desagradável, o sentimento de abandono por parte do marido e o facto de as mulheres grávidas pensarem que a vida iria ser mais difícil depois de o bebé nascer. Deste modo, de acordo com Canavarro (2001), concordamos que o processo de gravidez e da maternidade exige que a mulher desenvolva no seu repertório comportamental novas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais, que ajudem a cumprir com sucesso as exigências dessas fases que se traduzem numa reorganização intrapsíquica e relacional mais complexa.

## CONCLUSÕES

A realização deste estudo teve como principal propósito analisar a ocorrência da depressão nas mulheres grávidas e do seu ajustamento à gravidez no Município de Benguela.

Analisados os dados resultantes desta investigação, chegou-se às seguintes conclusões:

1. Concluiu-se que a prevalência da depressão nas mulheres grávidas estudadas é considerada alta quando comparada com outros estudos realizados.

2. Algumas variáveis estudadas relativamente às percepções maternas parecem estar relacionadas com a manifestação de sintomatologia depressiva nas mulheres grávidas, como, a pretensão de ter mais filhos, a lamentação da gravidez, não se sentir feliz pela gravidez, o pensamento de não ter mais filhos, a relação sexual desagradável, o sentimento de abandono por parte do marido e o facto de as mulheres grávidas pensarem que a vida iria ser mais difícil depois de o bebé nascer.

3. Verificou-se também que das variáveis sócio-demográficas estudadas apenas a pretensão de ter mais filhos foi estatisticamente significativa para a depressão gestacional nesta amostra.

As conclusões a que se chegou como resultado da presente investigação, leva a que sejam apresentadas as seguintes considerações:

1. Tendo em conta a taxa da depressão, considerada alta, há necessidade de se trabalhar em estratégias de prevenção, intervenção e tomada de medidas com vista a reduzir a prevalência da doença, através de palestras, debates e aconselhamentos psicológicos nas Unidades de Saúde.

2. Que os profissionais da saúde devem melhorar o atendimento à mulher grávida, nas consultas pré-natais.

3. Pelo facto de a maioria das mulheres da nossa amostra engravidarem sem a pretensão de o fazer, devem envidar-se esforços no sentido de desenvolver mais acções de planeamento familiar nas Unidades de Saúde.

4. Que os futuros estudos sejam realizados, em todas Unidades de Saúde do Município de Benguela, no sentido de identificar a doença e diminuir a sua prevalência nas mulheres grávidas.

5. O apoio e preparação durante a gravidez, assim como o aumento de informações, podem contribuir para o aumento do bem estar da mulher no final da gravidez, pelo que devia ser disponibilizada regularmente pelos profissionais de saúde.

Em síntese, com este estudo, mais do que obter resultados conclusivos, espera-se que contribua como veículo para novas investigações nesta área.

A ocorrência da depressão nas mulheres multíparas na fase final da gravidez, antes do parto caracteriza-se essencialmente pelo medo da dor, da morte no parto por parte da mãe grávida ou do filho, e pelo medo de complicações no parto, tais como o recurso a cesariana (Soifer, 1980). Este estado das mulheres grávidas pode ser motivado por certas variáveis estudadas, como já referenciamos anteriormente, que podem constituir factores de risco para a sintomatologia depressiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alami, K., M., Kadri, N.K., & Berrada, S. (2006). Prevalence and psychosocial correlates of depressed mood during pregnancy and after childbirth in a Moroccan sample. *Arch Womens Ment Health*, 9 (6), 343-6.
- Alvorado, R.R., Perucca, P.E., Neves, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, E.E., & Vera, A. (1993). Cuadros Depressivos Surante El Embarazo y Factores Asociados. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecologia*, 58(2), 135-141.
- Álvarez, R. J.(2001). *Distúrbios: psicólogos cotidianos*. São Paulo.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R.(1999). *Maternité et grossesse-Étude des représentations maternelles*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestan, K., & Aström M. (2003). *Point Prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study*. *AmJ Obstet Gynecol*, 189(1), 54.
- Associação Americana de Psiquiatria (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Edição). Lisboa: Climepsi.
- Baptista, M.N., Baptista, A.S.D., & Oliveira, M.G.(2004). Depressão e Gênero: porque as mulheres deprimem mais que os homens? Em M. N. Baptista(Org.), *Suicídio e depressão: atualizações* (pp.50-61). Rio de Janeiro: Guanabara-koogan.
- Bernardo (1994). *A família fonte de amor e de vida*. Porto: Associação dos Estudantes da Faculdade de Teologia.
- Bennett, H.A., Einarson, A., Koren, G., & Einarson, T.R.(2004) Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 103(4), 698-709.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytical study of the child*, 14, 113-121.
- Brazelton, T.B. (1981). *On becoming a father*. New york, Delacort Press.
- Canova, F. (1998). *Cansaço e depressão*. 2ª ed. São Paulo.
- Carpenito, L.J. (1998). *Manual de diagnósticos de enfermagem*. (A. M. Thorell, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Caplan,G.(1960). Patterns of parental response to the crises of premature birth. *Psychiatry*, 23, 365-374.
- Canavarro,M.C.(2001). Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ciampa, A. C. (1993). *A estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo, Brasiliense.
- Cordeiro, J. (1987). *Aspectos psicológicos e sociais da gravidez na adolescência*. Alter Ego.
- Coverdale, J.H., Mccullough,L.B., Chervernak,F.A., & Bayer, T. (1996). Clinical implications and management strategies when depression occurs during pregnancy. *Australin New Zeland Journal Obstetric and Gynecology*, 36(4), 424-429.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cox, J.L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psychiat*, 150, 782-6.
- Daher, A.S., Baptista, M.N., & Dias, R.R. (1999). *Aspectos relevantes da depressão na gravidez e dos transtornos pós-parto*.*Psicousf*,4(1),77-92.
- Field, T., & Widmayer, S. (1982). *Motherhood*. In B. Wolman (Ed.), Englewood Cliffs, N J: Prentice Hall.
- Figueiredo, B. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade. In I. Soares(org.), *Trajectórias (in) adaptadas de desenvolvimento*.Coimbra: Quarteto Editora.
- Gruen, D. (1990). Postpartum depression: a debilitating yet often unassessed pblem. *Health and Social Work*, 15(4), 261-270.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., & Mount, J.H. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 269-274.
- Kumar, R., & Mordecai, R.K.(1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 37-47.
- Mendes, I.M. (2007). *Ajustamento Materno e Paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*.Tese de Doutoramento em ciências de enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Mazet, P., & Rosenblum, O. (2002). *Bébés et mères déprimées*. *Soins Pédiatrie*, 205,31-34.

