

EMANUEL MAWETH PAULO ANTÓNIO

**ESTUDO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NOS TRÊS PRIMEIROS
MESES PÓS-PARTO, EM MULHERES MULTÍPARAS DE BENGUELA**

Dissertação apresentada no Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N), em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Orientador: Doutora Florbela Teixeira

PORTO, 2011

RESUMO

A Depressão Pós-Natal (DPN) é uma condição séria em muitos países, que afecta a saúde da mãe e do filho. Este estudo foi desenvolvido com o objectivo de avaliar a prevalência da DPN em Benguela utilizando a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Este é um dos primeiros estudos específicos realizados em Angola no estudo da DPN. Nesse sentido, optámos por realizar um estudo de corte transversal. Os dados foram colhidos numa amostra de 200 mulheres que frequentavam o Centro Materno Infantil de Benguela (CMI) entre Janeiro a Abril de 2011. Utilizámos a EPDS para avaliar os sintomas depressivos; um questionário sócio-demográfico (QSD) para obter os dados sócio-demográficos e obstétricos e um questionário de percepção da maternidade (QPM), elaborado por nós e usado somente neste estudo, para ter a percepção da mãe diante da gravidez e do pós-parto. Os dados foram analisados no programa SPSS, versão 16.0 for Windows.

O ponto de corte igual ou superior a 10 na EPDS foi adoptado para definir as mulheres com ou sem depressão. Os resultados evidenciaram que 28% das mulheres da nossa amostra tinham depressão. Também se encontrou uma variação significativa da sintomatologia depressiva em função do desemprego, da gravidez não planeada e do local de residência.

Em conclusão, a prevalência da DPN em Benguela é alta e justifica a implementação de medidas pertinentes para o controlo da doença, como é o caso da utilização da EPDS nas instituições de saúde. Verificamos também que a EPDS pode ser facilmente aplicada nesse contexto, devido a acessibilidade do instrumento tanto da parte das mães como para os profissionais do CMI em Benguela.

Palavras-chave: avaliação, depressão pós-natal, EPDS, prevalência, puerpério.

ABSTRACT

The postnatal depression (PND) is a serious condition in many countries that affects the health of the mother and the child. This study was carried out to assess the prevalence of the PND in Benguela using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

This is one of the first specific studies conducted in Angola in the study of PND. In this sense, we opted to carry out a cross-sectional study. The data were collected on a sample of 200 women who attended the Maternal and Child Health Center of Benguela (MCHC) between January and April 2011. We used the EPDS to assess depressive symptoms; a socio-demographic questionnaire to get the socio-demographic and obstetric data, and a questionnaire of perception of maternity, developed by us and only used in this study, to get the perception of the mother about pregnancy and the postpartum. The data were analyzed in the SPSS program, version 16.0 for Windows.

The cut-off point equal to or greater than 10 in the EPDS was adopted to define women with or without depression. The results showed that 28% of women in our sample were depressed. There was also a significant variation in depressive symptoms according to unemployment, unplanned pregnancy and the place of residence.

In conclusion, the prevalence of the PND in Benguela is high and it justifies the implementation of pertinent measures for the control of the disease, as it is the case of the use of the EPDS in health institutions. We also observed that the EPDS can be easily applied in this context, due to the accessibility of the instrument on the part of both mothers and professionals of the MCHC in Benguela.

Keywords: evaluation, postnatal depression, EPDS, prevalence, puerperium.

AGRADECIMENTOS

Primeiro à Deus, nosso Eterno-Pai, por nos ter dado saúde e vida abundantes.

À minha esposa “Claudeth” e filhas “Nauclêdea e Mãezinha”, pelo carinho e paciência, vos amo!

À minha mãe Catarina Teresa, a quem tudo devo e à Djamila, Kelson, Ariussana, Tchinaquene, Dikelsya, Ayonara, Arieth, ao Wilson e à velha Joana com carinho.

Ao meu pai, amigos e vizinhos, muito grato.

Aos nossos professores do mestrado e orientadores, em particular a professora Florbela Teixeira, por me terem ajudado a crescer científica e intelectualmente.

Aos meus colegas do mestrado, em especial o Dr. Eurico, a Dra. Câmia, a Dra. Sofia, a Dra. Isaura, a Dra. Filomena e ao Dr. Bolela pela atenção e suporte sociais oferecidos ao longo da realização do trabalho.

Á Dra. Juliana (auxiliar) pelo apoio na recolha dos dados.

