

EURICO BONGUE MANUEL

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

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – NORTE

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

2012

LOMBADA

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NORTE	DEPRESSÃO E PERCEÇÃO MATERNA NO PÓS-PARTO EM MÃES ADOLESCENTES	EURICO MANUEL	2012
--	---	---------------	------

DEPRESSÃO E PERCEÇÃO MATERNAL NO PÓS-PARTO EM MÃES
ADOLESCENTES

EURICO BONGUE MANUEL

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

O presente trabalho de investigação, debruça-se sobre a sintomatologia depressiva no pós-parto em mães adolescentes na Província de Benguela, República de Angola.

Para a concretização dos objectivos deste trabalho, utilizaram-se os métodos teóricos, empíricos e estatístico-matemáticos, mediante a aplicação de instrumentos construídos para a obtenção de informações a partir da bibliografia consultada e da amostra seleccionada. A amostra foi composta por 200 mães adolescentes, cujos bebés tinham até seis meses de idade e que realizavam consultas de puericultura nos diversos centros médicos nos municípios de Benguela, Lobito e Baia-Farta, no período compreendido entre Março a Agosto de 2011.

Na perspectiva de recolha de dados, foram aplicados de forma individual alguns instrumentos para avaliar e quantificar as diferentes variáveis sócio-demográficas, prevalência da depressão e a percepção da maternidade.

Das 200 mães adolescentes inquiridas, verificou-se que 78, o equivalente a 39.00% não apresentam sintomas da depressão, ao passo que 122, o equivalente a 61.00% totalizando 122 apresentam sintomas de depressão.

A idade, o nível académico, o local de residência, a falta de emprego, o facto de a mãe não coabitar com o pai do bebé, constituíram, entre outros, os principais factores que contribuíram de maneira significativa no surgimento da DPN no seio das participantes ao estudo.

Palavras-chave: Adolescência; Depressão; Depressão pós-natal; EPDS;

ABSTRACT

This research work focuses on depressive symptoms in postpartum period on teenagers mothers in Benguela Province, Republic of Angola.

To achieve the objectives of this work, we used the theoretical methods, empirical and statistical-mathematical, by using instruments constructed to obtain information from the literature reviewed. The selected sample was composed of 200 teenage mothers, whose babies have up to six months of age and who performed routine visits in the various medical centers in the cities of Benguela, Lobito and Baia-Farta, in the period between March and August 2011.

From the perspective of data collection were applied individually some tools to evaluate and quantify the different socio-demographic variables, prevalence of depression and the perception of motherhood.

From the sample of 200 adolescent mothers, it was found that 78, equivalent to 39.00% have no symptoms of depression, while totaling 122 and 61.00% have symptoms of depression.

Age, education level, place of residence, lack of employment, the fact that the mother did not live with the baby's father, are, among others, the main factors that contributed significantly to the emergence within the PND on the participants.

Keywords: Adolescence, depression, postnatal depression, EPDS

AGRADECIMENTOS

A sabedoria africana ensinou-me que “ um só dedo, não consegue por si só apanhar uma pedra”.

Pelo facto, agradeço a orientadora do presente trabalho, a Doutora Florbela Teixeira, pela disponibilidade, orientação e apoio, encorajando-me ao longo das diversas etapas para a realização do presente trabalho.

Agradeço igualmente aos meus professores do curso de pós-graduação em Psicologia Clínica e da Saúde, Coordenados pelo Prof. Doutor José Carlos Caldas e que decorreu em Benguela-República de Angola, de Maio de 2009 a Janeiro de 2010, pelo esforço, competências pedagógicas e técnicas demonstradas ao longo do curso.

Agradeço de forma especial aos colegas de grupo, nomeadamente o Dr. Emanuel Maweth António, o Dr. José Mendes, a Dra Câmia Gonçalves, a Dra Sofia Lopes Ribeiro, a Dra Olimpia Cerqueira, a Dra Mísia Fernandes, o Dr. João Gabriel, o Dr Miguel Bolela e a Dra Teresa Kanga, esta última nas vestes de Administradora do Hospital Municipal de Benguela, pelo apoio incondicional, pela solidariedade demonstrados na segunda etapa do trabalho de campo. Sem a sua intervenção, não teria conseguido em tempo útil entrevistar as mães adolescentes.

Um agradecimento muito especial às mães entrevistadas. A sua participação foi fundamental para a realização do presente trabalho. Obreiras e carismáticas, aderiram às entrevistas com a naturalidade que lhes caracteriza como mães, movidas pelo interesse de contribuir no estudo. Muito obrigado queridas mamãs!

Agradeço profundamente a minha esposa Lena, aos meus filhos Bill, Indira, Mummy, Eddie e Winnie pelo carinho e paciência demonstrados, suportando as minhas ausências durante as fases da Pós-Graduação e mais tarde da elaboração da Monografia.

A todos o meus sinceros e profundos agradecimentos.

Eurico Bongue Manuel

Benguela-Angola /2012

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

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
LISTA DE ABREVIATURAS.....	v
ÍNDICE GERAL.....	vi
INDICE DE TABELAS.....	viii
INDICE DE ANEXOS.....	ix
INTRODUÇÃO.....	10
CAPITULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1. Definição de conceitos sobre depressão.....	12
1.2. A gravidez na adolescência, a depressão e suas implicações na vida da futura mãe.....	12
1.3. Caracterização da depressão pós-natal (DPN).....	14
1.4. Etiologia da DPN.....	16
1.4.1. Factores Sócio-Demográficos e Psico-Sociais.....	20
1.4.2. Suporte social.....	20
1.4.3. Factores Psicológicos.....	21
1.4.4. Acontecimentos ou crises de Vida.....	21
1.5. Modelos de explicação da DPN.....	22
1.5.1. Modelos Bioquímicos.....	22
1.5.2. Modelos Psicológicos.....	23
1.5.2.1 Modelo Psicodinâmico.....	23
1.5.2.2 . Modelo Cognitivo-Comportamental.....	24
1.5.2.3. Modelos Sociológicos.....	25
1.6. Consequências da depressão pós-natal na interacção mãe-bebé.....	25
1.7. Procedimentos de prevenção ou redução da taxa de incidência da DPN.....	27
CAPÍTULO II. MÉTODO.....	28

2.1. Objectivos.....	28
2.2. Desenho e método.....	28
2.3. Participantes.....	28
2.4. Instrumentos.....	29
2.4.1. Questionário de caracterização sócio-demográfica.....	29
2.4.2. Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS).....	29
2.4.3. O Questionário de Percepção da Maternidade.....	30
2.5. Procedimentos.....	30
2.6. Processos de tratamento e análise dos dados.....	31
CAPITULO III. RESULTADOS.....	32
3.1. Caracterização sócio-demográfica das participantes.....	32
3.2. Prevalência da depressão pós-natal na mãe adolescente.....	35
3.3. Caracterização da percepção maternal das adolescentes no pós-natal.....	36
3.4. Apresentação dos dados obtidos em função da realização dos testes t.....	37
CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO.....	42
CAPÍTULO V. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
CAPITULO VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra.....	32
Tabela 2. Variáveis sócio-demográficas referentes ao bebê.....	34
Tabela 3. Incidência da DPN de acordo com a EPDS.....	35
Tabela 4 . Percepções da maternidade.....	36
Tabela 5. Relação entre DPN e variáveis sócio-demográficas.....	37
Tabela 6. Relação entre DPN e percepção materna.....	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Pedido de autorização.....	50
Anexo 2. Termo de Consentimento Informado.....	51
Anexo 3. Questionário de Caracterização Sócio-demográfica.....	52
Anexo 4. Questionário de Percepção da Maternidade	53
Anexo 5. Questionário de Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	54

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação, enquadra-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, promovido pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte, Portugal.

Este trabalho, foi realizado na República de Angola, em três Municípios da Província de Benguela.

O trabalho incidiu sobre os seguintes Centros Materno infantis e Hospitais: Centro Materno Infantil-Dispensário, Centro Materno Infantil dos Antigos Combatentes, Centro Materno Infantil da Cambanda, Centro Materno Infantil da Camunda, Centro Materno Infantil do Bairro da Fronteira, Hospital Municipal de Benguela, Hospital Pediátrico do Município do Lobito e o Hospital do Município da Baía Farta.

A província de Benguela, ocupa uma área de 39.826,83 Km². Está localizada à Oeste da República de Angola. Dados do Governo da Província de Benguela, estimam que o número de habitantes seja superior a 1.900.000, sendo a sua densidade populacional muito baixa, aproximadamente de 48,4 habitantes por Km².

Em Angola, é ainda muito elevado o número de adolescentes sem acesso à educação. A par disso, existe também um número considerável de adolescentes na condição de órfãos, quer devido ao HIV/SIDA, a malária, assim como à guerra. O facto de a adolescente se tornar órfã já na tenra idade, o torna vulnerável, propenso a levar uma vida de adulto de maneira precoce, conduzindo ao aparecimento da gravidez não planificada, com todo o cortejo de consequências, quer para a adolescente como para a família, bem como para a sociedade em geral.

Deal e Holt (1998), após terem realizado um estudo para avaliar a contribuição de factores socio-demográficos para a ocorrência da depressão pós-parto, os autores constataram que ela estava associada com a pouca idade, com a raça negra, com o estado civil de solteira, baixo nível educacional e suporte social inadequado.

Pelo facto, aceitamos o desafio de estudar a sintomatologia depressiva no pós-parto em mães adolescentes, tendo como objectivo geral analisar a depressão e percepção maternal em mães adolescentes e os objectivos específicos, os seguintes: Calcular a prevalência de DPN em mães adolescentes; Identificar percepções das mães adolescentes em relação às alterações inerentes ao parto e analisar a variação da DPN em função de factores sociodemográficos e de percepções maternas.