- Mercer, R.T.(1981). *A theoretical framework for studying the factors that impact on the maternal role*. *Nurs. Research*, 30(2),73-77.
- O'Hara, M.W., Rehm,L.P., & Campbell, S.B. (1983). Postpartum depression: a role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 171, 336-341.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). Relatório sobre a saúde no mundo: nova concepção, nova esperança.
- Pascoal, P. (2006). Psi Dossier-Gravidez e Sexualidade. *Psicologia Actual*, 1, 52-55.
- Pereira, K.P., & Lovisi,M.G. (2008). Prevalência da depressão gestacional e factores associados. *Ver Psiq Clin.*, 35(4), 144-53.
- Rubin, R.(1984). *Maternal identity and the maternal experience*. New York, Springer.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Viçoso, H. (2008). *Dicionário enciclopédico da psicologia: histórias e teóricos, as grandes questões da vida quotidiana e glossário dos termos essenciais*. 1ª ed. Lisboa.

## **ANEXOS**





INSTITUTO SUPERIOR  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
NORTE

CESPU 25 ANOS  
1985-2010

## DECLARAÇÃO

Para os devidos e legais efeitos e por nos ter sido solicitado, declaramos que o aluno *João Cuovola Gabriel*, portador do bilhete de identidade nº. 001434832BA034, emitido em 14/09/2009, pelo Arquivo de Identificação de Luanda, *está matriculado e a frequentar* o 2º ano do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no ano lectivo 2010/11, no Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.

Gandra, 29 de Novembro de 2010

O Chefe dos Serviços Administrativos

*Manuel Natário*



RUA CENTRAL DE GANDRA, 1317 | 4585-116 GANDRA PRD | TEL.: +351 224 157 100 | FAX: +351 224 157 102  
CESPU - COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL | CONTR. 501 577 840 | CAP SOCIAL 1 250 000,00 EUR | MAT CONS R C PORTO Nº 216  
[www.cespu.pt](http://www.cespu.pt)





Anexo 3

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Código do Sujeito \_\_\_\_\_ Mãe Pai Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do Entrevistador \_\_\_\_\_

<b>MÃE</b>		<b>PAI</b>		<b>BEBÉ</b>	
Idade da Mãe		Idade do Pai		Idade do Bebé	
Data de nascimento da Mãe		Data de nascimento do Pai		Data de nascimento do Bebé	
Estado Civil		Estado Civil		Sexo do Bebé	
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 bebé?			
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 bebé?					
Pretende ter mais Filhos?					
Tem luz em Casa					
Tem água em Casa?					

## Anexo 4

### QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA MATERNIDADE

Com vista à realização de uma pesquisa sobre ajustamento à gravidez, 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 a 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	Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
15	Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?		
16	Consegue dormir bem?		
17	Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem sim?		

## **Anexo 5**

## 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