Considerando as questões formuladas e a sua complexidade, pretendemos encontrar respostas que as esclareçam a partir do conhecimento das peculiaridades do contexto actual desta situação de vida em Benguela. A realização deste trabalho é de importância capital para o país e para a Província de Benguela em particular, por se tratar do primeiro trabalho realizado até a presente data nesta faixa etária, contribuindo desta forma no estudo aprofundado sobre a sintomatologia depressiva no pós-parto em mães adolescentes nesta região. A novidade científica deste trabalho, consiste no facto de, através deste estudo, poder determinar-se a prevalência da depressão na faixa etária em estudo. Não menos importante, é o facto de se tratar da sintomatologia depressiva no pós-parto, numa faixa etária que por si só já é conturbada, caracterizada por mutações decorrentes da própria adolescência. Assim, o presente trabalho está estruturado da seguinte maneira: Introdução, Enquadramento teórico, Método, Resultados, Discussão, Conclusões e considerações finais, Referências bibliográficas e Anexos.

Na Introdução, fez-se uma descrição resumida da presente investigação. No Enquadramento Teórico, constam as diversas teorias já abordadas por outros investigadores a respeito da depressão, DPN e percepção maternal em geral e em mães adolescentes em particular, ou seja, todas teorias em volta da DPN, desde a definição de conceitos, passando por uma abordagem sobre a depressão, até as consequências da DPN na interacção mãe-bebé; no Capítulo do Método, fez-se uma abordagem sobre os objectivos, quer geral como específicos, descreveu-se o desenho e o método, as participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos, bem como os processos de tratamento e análise dos dados. No capítulo dos Resultados, são apresentados os resultados do estudo efectuado; no capítulo da Discussão, é feita a discussão dos resultados; no capítulo das conclusões e considerações finais, constam as Conclusões e algumas considerações acerca do Trabalho realizado; no capítulo das Referências bibliográficas, encontramos toda a bibliografia consultada para a realização deste Trabalho e por último, apresentam-se os Anexos.

CAPITULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Definição de conceitos sobre depressão

O termo “depressão” tem utilidade variada, podendo ser uma doença, um sintoma de uma doença ou um estado de espírito, Luemba (2009). Segundo este autor, como estado activo normal, a depressão significa “tristeza” que é uma reacção normal da pessoa diante de uma privação, derrota, contrariedades entre outras desventuras na vida e, geralmente, quando de pouca intensidade e duração, não constitui motivos de preocupação profissional.

Como sintoma ou doença deve merecer a atenção dos profissionais de saúde por ter consequências que variam desde moderada até grave.

Deste modo, surge como consenso que a depressão é caracterizada por abaixamento na vitalidade de um individuo.

Assim, a partir desta posição, considera-se que se tinha dado o primeiro passo no longo caminho do estudo da depressão (Câmara, 2005).

1.2.A gravidez na adolescência, a depressão e suas implicações na vida da futura mãe

A gravidez na adolescência, acarreta consigo severas complicações biológicas, emocionais, económicas, jurídico-sociais, para além de complicações familiares, atingindo o indivíduo de forma isolada e também a sociedade como um todo.

Ora, esta situação, acaba por limitar ou mesmo adiar as possibilidades, quer de desenvolvimento como de engajamento desta adolescente na sociedade. Pelas repercussões geradas pela gravidez na adolescência, fundamentalmente sobre a mãe, é considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995). No entanto, actualmente postula-se que o risco seja maior.

Para Gonçalves (2008), uma elevada incidência de depressão pós-parto também pode ser constatada em amostras de mães adolescentes, tendo-se observado uma prevalência de 16% a 44% da depressão pós-parto, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas (Szigethy & Ruiz, 2001), sendo este facto reforçado por vários estudos

empíricos que mostram que uma em cada duas mães adolescentes fica deprimida depois do parto (Colleta, 1983).

Deste modo, o grupo de mães adolescentes grávidas é um grupo de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto, por acrescer ao facto de engravidar precocemente, todo um conjunto de factores psicossociais adversos (Figueiredo, Pacheco & Magarinho, 2005). Numerosos estudos realizados em Portugal com amostras de mães adolescentes grávidas, concluem que a gravidez ocorre principalmente em adolescentes que vivem em situações desfavorecidas a nível social, económico, pessoal e cultural; sendo as condições assinaladas com maior frequência: a pobreza, os baixos níveis educacionais e a exclusão do sistema escolar e do emprego (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003).

Pode-se afirmar que a gravidez na adolescência, afecta toda uma trajectória desenvolvimental da adolescente em vários domínios, sobretudo no domínio educacional, sócio-económico, ocupacional, social e psicológico, causando depressão, baixa auto-estima e isolamento social, acabando por afectar igualmente a trajectória desenvolvimental da criança. Ao comparar mães adultas grávidas e mães adolescentes grávidas, os estudos empíricos encontraram nas segundas um maior número de complicações obstétricas e problemas de saúde, assim como diversos problemas nos seus bebés: problemas médicos e baixo peso a nascença, prematuridade, mortalidade neo-natal, atrasos de desenvolvimento cognitivo, baixo rendimento escolar e problemas de comportamento (Figueiredo et al., 2005).

Segundo Dunnewold (1996), quando a mulher se apercebe de que não consegue dar conta de todas estas demandas, esta realidade pode contribuir para os seus sentimentos de tristeza, depressão, raiva, ansiedade e culpa.

O nascimento de um bebé tem sido associado a situações de estresse em algumas famílias. Embora seja um acontecimento feliz para muitas pessoas, este período pode também implicar em mudanças e disfunções (Romito, Cubizolles & Lelong, 1999). Tanto a gravidez, como o parto e o pós-parto são marcados por acentuadas mudanças no relacionamento conjugal, nos papéis familiares e sociais, e nas rotinas diárias dos membros da família. Somado a isto, a ocorrência de depressão materna neste período da vida pode ser devastadora para a mãe, para a criança e para a família. Contribui para este quadro o facto de que geralmente as expectativas das mulheres para este momento de suas vidas tenderem a ser um tanto irrealistas (Romito et al., 1999). Estas incluem um padrão idealizado de mãe como sendo a “cuidadora competente”, sempre controladora,

amorosa incondicionalmente, sendo capaz de dar conta, ao mesmo tempo, das tarefas domésticas, do cuidado do bebê, de um emprego de período integral e ainda atender às demandas de seu parceiro. Segundo (Romito et al., 1999), quando a mulher se apercebe de que não consegue dar conta de todas estas demandas, esta realidade pode contribuir para os seus sentimentos de tristeza, depressão, raiva, ansiedade e culpa. Diversos outros autores têm enfatizado que o período pós-parto, particularmente do primeiro filho, é propício ao surgimento de problemas emocionais tanto nas mães como nos pais, destacando-se as depressões, as psicoses pós-parto e as manifestações psicossomáticas (Cooper & Murray, 1995; O'Hara, 1997). Ainda assim, as mães de crianças recém-nascidas tendem a apresentar índices de depressão três a quatro vezes maiores.

Na visão destes autores, o ponto comum a todos os estados depressivos é a perda do amor, desencadeada pelo afastamento do objecto que o depressivo sente que lhe é indispensável.

Matos (1999), postula que a personalidade psicossomática fica a quem da depressão, numa organização pré-depressiva uma vez que nos momentos de crise ou de descompensação, o individuo não se deprime mentalmente, faz uma “depressão falhada”; uma depressão sem depressão (psíquica).

Podemos deste modo, observar que os vários estados depressivos, surgem como resultado de diferentes graus de densificação da relação de amor Câmara (2005).

1.3. Caracterização da depressão pós-natal (DPN)

A depressão durante o primeiro ano após o nascimento, é considerada como depressão pós-natal ou depressão pós-parto.

Socorrendo-nos aos critérios da DSM-IV-TR (2004), a DPN é percebida como um episódio de depressão maior que surge na mulher entre as primeiras quatro semanas depois do parto.

O termo depressão pós-natal, é comumente usado para descrever distúrbios depressivos em mulheres a seguir ao parto. Esta condição é caracterizada por abaixamento do humor, perda de interesse, ansiedade, dificuldades em dormir, baixa auto-estima, sintomas somáticos como dores de cabeça e perda de peso, bem como dificuldades em adoptar estratégias adaptativas de *coping* com os problemas do quotidiano.

Para O'Hara (1996), depressão pós-natal, refere-se aos sintomas depressivos em mulheres, cujos distúrbios persistem para além de uma semana depois do parto. Pensa-se que atinge 10.00% a 15.00% das mulheres com 3 a 5 semanas depois do parto. Dois dos antecedentes estabelecidos são a história psiquiátrica antes da gravidez. No entanto, o aspecto da personalidade joga um papel fundamental.

Os especialistas em saúde, definem a depressão pós-natal como aquela que ocorre ao longo dos 12 meses após o nascimento. Outros afirmam que é atípica, ou seja, diferente do outro tipo de depressão que a mulher, de forma individual podia experienciar antes.

A depressão pós-natal, afecta, não apenas a qualidade de vida da mulher e a sua experiência do ponto de vista de maternidade, mas também o seu bebé, os outros filhos, o seu parceiro e todos aqueles que se encontram em sua volta, incluindo todos aqueles que se encontram a cuidar dela.

em apoio ou tratamento, as consequências podem ser profundas e caras para as mulheres e para as suas famílias. Nos casos de depressão severa, especialmente com sintomas psicóticos, existe o risco do suicídio.

A prevalência das perturbações por depressão no pós-natal é de 10-15% para a depressão (major ou minor) e tão alto como se 50-80% para os "blues". A depressão pós-parto por vezes está associada com o sofrimento emocional severo e o risco envolve tanto a mãe como o bebé. Deste modo, o conhecimento antecipado dos factores de risco que predis põem a mulher aos sintomas de uma depressão pós-parto, permite a identificação precoce dos casos que requerem ajuda de um profissional ou o atempado tratamento bem-sucedido.

Durante a transição para a maternidade, as mulheres em geral mostram ajustamento psicológico favorável, depois que o primeiro bebe nasce, pelo que 10% a 25% correm o risco de desenvolver clinicamente e de forma significativa sintomas de depressão pós-natal. Dividindo entre o risco e a resiliência, espera-se que o optimismo durante a gravidez esteja associado a pouca severidade da depressão pós-natal.

No entanto, a DPN tem tido outras designações similares tais como: depressão pós-parto, depressão clínica, depressão puerperal, depressão gravídica, entre outros para significar um único quadro depressivo após o parto.

Para Schwengber (2009), a depressão pós-natal é representada como a perturbação do humor mais frequente depois do parto com uma prevalência de 10 a 20%. Para este

autor, a depressão pós-natal como é um conjunto de sintomas que de um modo geral iniciam entre a quarta e a oitava semanas após o parto, atingindo de 10 a 15% das mulheres, podendo persistir até o segundo ano de vida da criança. No mesmo estudo é observado que as mulheres acometidas por este conjunto de sintomas irritam-se com facilidade, choram frequentemente, manifestam desespero e sentem-se asténicas, desamparadas e desmotivadas, há um desinteresse sexual, alterações alimentares e do sono, têm a sensação de serem incapazes de lidar com novas situações, podem também apresentar queixas psicossomáticas.

É também a DPN entendida como um dos transtornos mentais que ocorre com maior frequência após o parto que constitui um problema grave de saúde pública pela incidência de casos e consequências negativas na organização e funcionamento das famílias (Moraes, Pinheiro, Silva, Horta, Sousa & Faria, 2006), aprovaram esta ideia ao afirmar que a DPN é um problema de saúde pública e afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. Seus sintomas mais comuns consistem em desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações no sono, ideias de suicídio, medo de agredir o filho, diminuição do apetite e do desejo sexual, diminuição do funcionamento mental e presença de ideias obsessivas ou sobrevalorizadas.

Em suma, trata-se de um transtorno afectivo típico do puerpério e que se manifesta por humor deprimido, desânimo, perda de prazer, cansaço, falta de concentração, alterações de sono e apetite, com início, em geral, por volta da 2^a a 4^a semanas após o parto (Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2009).

1.4. Etiologia da DPN

Num estudo desenvolvido por Bahls (1999), apresentando dois dos grandes factores etiológicos da DPN, como sendo os fundamentos biológicos e cognitivos da Depressão, o autor finaliza o seu estudo chamando a atenção para etiopatogenia diversificada da DPN. Para Bahls, torna-se imperioso reunir os factores biológicos, psicológicos, como também os factores socioambientais que compõem essa grande e importante área de investigação.

Existe, no entanto, uma lacuna na investigação actual, em que apenas um escasso número de investigadores se debruçou sobre as respostas dos homens a este acontecimento de vida, comparando-as com as que são manifestadas pelas mulheres.

Segundo Areias (1994), esta falha poderá dever-se ao facto de a cultura instituída atribuir as causas das perturbações pós-natais a factores essencialmente biológicos.

No sentido de analisar os diversos estudos que examinam os factores de risco para a Depressão Pós-Natal, alguns autores reuniram a bibliografia encontrada, e realizaram meta-análises que permitem verificar dentro de uma panóplia de factores, aqueles que mais poderão contribuir para a emergência desta perturbação. O'Hara e Swain (1996), por exemplo, conduzem uma meta-análise baseada em 59 estudos para determinar o efeito de um vasto conjunto de factores de risco, medidos durante a gravidez, para a DPN. Verificaram que os preditores mais fortes são história de psicopatologia prévia, distúrbio psicológico durante a gravidez, relações maritais perturbadas ou de conflito, reduzido suporte social, e acontecimentos de vida stressantes. Mais recentemente, Beck (2001), realiza uma meta-análise de 84 estudos publicados até 1990 acerca da DPN, para determinar a relação entre esta perturbação e vários factores de risco. Os resultados revelaram alguns preditores significativos: baixa auto-estima, stress relacionado com os cuidados ao bebé, ansiedade pré-natal, circunstâncias de vida adversas, baixo suporte social, dificuldades na relação matrimonial, história anterior de depressão, dificuldades temperamentais do bebé, blues pós-natal, estado civil, condições socio-económicas e gravidez não planeada ou indesejada.

De forma geral, os estudos empíricos têm mostrado a existência de factores de risco de natureza variada para o desenvolvimento de Depressão Pós-Natal, o que se pode dever ao facto de as investigações terem sido realizadas em contextos muito diferentes, utilizando diversos métodos.

Difíceis condições de vida, baixa percepção ou falta de suporte social do parceiro ou família, gravidez indesejada, problemas no recém-nascido e problemas com a amamentação devem ainda ser considerados como relacionados com a origem da DPN. Importa dizer que história anterior pessoal ou familiar de depressão, personalidade pré-mórbida devem igualmente ser considerados. A maternidade em si trás consigo expectativas, ansiedade e uma série de preocupações com uma nova adaptação que pode influir no estado de ânimo da puérpera. Do ponto de vista biológico, factores hormonais têm sido referenciados como associados ao desenvolvimento da DPN. Portanto, para

estes autores a etiologia da DPN não é unívoca, tem em si a agregação de diversos factores: psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos.

Um estudo de caso desenvolvido por Azevedo e Arrais (2006), permitiu levantar alguns indicadores que podem ter concorrido para o surgimento da depressão pós-natal: a impossibilidade de corresponder a altos ideais relacionados com a maternidade, acabou por promover desapontamento, vergonha, desilusão, fracasso e fragilidade; o não poder contar com a rede social de apoio tradicional, particularmente a mãe; a impossibilidade de uma discussão ampla sobre as ambivalências comuns na maternidade acabou por suscitar conflitos e sentimentos de inadequação que favoreceram o aparecimento da DPN. As autoras puderam perceber que o humor deprimido da paciente expressava o sofrimento pela perda das imagens idealizadas com relação ao bebé, a si mesma como mãe e ao tipo de vida que se estabeleceu com o filho. Porém, os factores psicossociais estão relacionados com o abuso sexual na infância, gravidez precoce, gravidez não planeada, gravidez não desejada ou não aceite, mães solteiras, mau relacionamento com o cônjuge, multiparidade, reduzido suporte social, violência doméstica, baixo nível de escolaridade; abuso de substâncias, dificuldades na adaptação ao novo papel. Os factores biológicos relacionam-se com a história de humor ou de ansiedade, história de depressão pré-parto, história de transtorno disfórico pré-menstrual, doença psiquiátrica na família, alterações hormonais próprias da gravidez e puerpério e complicações obstétricas. Quanto aos factores relacionados com o bebé, podem ser citados o bebé pré-termo, malformações fetais, tornando-se a DPN mais intensa quando há um diferencial considerável entre o bebé imaginado e o real, a morte do bebé, a amamentação dificultada, o temperamento complicado do bebé, o funcionamento motor do bebé pobre e alto nível de irritabilidade entre o décimo e décimo quinto dia após o nascimento, estiveram associados ao início de depressão pós-natal da mãe dois meses após o parto. Estes dados devem ser interpretados com cautela, tendo em conta a possibilidade de os bebés já se encontrarem a sofrer o impacto da depressão pós-natal materna. Advertem para a necessidade de avaliar o comportamento neonatal antes de surgir a depressão pós-natal na mulher. Outros factores prendem-se com o deficiente trato e mau acompanhamento por parte dos profissionais de saúde durante o seguimento da gravidez, durante o parto e no internamento.

A partir de três estudos prospectivos que testam o modelo de Vulnerabilidade/Stress, O'Hara (2001), descobriu que os factores de risco tais como uma história pessoal e

familiar de depressão e a ocorrência de estressores de vida isolados ou combinados, elevam o risco para a depressão no pós-parto, e que a taxa de prevalência encontrada nestes estudos 10 a 12% mostra que muitas mulheres sofrem no período pós-parto. O'Hara (2001), parte de um modelo de trabalho que considera que o aparecimento da depressão se dá durante os períodos de transição muito próximos da reprodução. Esse modelo considera igualmente que a depressão se desenvolve dentro de um contexto de vulnerabilidade e adversidade.

A DPN também é vista como um fenómeno biopsicossocial, apresentando-se no entanto, numa perspectiva etiológica multifactorial, com a combinação de três dimensões: os factores biológicos, os factores psicossocioambientais e os factores psicodinâmicos. São vários os aspectos que podem contribuir para o surgimento da DPN, entre os quais, aspectos sócio-económicos, presença de transtornos psiquiátricos anteriores à gestação e pré-disposição genética.

Frizzo e Piccinini (2005), aventam a possibilidade de a etiologia da DPN poder ser determinada por múltiplos factores: genéticos, estressores psicológicos, contexto cultural, mudanças fisiológicas, entre outros. Segundo estes autores, a depressão materna caracteriza-se por transtornos no apetite e no sono, dificuldades ao adormecer depois da amamentação do bebé, crises de choro, desatenção, dificuldades de concentração, falta de interesse em actividades que antes eram consideradas agradáveis, ideias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa.

Moraes et al. (2006), concluíram no seu estudo que as precárias condições socio-económicas da puerpera e a não aceitação da gravidez são os factores que mais influenciam no surgimento da depressão no puerpério, e que a alta prevalência de DPN achada (19,1%), reforça o seu significado como problema de saúde pública, o que exige a adopção de estratégias de prevenção e tratamento da doença. Apontam como factores de risco associados a DPN os seguintes: relação não satisfatória com a mãe e a realização de uma cesariana emergencial, o estado civil tem sido algumas vezes referenciado como importante. Estes autores afirmam também ter encontrado, no estudo realizado, evidências razoáveis de que a DPN está associada ao estresse agravado pela falta exacerbada de suporte social.

Em síntese, pode dizer-se que os principais factores psicossociais associados à depressão maior no puerpero estão relacionados com a menor idade, história

psiquiátrica anterior, acontecimentos de vida stressantes vivenciados no último ano, desentendimentos conjugais, ser solteira ou separada, o desemprego e escasso suporte social. Procura-se de seguida, caracterizar de forma um pouco mais aprofundada, a influência destes factores na etiologia da DPN.

1.4.1. Factores Sócio-Demográficos e Psico-Sociais

Tammentie, Tarkka, Astedt-Kurki & Paavilainen (2002), investigaram a prevalência da sintomatologia depressiva após o parto e a sua relação com factores sociais e demográficos. Identificam dois factores de risco para a sintomatologia depressiva após o parto relacionados com o estatuto ocupacional: desemprego materno e paterno.

1.4.2. Suporte social

A dinâmica social subjacente aos comportamentos relacionados com alterações de vida deve acompanhar o indivíduo nos diferentes ciclos que a compõem. Deve o indivíduo conhecer o suporte social que pode solicitar, e fazê-lo de forma adequada à situação de vida em que se encontra, reduzindo ou eliminando assim, factores que porventura possam influenciar a propensão para a sensação de incompetência ou impotência. As circunstâncias e os acontecimentos do ciclo de vida produzem reacções, que variam com os indivíduos e que podem levar ou não ao surgimento de psicopatologia, com maior ou menor intensidade Areias (1994). No entanto, como refere esta autora, não é claro que por si só, o suporte social constitua uma variável pura, na medida em que a disponibilidade e as estruturas de apoio também dependem da capacidade do indivíduo em conhecê-las, procurá-las e utilizá-las de acordo com as necessidades. O tamanho do grupo de suporte primário não prediz contudo o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Verificou igualmente uma associação entre os sintomas depressivos e a importância dada ao suporte social, assinalando que a importância percebida do suporte é melhor indicador do que a quantidade de suporte recebido.

1.4.3. Factores Psicológicos

Alguns autores têm afirmado que a tendência ou predisposição para o desenvolvimento de Depressão, está relacionada com a estrutura cognitiva, com a forma como os indivíduos encaram e compreendem a realidade, distorcendo-a negativamente, o que favorece o surgimento desta patologia. Areias (1994), refere que há evidências de que diferentes indivíduos submetidos às mesmas fontes de stress têm sobre elas percepções diferentes. Ainda segundo o mesmo autor, a variedade de reacções ao stress dependerá, não apenas das situações geradoras de stress, mas também do próprio indivíduo. Areias (1994), refere que Beck, postulou que algumas pessoas tinham tendência a fazer distorções cognitivas na percepção da realidade e de si próprias, funcionando como preconceitos, e que esta tendência as tornava mais vulneráveis à depressão. A mesma autora defende que os indivíduos com história de depressão ou alterações psíquicas anteriores têm maior probabilidade de cair em depressão perante determinadas situações de vida. O estilo de coping individual é um preditor eficaz dos níveis de depressão durante a gravidez, mas não para os níveis de depressão após o parto. Examinou o papel da auto-estima como mediador do efeito dos stressores e recursos sociais na sintomatologia depressiva após o parto. A auto-estima medeia o efeito dos stressores diários e a qualidade das relações íntimas primárias nos sintomas depressivos.

1.4.4. Acontecimentos ou crises de vida

Os acontecimentos de vida são eventos ou conjuntos de circunstâncias que podem influenciar ou produzir modificações no meio ou no indivíduo, podendo alterar a sua estrutura para proporcionar uma adaptação (Areias, 1994).

Lerner e Miller (1993), sugerem três tipos de acontecimentos ou crises de vida:

Acontecimentos de vida normativas marcados pela idade, estão relacionadas com os acontecimentos biológicos e ambientais interligados com a idade cronológica (e.g., ingresso na escola, primeiro namoro, o casamento, nascimento de um filho, menopausa/andropausa);

Acontecimentos de vida normativas caracterizados pela história, isto é, todos os acontecimentos que estão relacionados com as situações sócio-culturais (e.g., alterações políticas, depressões ou prosperidade);

Acontecimentos de vida não normativos decorrentes de qualquer situação acidental (sofrer um acidente de carro, perder o emprego ou ser vítima de um assalto).

Todos estes acontecimentos ou crises de vida podem constituir factores de amadurecimento ou de enfermidade. Tudo dependerá de diversas variáveis: sobretudo a gravidade que o sujeito atribuiu à crise em questão, a sua personalidade, o seu suporte social, as suas experiências prévias e as suas estratégias de *coping*.

1.5. Modelos de explicação da DPN

Os modelos que tentam explicar a DPN são diversos. Para Guz (1990), existem vários padrões ou modelos explicativos relativamente à depressão que podem ser agrupados em três subgrupos: Modelos Bioquímicos, Modelos Psicológicos e Modelos Sociológicos, que a seguir se apresentam.

1.5.1. Modelos Bioquímicos

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 do fígado seria a causa dessa disforia. O aumento da bilis negra com as suas toxinas provocaria a melancolia. Actualmente, a hipótese bioquímica da depressão que goza de maior prestígio entre os psiquiatras 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).

Nos modelos bioquímicos defende-se também que a serotonina, o cortisol, estrogénios e progesterona, poderão ser factores químicos associados à emergência da DPN. Contudo, neste domínio, os estudos são ainda contraditórios, não existindo evidências claras da sua relação com a DPN.

1.5.2. Modelos Psicológicos

De entre as teorias psicológicas, dois grandes grupos desenvolveram hipóteses e trabalho experimental, com vista a encontrar bases explicativas para a origem do fenómeno depressivo: o modelo psicodinâmico, originado na Psicanálise e, o modelo cognitivo-comportamental, baseado nas ideias do fisiologista Ivan Pavlov sobre a teoria dos reflexos condicionados.

1.5.2.1. Modelo psicodinâmico

Freud, criador da Psicanálise, postulou a ideologia que suporta o modelo psicodinâmico, tendo sido continuado por Abraham, Rado, Melanie Klein, entre outros. De um modo geral, as concepções psicodinâmicas sobre a patogénese da depressão apoiam-se nas inter-relações que os seus adeptos 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 intrapsíquicos e é propícia ao desenvolvimento de patologias depressivas.

Freud (1914) utilizou a expressão “instinto” para caracterizar os impulsos natos básicos dos seres humanos. Nesse sentido, 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, a saber: fase oral, fase anal, fase fálica, fase de latência e fase genital. Com base nesta teoria, assumem os seus defensores que, tendencialmente, os indivíduos depressivos seriam aqueles que apresentavam uma fixação na fase oral. Para Klein (1982), 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 que, no indivíduo normal, o ego se separa do objecto introjectado através de recordações.

1.5.2.2. Modelo Cognitivo-Comportamental

Outro modelo que procura explicar a gênese da depressão por mecanismos de ordem psíquica é o cognitivo-comportamental. Este modelo 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.

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. Para Gouveia (1990), a depressão é tida como o somatório da actividade de esquemas depressogénicos por acontecimentos de vida negativos. Uma vez activados, esses esquemas vão desencadear erros no processamento da informação e conceptualizações negativas da experiência, causando deste modo uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do

futuro (tríada cognitiva negativa), sendo responsável pelos outros fenómenos depressivos. 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.

1.5.2.3. Modelos sociológicos

De acordo com Guz (1990), a Psicologia Social investiga o comportamento das pessoas vivendo em grupos e estabelecendo acções recíprocas entre si. 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.

1.6. Consequências da depressão pós-natal na interacção mãe-bebé

De acordo com Schwengber e Piccinini (2004), a DPN tem consequências importantes para a criança e adolescente em diversas áreas do desenvolvimento, afetando a formação do vínculo na díade mãe-bebé, o desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância e o desenvolvimento sócio emocional na adolescência. O aumento de transtornos emocionais na infância de crianças cujas mães apresentaram depressão grave é significativo, sendo necessárias estratégias de prevenção dirigidas a estes grupos . A relação existente entre o desenvolvimento posterior da criança e a interacção mãe-bebe, consideram-se de extrema importância para os investigadores ligados ao desenvolvimento infantil.

Num estudo de revisão da literatura, Schwengber e Piccinini (2004), apontam que o estado depressivo vivenciado pela mãe pode reflectir-se de modo negativo na constituição das primeiras interacções com o seu bebé e, desse modo, provocar sequelas no desenvolvimento afectivo, social e cognitivo da criança. Segundo estes autores a cronicidade dos sintomas depressivos da mãe pode ter repercussões a longo prazo em etapas posteriores na vida de seus filhos. No outro extremo, consideram ainda que os sintomas depressivos da mãe, não importa quão leves ou com que intensidade se manifestem, podem afectar a relação mãe-bebé. Apesar de imaturo, o bebé consegue

perceber as mínimas falhas na contingência do comportamento da mãe e poder ser afectado com isso.

Figueira et al. (2009), afirma que as consequências que advêm da DPN concentram-se não apenas na mulher e família mas também no seu bebé. Uma vez que a relação mãe-filho possa ser prejudicada, as dificuldades no desenvolvimento neurobiológico e psicológico do recém-nascido podem ser agravadas nos primeiros anos de vida da criança, e a criança pode manifestar comprometimento no aumento do peso, entre outros marcos do desenvolvimento. Para estes autores a depressão pós-parto pode evoluir para complicações importantes como sendo: o aumento do risco de recorrência da DPN em gravidezes posteriores, o risco de suicídio durante o 1º ano após o parto, a separação ou divórcio, o comprometimento do desenvolvimento afectivo, cognitivo e comportamental da criança e a consequente dificuldade de comunicação e interação pais-filho e o risco de cronicidade da doença com a agravante perturbação da relação da mãe com os outros filhos.

Para Frizzo e Picinini (2005), a depressão materna tem um impacto negativo extensivo ao pai do bebé. No entanto, esta influência negativa sobre o bebé vai depender de factores como a sua idade, temperamento, a intensidade da a maneira como interage com sua mãe, se apático ou intrusivo. Nas situações em que a mãe está deprimida, o pai tende a tornar-se mais respondente com as necessidades do bebé, e deste modo, com o apoio de outros adultos ou familiares não deprimidos, poder compensar as dificuldades evidenciadas pela mãe minimizando os impactos negativos da depressão materna sobre a criança. Apontam igualmente como consequências principais da depressão materna: a interacção com o bebé; o desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância e o desenvolvimento sócio-emocional na adolescência poderão estar comprometidos. Portanto, a história de vida da mãe marcada por acontecimentos de vida traumáticos podem ter deixado falhas importantes no desenvolvimento do psiquismo materno que, com o nascimento do bebé podem emergir dificultando a interacção mãe-bebé.

1.7. Procedimentos de prevenção ou redução da taxa de incidência da DPN

Schwengber e Piccinini (2004), consideram que a prevenção primária da DPN deve consistir no despiste de mulheres que se encontrem em risco de desenvolver a doença e em função disso adoptar um conjunto de estratégias apropriadas. Estas estratégias podem consistir no seguinte: oferecer às mulheres uma educação ante-natal e um suporte psicológico com o objectivo de prepará-las com procedimentos práticos que as mulheres devem assumir após o nascimento do bebé; suscitar à volta delas um suporte familiar e social suficiente; aconselhar de evitar acumulação de eventos estressantes como mudança de emprego; organizar um “ebriefing” de temas pertinentes, como por exemplo de como o nascimento traumatizante pode constituir um factor desencadeante da DPN. Em caso de dificuldades sociais ou uma outra necessidade similar, poder-se-ia recorrer aos serviços sociais mesmo que houvesse banalização por parte da interessada. Portanto, a necessidade de prevenção da DPN através de acções sobre os factores de risco evocam uma bagagem de intervenção multidisciplinar. Vários trabalhos vêm demonstrando que a utilização das escalas de auto-avaliação para triagem de mulheres com DPN nos cuidados primários de saúde tem-se mostrado significativamente maior que a detecção espontânea durante a avaliação clínica efectuada pelo médico nesses serviços (Camacho et al., 2006). Neste sentido, os autores consideram que a utilização dessas escalas serviria para despertar os profissionais de saúde- clínicos, obstetras e pediatras- sobre aquelas mulheres que carecessem de uma avaliação mais detalhada ou de uma intervenção terapêutica oportuna.

Moraes et al. (2006), consideram que o acompanhamento cauteloso de mães, em particular as de baixo rendimento económico, por meio de acções integradas que tenham em conta as variáveis relacionadas com a depressão, pode prevenir sérios problemas pessoais e familiares resultantes da DPN.

Se considerarmos os primeiros meses do pós-parto como período sensível para intervir na prevenção ou redução dos sentimentos depressivos experimentados pela mãe após o nascimento do bebé, estaríamos então aptos a propiciar à nova mãe a assistência de que precisa para encarar os possíveis episódios de depressão e, assim, permitir a prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interacção com o bebé, o qual pode acarretar importantes consequências para o seu desenvolvimento posterior (Schewengber & Piccinini, 2003).

II. MÉTODO

2.1. Objectivos

Em função do tema e o problema científico, apresentamos como objectivo geral desta investigação, o seguinte:

Analisar a depressão e percepção maternal no pós-parto em mães adolescentes na Província de Benguela

Na sequência da definição deste objectivo geral, definiram-se os seguintes objectivos específicos:

- a) Calcular a prevalência de DPN em mães adolescentes;
- b) Identificar percepções das mães adolescentes em relação às alterações inerentes ao parto;
- c) Analisar a variação da DPN em função de factores sociodemográficos e de percepções maternas.

2.2. Desenho e método

Trata-se de um estudo transversal, cuja aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi feita num único momento, ou seja, no momento em que as mães se encontravam a realizar as consultas de puericultura após o nascimento do bebé.

2.3. Participantes

As participantes no presente trabalho de investigação, foram 200 mães adolescentes, cujo bebé tem até 6 meses de idade, utentes da Consulta Externa Materno Infantil nos Centros Materno Infantis, nomeadamente: Centro Materno Infantil-Dispensário-Centro da cidade; Centro Materno infantil da Cambanda-A; Centro Materno infantil da Camunda-A ; Centro Materno infantil dos Antigos Combatentes, Centro Materno infantil do Bairro da Fronteira, do Hospital Municipal de Benguela, do Hospital pediátrico do Lobito e do Hospital da Baía Farta.

Solicitamos a participação a todas as mães que não apresentavam nenhum dos critérios abaixo indicados e que seriam de exclusão:

- Idade da mãe superior a 19 anos;
- Idade do bebé superior a 6 meses;
- Não saber ler e/ou escrever português;
- Não aceitar participar no estudo;
- Ser uma mãe toxicodependente;
- Ter tido uma gravidez de risco;
- Bebé ter sido prematuro.

2.4. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos que permitiram a caracterização da amostra, o levantamento da sintomatologia depressiva, bem como a identificação de percepções das mães adolescentes perante as alterações inerentes ao nascimento do bebé.

2.4.1. Questionário de caracterização sócio-demográfica

Concebemos um questionário de 23 questões, com o objectivo de recolher informação sócio-demográfica e pessoal das mães adolescentes, cujos bebés não tenham mais de seis meses de idade. Este questionário, reúne uma série de informações acerca de cada uma das participantes no estudo, questões relacionadas com a idade, quer da mãe como do bebé, do estado civil da mãe, suas habilitações literárias, o local de residência, sua profissão/ ocupação, o local do parto, o tipo de parto, a pretensão da mãe em ter ou não mais filhos, se a gravidez fora planificada, ter ou não, quer água como luz em casa, do sexo do bebé, e vacinação do bebé (Anexo 4).

2.4.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

A EPDS é um instrumento de auto-registo composto por 10 itens, cujas opções são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade do sintoma (anexo 5).

De entre várias opções, a mãe escolhe as respostas que melhor descrevem o modo como tem se sentido na última semana de acordo com a intensidade dos sintomas. A

pontuação total na escala, varia de 0 a 30, podendo-se considerar deprimidos os entrevistados cuja pontuação seja igual ou superior a 9 para o homem e igual ou superior a 10 para a mulher. De notar que a cotação da EPDS, não permite tirar ilações clínicas, nem detectar distúrbios de ansiedade ou outro tipo de perturbações da personalidade. Contudo, a EPDS apresenta uma considerável sensibilidade para a identificação da DPN. Por razões económicas e pelo facto de se despender pouco tempo para o seu preenchimento, bem como pela aceitação que encontra no seio dos pacientes com transtornos de humor, tem sido muito usada. Segundo Cantilino et al., 2010; Chaudron, Szilagyi, Kitzman, Wadkins & Conwell, 2004, a EPDS é um dos instrumentos de autoavaliação da sintomatologia depressiva no período pós-natal mais utilizado em todo o mundo.

Consideram-se precursores deste instrumento de avaliação da DPN, John Cox e Jeni Holden. E, pela sua importância, esta escala já foi traduzida em 20 línguas, sendo o instrumento de auto-avaliação de sintomatologia depressiva mais utilizado no mundo inteiro.

2.4.3. O Questionário de Percepção da Maternidade

Este instrumento, contém 27 questões do tipo fechadas (sim ou não), excepto as questões 11 e 19. Utilizou-se este questionário para recolher algumas percepções que a mãe adolescente tem sobre si e sobre o processo de gravidez, para posteriormente analisar se estas percepções têm alguma influência ou relação com a depressão vivenciada na gravidez (anexo 3).

2.5. Procedimentos

Aos sujeitos foi solicitada a sua colaboração em regime voluntário e garantida a confidencialidade de todas as informações prestadas.

Após a assinatura do termo de consentimento informado, foi iniciada a colheita de dados. Foram abordadas individualmente nos respectivos contextos da pesquisa (Centros de saúde previamente definidos), no período da manhã (horário acessível). Após breve instrução/conversa com o pesquisador e após a adolescente ter assinado um termo de consentimento informado em que acedia participar voluntariamente no estudo, foram-lhe entregues os instrumentos de avaliação acima descritos.

2.6. Processos de tratamento e análise dos dados

Para o tratamento e análise estatística dos resultados obtidos, foi utilizado um software designado SPSS 16.0, ou seja, *statistical pacage of the social sciences*.

O primeiro passo consistiu no lançamento dos dados à uma base previamente concebida, tendo em atenção os instrumentos utilizados.

Recorreu-se à estatística descritiva, para a análise de frequências, médias percentagens e desvio padrão. Recorreu-se também à estatística inferencial, com vista a determinar se existia relação entre a DPN e as variáveis sócio-demográficas e as variáveis de percepção materna, tendo para tal, recorrido ao teste t de Student.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

A análise dos resultados do presente estudo encontra-se descrita nas páginas que se seguem, e onde se apresentam diversas tabelas com os dados obtidos para as variáveis estudadas.

3.1. Caracterização sócio-demográfica das participantes

Na Tabela 1, encontram-se os dados referentes às variáveis sócio-demográficas das participantes.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

Variáveis	Categorias	N	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade da mãe		200	100	12	19	16.00	1.00
	12 a 15	51	25.50				
	16 a 19	149	74.50				
Estado civil	Solteiro	176	88.00				
	Casado	20	10.00				
	Uniao de facto	4	2.00				
Habilitações literárias	Ensino primário	85	42.50				
	Primeiro ciclo	77	38.50				
	Segundo ciclo	37	18.50				
	Ensino superior	1	0.50				
Local de residência	Centro da cidade	58	29.00				
	Zona A	86	43.00				
	Zona B	29	1.40				
	Zona D	5	2.50				
	Zona E	5	2.50				
	Zona F	5	2.50				
	Baia Farta	8	4.00				
Lobito	4	2.00					
Trabalho	Sim	52	26.00				
	Não	148	74.00				
Profissão/ocupação	Funcionário public	9	4.50				
	Estudante	126	63.00				
	Doméstica	12	6.00				
	Funcionário por conta de outrem	16	8.00				
	Funcionário por conta própria	20	10.00				
	Desempregado	17	8.50				
Tipo de parto	Eutócico	166	83.00				
	Distócico	34	17.00				
Local de parto	Casa	28	14.00				
	Hospital	120	60.00				
	Centro de saúde	52	26.00				

Gravidez de termo	Sim	163	81.50
	Não	37	18.50
Planeamento da gravidez	Sim	40	20.00
	Não	160	80.00
Pretensão de ter mais filhos	Sim	140	70.00
	Não	60	30.00
Coabitação com pai do bebé	Sim	59	29.50
	Não	141	70.50
Luz em casa	Sim	122	61.00
	Não	78	39.00
Água em casa	Sim	131	65.50
	Não	69	34.50
Vacinas	Sim	200	100
	Não	0	0.00

Pela análise da Tabela 1, verifica-se que a idade média das participantes é de 16.00 (DP= 1.20) anos, tendo a mãe mais nova 12 anos e a mais velha 19 anos.

No que diz respeito ao estado civil, 88.0% (n=176) são solteiras, 20 adolescentes, totalizando 10,0% são casadas e somente 4 adolescentes, o equivalente a 2,0 % vivem em regime de união de facto.

Em termos de habilitações literárias, 42.5% (n=85) adolescentes são do ensino primário, ou seja, da 1ª à 6ª classes, 38.5% (n=77) adolescentes são do primeiro ciclo do ensino secundário, 18,5% (n=37) adolescentes são do segundo ciclo do ensino secundário e somente 0.5% (n=1) frequenta o ensino superior.

Quanto ao local de residência, 43.0% (n=86) adolescentes residem na Zona A, 35.0% (n=70) adolescentes residem no centro da cidade, 22% (n=34), adolescentes residem nas restantes zonas periféricas.

No concernente a situação de trabalho da mãe, 74.0% (n=148) adolescentes não trabalham e somente 26.0% (n=52) adolescentes trabalham.

Em termos de profissão/ocupação 34.0% (n=68) adolescentes são funcionárias por conta própria, 25.5% (n=51), são da função pública, 20.0% (n=40), são desempregadas/sem ocupação, 15% (n=30), são estudantes, 3.0% (n=6), são funcionárias por conta de outrem e 2.5% (n=5) adolescentes são domésticas.

Quanto ao tipo de parto, 83.0% (n=166) das participantes ao estudo, tiveram parto normal, ao passo que 17.0% (n=34) tiveram parto distócito.

No que diz respeito ao local de parto, 55.0% (n=110), fizeram o parto no Hospital, 27.5% (n=55), fizeram-no no Centro de Saúde e 17.5% (n=35), fizeram o parto em casa.

No concernente ao tempo de gravidez, 92.5% (n=185), adolescentes tiveram gravidez de termo ao passo que 7.5% (n=15) adolescentes não tiveram gravidez de termo.

Quanto ao planeamento da gravidez, 59.0% (n=118), adolescentes não planearam a sua gravidez e 41.0% (n=82), planearam a sua gravidez.

Em termos de coabitação com o pai do bebé, 72.5% (n=145) adolescentes coabitam com os pais dos seus bebés, ao passo que 27.5% (n=55) de adolescentes não coabitam com os pais dos respectivos bebés.

No que diz respeito à pretensão de ter mais filhos, 56.5% (n=113) adolescentes não pretendem ter mais filhos e 43.5% (n=87) adolescentes pretendem ter mais filhos.

No concernente a luz em casa, 76.5% (n=153) de adolescentes tem luz em casa, enquanto que 23.5% (n=47) adolescentes não possuem luz em casa.

Quanto à água em casa, 66.0% (n=132) de adolescentes tem água em casa, ao passo que 34.0% (n=68) adolescentes não possui água em casa.

No que diz respeito às vacinas, 99.5% (n=199) adolescentes foram vacinadas e apenas 0.5% (n=1) adolescentes não foi vacinada.

Tabela 2. Variáveis sócio-demográficas referentes ao bebé

Variáveis	N	%	Min	Max	Méd	DP
Idade bebé	200	100	1	6	3.28	1.51
Um mês	29	14.50				
Dois meses	36	18.00				
Três meses	50	25.00				
Quatro meses	41	20.50				
Cinco meses	24	12.00				
Seis meses	20	10.00				
Peso do bebé	200	100	2	12	4.70	2.01
2	9	4.50				
3	67	33.50				
4	44	22.00				
5	17	8.50				
6	21	10.50				
7	18	9.00				
8	16	8.00				
9	3	1.50				
10	4	2.00				
12	1	0.50				

Sexo	200	100
Feminino	94	47.00
Masculino	106	53.00

A Tabela 2, reflecte os dados relativos às variáveis sócio-demográficas referentes ao bebê. Trata-se da idade, do peso e do sexo do bebê.

No que diz respeito à idade, 14.50% (n=29) bebês, têm um mês de idade, 18.00% (n=36) bebês têm dois meses de idade, 25.00% (n=50) bebês, têm três meses de idade, 20.50% (n=41) bebês têm quatro meses de idade, 12.0% (n=24) bebês têm cinco meses de idade e 10.00% (n=20) bebês têm seis meses de idade. A idade mínima é de um mês, a máxima é de seis meses, a média é de 3.28 e o desvio padrão é de 1.51.

Quanto ao peso do bebê, 4.50% (n=9) bebês têm dois kg, 33.50% (n=67) bebês têm três kg, 22.00% (n=44) bebês têm quatro kg, 8.50% (n=17) bebês têm cinco kg, 10.50% (n=21) bebês têm seis kg, 9.00% (n=18) bebês têm sete kg, 8.00% (n=16) bebês têm oito kg, 1.50% (n=3) bebês têm nove kg, 2.00% (n=10) e 0.50% (n=1) tem doze kg.

No concernente ao sexo, 53.00% (n=106) bebês são do sexo masculino e 47.00% (n=94) bebês são do sexo feminino.

3.2. Prevalência da DPN em mães adolescentes

A prevalência da DPN, foi calculada através da análise das respostas ao questionário EPDS. Estes resultados encontram-se na tabela que se segue.

Tabela 3. Incidência da DPN de acordo com a EPDS

Classificação	N	%
Sem depressão	78	39.00
Com depressão	122	61.00

Na Tabela 3, encontram-se os dados relativos à incidência da DPN obtidos através dos resultados da EPDS, verificando-se que 122 adolescentes, correspondendo a 61.0% têm depressão. Somente 78, o que equivale a 39.0 % não têm depressão.

3.3. Caracterização da percepção maternal das adolescentes no pós-natal

A Tabela 4, a seguir, refere-se à distribuição da frequência e percentagem de respostas ao Questionário de Percepção da Maternidade, composto por 27 questões.

Tabela 4. Percepções da Maternidade

Questões	N	%	Questões	N	%
1. Sente-se mais cansada com as tarefas agora do que antes de ter o bebé?	Sim 132 Não 68	66.00 34.00	15. O marido/companheiro ajuda-a em casa?	Sim 103 Não 97	51.50 48.50
2. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a?	Sim 125 Não 75	62.50 37.50	16. Pensa ter mais filhos?	Sim 132 Não 68	66.00 34.00
3. Deseja sexualmente o marido/companheiro?	Sim 114 Não 86	57.00 43.00	17. Estar grávida foi desagradável para si?	Sim 103 Não 97	51.50 48.50
4. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupa-a?	Sim 127 Não 73	63.50 36.50	18. Tem tido prazer ao cuidar do bebé?	Sim 165 Não 35	82.50 17.50
5. Acha que seu corpo tem um cheiro agradável?	Sim 123 Não 77	61.50 38.50	20. Sente que a relação sexual é desagradável para si?	Sim 109 Não 91	54.50 45.50
6. Acha que tem tempo suficiente para si agora que o bebe nasceu?	Sim 84 Não 116	42.00 58.00	21. Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si?	Sim 97 Não 103	48.50 51.50
7. Lamentou estar grávida?	Sim 119 Não 80	59.50 40.00	22. Sente-se bem com seu corpo?	Sim 127 Não 73	63.50 36.50
8. Acha que os seus seios estão demasiado pequenos?	Sim 63 Não 137	31.50 68.50	23. Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de ter o bebé?	Sim 109 Não 91	54.50 45.50
9. Acha que os seios estão demasiado grandes?	Sim 72 Não 128	36.00 64.00	24. Gosta de dar de mamar ao bebé?	Não 166 Sim 33	83.00 16.50
10. Faz alguma coisa para cuidar do seu corpo?	Sim 96 Não 104	48.00 52.00	25. Gosta de brincar com o bebé?	Sim 171 Não 29	85.50 14.50
12. Sentiu-se envergonha no que se	Sim 114	57.00	26. O seu bebé chora muito?	Sim 92	46.00

refere ao relacionamento sexual	Não	86	43.00		Não	108	54.00
13. A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?	Sim	106	53.00	27. Consegue dormir bem?	Sim	147	73.50
	Não	94	47.00		Não	53	26.50
14. Tem-se sentido feliz por ter ficado grávida?	Sim	119	59.50				
	Não	81	40.50				

Em relação ao Questionário de Percepção da Maternidade, das 27 questões contidas nele, algumas saltam à vista, com uma percentagem acima de 63.50%, como se seguem: Questionadas se sentiam-se mais cansadas com as tarefas agora do que antes de ter o bebé, 132, equivalente a 66.0%, responderam sim, ao passo que 68 participantes, correspondente a 34.0% responderam não. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé, teve 127 respostas, as afirmativas, totalizando 63.5%, ao passo que 73 adolescentes, correspondendo a 36.5% responderam não. Quanto ao tamanho dos seios, 72, ou seja, 36.0% acharam seus seios demasiados grandes e 128, correspondendo a 64.0% não acharam seus seios demasiados grandes. 165 adolescentes, equivalente a 82.5%, têm tido o prazer de cuidar do seu bebé, contra apenas 35, ou seja, 17.5% que não tem tido tal prazer. 147 participantes, correspondendo a 73.5% conseguem dormir bem e 53, ou seja, 26.5% negou a resposta.

3.5. Apresentação dos dados obtidos em função da realização dos testes t

A Tabela 5, descreve a relação entre DPN e variáveis sócio-demográficas. De todas as variáveis analisadas, 5 demonstraram diferenças estatisticamente significativas, na manifestação de DPN. Essas variáveis foram: situação de trabalho da mãe, coabitação com o pai do bebé, existência de luz e água em casa, bem como o local de residência.

Tabela 5. Relação entre DPN e variáveis sócio-demográficas

Variáveis		N	M EPDS	t	gl	p
Estado civil	Solteiro	176	11.34	1.60	194	ns
	Casado	24	11.50			
Situação de trabalho da mãe	Sim	52	9.88	-2.02	198	0.04
	Não	148	11.47			
Tipo de parto	Eutócico	166	11.28	1.38	198	ns
	Distócico	34	10.0			
Planeamento da gravidez	Sim	40	10.22	-1.20	198	ns
	Não	160	11.27			

Vive com o pai do bebê	Sim	59	9.32	-3.32	198	0.001
	Não	141	11.79			
Tem luz em casa	Sim	122	9.99	-3.99	198	< 0.001
	Não	78	12,73			
Tem água em casa	Sim	131	9.81	-5.29	198	< 0.001
	Não	69	13.43			
Local de residência	Cidade	70	7.56	2.15	188	0.03
	Bairros	130	6.13			
Foi gravidez de termo	Sim	163	11,01	-0.28	198	ns
	Não	37	11,27			
Sexo do bebê	Feminino	94	10.85	-0.56	198	ns
	Masculino	106	11.25			
Pretende ter mais filho	Sim	140	10.32	-3.33	198	ns
	Não	60	12.8			

As mães que trabalham, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior (M=9.88) às mães que não trabalham (M=11.47), $t(-2.02)=198$, $p=0.04$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que vivem com o pai do bebê, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior (M=9.32) às mães que não vivem com o pai do bebê (M=11.79), $t(-3.320)=198$, $p=0.001$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que têm luz em casa, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior (M=9.99) às mães que não têm luz em casa (M=12.72), $t(-3,991)=198$, $p<0.001$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que têm água em casa, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior (M=9.81) às mães que não têm água em casa (M=13.43), $t(-5.293)=198$, $p<0.001$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que residem nos bairros, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior (M=6.13) às mães que residem na cidade (M=7.56), $t(2.157)=188$, $p=0.032$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

A Tabela 6 que se segue, apresenta-nos a relação entre a DPN e percepção materna, que foi testada através da realização de testes t de student.

Tabela 6. Relação entre DPN e percepção materna

Questão		N	M EPDS	t	gl	p
1. Sente que fica mais cansada a fazer as suas tarefas agora do que antes de ter o bebé?	Sim	132	11.34	1.12	198	ns
	Não	68	10.51			
2. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a?	Sim	125	11.98	3.53	198	0.001
	Não	75	9.52			
3. Deseja sexualmente o marido/companheiro?	Sim	114	10.72	-1.13	198	ns
	Não	86	11.51			
4. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupa-a?	Sim	127	11.64	2.21	198	ns
	Não	73	10.05			
5. Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?	Sim	123	9.84	-4.68	198	< 0.001
	Não	77	13.01			
6. Acha que tem tempo suficiente para si agora que o bebé nasceu?	Sim	84	10.10	-2.39	198	ns
	Não	116	11.76			
7. Lamentou estar grávida?	Sim	119	11.88	2.82	197	0.005
	Não	80	9,91			
8. Acha que os seus seios estão demasiado pequenos?	Sim	63	11.43	0.71	198	ns
	Não	137	10.89			
9. Acha que os seus seios estão demasiado grandes?	Sim	72	11.21	0.32	198	ns
	Não	128	10.98			
10. Faz alguma coisa para cuidar do corpo?	Sim	96	11.84	2.19	198	0.030
	Não	104	10.34			
12. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?	Sim	114	12.29	4.25	198	< 0.001
	Não	86	9.43			
13. A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?	Sim	106	10.23	-2.58	198	0.001
	Não	94	12.00			
14. Tem se sentido feliz por ter ficado grávida?	Sim	119	10.08	-3.53	198	0,001
	Não	81	12.51			
15. O marido/companheiro ajuda-a em casa?	Sim	103	10.50	-1.68	198	ns
	Não	97	11.66			
16. Pensa ter mais filho?	Sim	132	10.2	-1.36	198	ns
	Não	68	11.72			
17. Estar grávida foi desagradável para si?	Sim	103	11.68	1.85	198	ns
	Não	97	10.40			
18. Tem tido prazer ao cuidar do bebé?	Sim	165	11.08	0.15	198	ns
	Não	35	10.94			
20. Sente que a relação sexual é desagradável para si?	Sim	109	11.50	1.40	198	ns
	Não	91	10.54			
21. Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si?	Sim	97	11.09	0.09	198	ns
	Não	103	11.03			
22. Sente-se bem com o seu corpo?	Sim	127	10.24	-3.20	198	0.002
	Não	73	12.49			
23. Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?	Sim	109	12.20	3.71	198	< 0.001
	Não	91	9.69			
24. Gosta de dar de mamar ao bebé?	Sim	166	11.22	1.17	197	ns
	Não	33	10.12			
25. Gosta de brincar com o bebé?	Sim	171	10.91	-1.07	198	ns
	Não	29	11.97			
26. O seu bebé chora muito?	Sim	92	10.16	-2.41	198	0,017
	Não	108	11.82			
27. Consegue dormir bem?	Sim	147	10.85	-1.00	198	ns

As mães que não se sentem preocupadas com a ideia de não vir a ser uma boa mãe, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=9.52$) às mães que se sentem preocupadas ($M=11.98$), $t(3.535)=198, p=0.002$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que acham que o cheiro do seu corpo é agradável, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=9.84$) às mães que o cheiro do seu corpo não é agradável ($M=10.05$), $t(-4,681)=198, p=0.001$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que não lamentaram terem estado grávidas, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=9.91$) às mães que lamentaram terem estado grávidas ($M=11.88$), $t(2,829)=197, p=0.05$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que não fizeram alguma coisa para cuidar do seu corpo, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=10.34$) às mães que fizeram alguma coisa para cuidar do seu corpo ($M=11.84$), $t(2.190)=198, p=0.030$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que não se sentiram envergonhadas no que se refere ao relacionamento sexual, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=9.43$) às mães que se sentiram envergonhadas no relacionamento sexual ($M=12.29$), $t(4.25)=198, p<0.001$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães à quem a ideia de usar roupas de grávida agradou-lhes, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=10.23$) às mães à quem a ideia de usar roupas de grávida não agradou ($M=12.00$), $t(-2,587)=1987, p=0.010$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que não se foram sentindo felizes por terem ficado grávidas, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=10.08$) às mães que se foram sentindo felizes por terem ficado grávidas ($M=12.51$), $t(-3.536)=198, p=0.001$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que se sentem bem com o seu corpo, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=10.24$) às mães que não se sentem bem com o seu corpo ($M=12.49$), $t(-3.203)=198, p=0.002$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que não pensam que a sua vida será mais difícil depois de terem o bebê, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=9.69$) às mães que pensam que a sua vida será mais difícil após terem o bebê ($M=12.20$), $t(3.715)=198$, $p<0.001$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As mães que disseram que o seu bebê chorava muito, têm uma média de sintomatologia depressiva inferior ($M=10.16$) às mães que disseram que seu bebê não chorava muito ($M=11.82$), $t(-2.414)=198$, $p=0.017$, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

Este capítulo constitui uma etapa de suma importância ao longo do processo de investigação, por permitir trazer à ribalta, os dados mais significativos encontrados e deste modo colocá-los face a face com as teorias e modelos que suportam o presente estudo. É pois, aqui onde se discutem as inferências tornadas possíveis, após a aplicação dos testes estatísticos, convertendo-se assim num momento de enriquecimento do saber científico. Nesta acepção, no presente capítulo, faremos a análise e discussão dos resultados em função dos objectivos por nós elaborados, permitindo desta forma, confrontá-los com os dados de trabalhos realizados por outros investigadores.

Barbosa e Silva (2006) afirmam que há poucos trabalhos que avaliem a DPN na adolescência.

No presente estudo, podemos constatar que 53% tem menos de 16 anos de idade, 70,5% das mães adolescentes não vivem com os pais dos bebés, 74% não trabalham, 80% não planeou a gravidez, 81% tem habilitações literárias da 1ª à 9ª classes e 88,0% das participantes ao estudo são mães solteiras.

A incidência de DPN no pós-parto em mães adolescentes neste estudo é de 61%, considerada muito elevada, por ser superior a encontrada por Gonçalves (2008), tendo-se observado uma prevalência de 16% a 44% da depressão pós-parto, quase duas vezes mais elevada que nas gestantes adultas (Szigethy & Ruiz, 2001), facto este reforçado por vários estudos empíricos que mostram que uma em cada duas mães adolescentes fica deprimida depois do parto (Colleta, 1983; Deal & Holtz, 1998; Figueiredo, Pacheco & Costa, 2007).

Pelo facto, concordamos com o estudo feito por Azevedo e Arrais (2006), e que permitiu levantar alguns indicadores que podem ter concorrido para o surgimento da depressão pós-parto: a impossibilidade de corresponder a altos ideais relacionados com a maternidade acabou por promover desapontamento, vergonha, desilusão, fracasso e fragilidade; o não poder contar com a rede social de apoio tradicional, particularmente a mãe; a impossibilidade de uma discussão ampla sobre as ambivalências comuns na maternidade acabou por suscitar conflitos e sentimentos de inadequação que favoreceram o aparecimento da DPN.

As autoras puderam perceber que o humor deprimido da paciente expressava o sofrimento pela perda das imagens idealizadas com relação ao bebê, a si mesma como mãe e ao tipo de vida que se estabeleceu com o filho. Beck (2001) realizou uma meta-análise de 84 estudos publicados até 1990 acerca da D.P.N., para determinar a relação entre esta perturbação e vários factores de risco. Os resultados revelaram alguns preditores significativos: baixa auto-estima, stress relacionado com os cuidados ao bebê, ansiedade pré-natal, circunstâncias de vida adversas, baixo suporte social, dificuldades na relação matrimonial, história anterior de Depressão, dificuldades temperamentais do bebê, blues pós-natal, estatuto marital, estatuto socio-económico e gravidez não planeada/não desejada. Comparando as diferenças de médias da depressão em função das variáveis demográficas, pudemos constatar que existia diferença estatisticamente significativa para as variáveis a situação de trabalho da mãe, planeamento da gravidez, a coabitação com o pai do bebê, ter água e luz em casa e a pretensão de ter mais filhos, excepto o planeamento da gravidez.

Quanto às diferenças de médias da depressão em função das variáveis da percepção da maternidade, pudemos verificar uma relação estatisticamente significativa para as variáveis relativamente à preocupação pela ideia de não vir a ser uma boa mãe, de achar que o seu corpo tem um cheiro agradável, de lamentar por ter estado grávida, em fazer algum a coisa para cuidar do corpo, em sentir-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual, em ter-lhe agradado a ideia de usar roupas de grávida, no facto de se ter sentido feliz por ter estado grávida, em sentir-se bem com o seu corpo, em pensar que sua vida será mais difícil depois de o bebê nascer, bem como no facto de o bebê chorar muito.

Deste modo, concordamos também com Moraes, Hasselmann e Reichenheim (2002), quando afirmam que as precárias condições socio-econômicas e a não aceitação da gravidez são os fatores que mais influenciam o aparecimento da depressão no no pós-parto. Considerando a DPN na adolescência como um problema de carácter social, é relevante investigar se as adolescentes estão mais predispostas a apresentar DPN.

CAPÍTULO V- CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo teve como principal propósito analisar a ocorrência da depressão no pós-parto em mães adolescentes na Província de Benguela.

Nesta acepção, dados resultantes desta investigação e em concordância com o problema e objectivos, chegou-se às seguintes conclusões:

A depressão que ocorre no pós-parto em mães adolescentes em Angola, ainda é pouco estudada, sendo, pelo menos até hoje, o único estudo realizado neste sentido na Província de Benguela;

A incidência da depressão em mães adolescentes estudada é considerada alta, sendo de 61.0% se comparada com estudos realizados por outros investigadores 16% a 44% da depressão pós-parto Gonçalves (2008).

Algumas variáveis sócio-demográficas estudadas, constituíram factores de risco para a ocorrência da depressão em mães adolescentes, como a idade, o estado civil de solteira, baixo nível educacional e sobretudo o suporte social inadequado;

Há necessidade de se realizar mais estudos com a mesma faixa etária, de natureza comparativa, para se determinar o ponto de situação desta sintomatologia no pós-parto. Esta ideia encontra respaldo no quadro actual em termos de estudo do fenómeno Depressão pós-parto na Província de Benguela, pelo facto de taxa de Depressão encontrada neste estudo ser de 61.00%, considerada muito elevada, daí a necessidade de se promover acções de âmbito local com a participação de entidades singulares e colectivas na discussão e busca de soluções, com vista a melhorar o actual quadro que aos poucos e de forma silenciosa, vai dilacerando o corpo e a alma da mãe adolescente na Província de Benguela.

CAPITULO VI –REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Areias, M. E. G. (1994). *Maternidade e Depressão no Casal*. Tese de Doutoramento apresentada ao ICBAS, U. Porto, Porto.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A.R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia, Reflexão e crítica*, 19 (2)-269-276.
- Bahls, S.C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAÇÃO*, 3, 49-60.
- Barbosa, E. M. S., Silva, M. C., Silva, M. R., Montenegro, M. C., & Petribú, K. (2006). Depressão pós-parto na adolescência: um problema relevante?. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 935-937.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 5(50), 275-285.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó, J. R. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiq Clín*, 92-102.
- Câmara, P. (2005). *Depressão na Infância e Relações Objectais*. 1ª Edição, Lisboa.
- Colletta, N. D. (1983). At risk for depression: a study of young mothers. *The Journal of Genetic Psychology*, 142, 301-310.
- Consult-Sociedade Angolana de Estudos e Consultoria, Lda. (2007). *Monografia da Província de Benguela*. 1ª Edição, Benguela.
- Cooper, P.J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166, 191-195.
- Deal, L. W., & Holt, V. L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health*, 88(2), 266-269.
- American Psychological Association. (2004). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., Texto Revisto). Climepsi Editores.
- Dunnewold, A. L. (1997). *Evaluation and treatment of postpartum emotional disorders*. Sarasota: Professional Resource Press.

- Figueira, P., Correa, H., Malloy-Diniz, L., & Romano-Silva, M. A. (2009). Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Revista de Saúde Pública*, 43(Suppl 1),79-84.
- Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: consequências e trajetórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 18(.4),485-498.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2005). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes a Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 a 2003. *Análise Psicológica*, 22 (3), 551-570.
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C.A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Revista Psicologia em estudo*, 10(1), 47-55.
- Gonçalves, J.I.C. (2008). *Depressão pós-parto da mãe e retraimento social do bebé*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia
- 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: Roca, 135 p.
Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=261754&indexSearch=ID>
- Lerner, G. H. (1993). Collectivities in action: Establishing the relevance of conjoined participation in conversation. *Text*, 13(2), 213-245.
- Luemba, M. (2009). *Vivências depressivas, ansiedade e situação de estresse de pais/cuidadores de crianças portadoras de anemia falciforme*. Tese de Mestrado apresentada a Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
- Matos, A. C. (2007). *A Depressão*. Climepsi Editores, 2ª Edição, Lisboa.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, 40, 65-70.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*, 8, 37-54.

O'Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. In L. Murray & P.J. Cooper. *Postpartum depression and child development* (pp.3-34). New York: The Guilford Press.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1995). Melhorando o Desenvolvimento Psicossocial de Crianças: programa para o enriquecimento das interações mães e filhos. MNH/PSF/95.4, Divisão de Saúde Mental, Genebra. Disponível em: http://libdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MHP_98.1_por.pdf

Pacheco, A., Costa, R., Figueiredo, B., & Magarinho, R. (2003). Estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 35-59.

Relvas, J. S. (1985). *Locus de controlo e depressão: influência das expectativas de controlo do reforço na etiopatogenia e manifestações da depressão*. Tese de Doutoramento apresentada à FMUC Medicina. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/936>

Romito, P., Saurel-Cubizolles, M. J., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.

Schwengber, D. D., & Piccinini, C. A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 20(3), 233-240.

Silva, M. R., & Piccinini, C. A. (2009). Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 05-12.

Szigethy, E.M.; Ruiz, P. (2001). Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *Am J Psychiatry*, 158(1), 22-27.

Tammentie, T., Tarkka, M. T., Astedt-Kurki, P., & Paavilainen, E. (2002). Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract*, 8(5), 240-246.

Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *Edição Standard das Obras completas de Sigmund Freud*, vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago.

Klein, M. (1982). *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

Zambaldi, C. F., Cantalino, A., & Sourgey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de estress pós-traumático: revisão de literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 252-257.

ANEXOS

Anexo 1



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.
TALHÃO ORIGINAL
(Márcia Martins de Moura, Dra.)

Anexo 3

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. Sente que fica mais cansada a fazer as suas tarefas agora do que antes de ter o bebé?		
2. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a?		
3. Deseja sexualmente o marido/companheiro?		
4. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupa-a?		
5. Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?		
6. Acha que tem tempo suficiente para si, agora que o bebé nasceu?		
7. Lamentou estar grávida?		
8. Acha que os seus seios estão demasiado pequenos?		
9. Acha que os seus seios estão demasiado grandes?		
10. Faz alguma coisa para cuidar do seu corpo?		
11. Se respondeu sim à questão anterior diga que cuidados tem com o seu corpo?		
12. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?		
13. A ideia de usar roupas de grávida agradou-lhe?		
14. Tem-se sentido feliz por ter ficado grávida?		
15. O marido/companheiro ajuda-a em casa?		
16. Pensa ter mais filhos?		
17. Estar grávida foi desagradável para si?		
18. Tem tido prazer ao cuidar do bebé?		
19. Quanto tempo depois de o bebé nascer começou a ter relações sexuais?		
20. Sente que a relação sexual é desagradável para si?		
21. Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si?		
22. Sente-se bem com o seu corpo?		
23. Pensa que a sua vida irá ser mais difícil depois de o bebé nascer?		
24. Gosta de dar de mamar ao bebé?		
25. Gosta de brincar com o bebé?		
26. O seu bebé chora muito?		
27. Consegue dormir bem?		

Anexo 4

Questionário de caracterização sócio-demográfica

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

Nome do Entrevistador _____

MÃE		PAI		BEBÉ	
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 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