Á responsável do CMI e todo o seu efectivo, pelo apoio.

Á direcção da Cespu – Angola Formação e seus funcionários, pelo apoio e compreensão, sobretudo por nos terem oportunizado uma formação desta dimensão. Grato!

Aos maridos, às mães e seus bebés que consentiram participar no estudo, grato por tudo. Pois, merecem o melhor que pode acontecer nas suas vidas.

Aos meus superiores hierárquicos e colegas no Hospital Municipal da Baía-Farta, por me terem disponibilizado tempo para a execução deste trabalho.

Ao Edgar Lopes, ao Gualdino Cabeche e especialmente à Zeni “Zenilda Bernardo” pelo carinho, apoio e amizade à distância, obrigado.

Finalmente, a minha gratificação a todos que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste feito.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APA – American Psychological Association

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico Universitário

Cm – centímetros

C.S.I – Cartão de Saúde Infantil

CMI – Centro Materno Infantil de Benguela

DPN – Depressão Pós-natal

DPP – Depressão Pós-parto

DPS – Direcção Provincial de Saúde

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale

E.g. – exemplo

Gr – gramas

I.e. – isto é

M - média

N – Frequência

ISCS-N – Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

PAV – Programa Alargado de Vacinação

QPM – Questionário de Percepção da Maternidade

QSD – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfico

RN – Recém-nascido

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

% – Percentagem

ÍNDICE GERAL

RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
AGRADECIMENTOS	iv
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	v
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
ÍNDICE DE TABELAS	viii
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I. CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-NATAL	11
1.1. Definição de conceitos.....	11
1.2. Modelos de explicação da depressão pós-natal	15
1.3. Factores de risco para emergência da depressão pós-natal	17
1.4. Manifestações sintomáticas da depressão pós-natal	21
1.5. Formas e princípios de avaliação da depressão pós-natal.....	23
1.6. Consequências da depressão pós-natal	25
1.7. Intervenção na prevenção/redução da depressão pós-natal.....	28
1.8. Necessidade do estudo da depressão pós-natal em Angola.....	31
CAPÍTULO II. MÉTODO	32
2.1. Objectivos do estudo e questões de investigação.....	32
2.2. Desenho metodológico.....	32
2.3. Participantes.....	32
2.4. Materiais ou instrumentos de recolha de dados.....	33
2.5. Procedimentos.....	35
CAPÍTULO III. RESULTADOS	36
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	36
3.2. Descrição da prevalência da sintomatologia depressiva.....	38
3.3. Variação da sintomatologia depressiva em função das variáveis sócio-demográficas...39	
3.4. Descrição dos dados obtidos pela aplicação do Questionário de Percepção Materna...41	
CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO	45
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A. Termo de consentimento informado.....	63
ANEXO B. Questionário de caracterização sócio-demográfico.....	64
ANEXO C. Escala de depressão pós-natal de Edinburgh.....	65
ANEXO D. Questionário de percepção da maternidade.....	67
ANEXO E. Pedido de autorização à direcção do CMI.....	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequências das variáveis sócio-demográficas.....	36
Tabela 2 – Prevalência da sintomatologia depressiva avaliada pela EPDS para a amostra total.....	39
Tabela 3 – Prevalência da sintomatologia depressiva materna em função da idade do bebê..	39
Tabela 4 – Variação da sintomatologia depressiva em função das variáveis sócio- demográficas.....	39
Tabela 5 – Variação da sintomatologia depressiva e variáveis sócio-demográficas.....	40
Tabela 6 – Distribuição de frequências no QPM e comparação de médias da sintomatologia depressiva.....	41
Tabela 7 – Envolvimento sexual da mãe em função da idade do bebê	44

INTRODUÇÃO

A depressão pós-natal (DPN) é um quadro psicopatológico que pode surgir na mulher frequentemente após o nascimento do seu bebé (Benvenuti, Valoriani & Vanni, 2006), i.e., na transição para a parentalidade (Figueiredo, Pacheco & Costa, 2007; Hernandez & Hutz, 2009; O'Hara, 2001), sendo o puerpério um período susceptível de se desenvolver a doença (Borsa, Feil & Paniagua, 2007; Camacho et al, 2006; Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Cramer, 2002; Felix, Gomes & França, 2008; Higuti & Capocci, 2003; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004; Rojas et al., 2006; Santos, Almeida & Souza, 2009).

Vários estudos foram efectuados em diferentes países para avaliar a prevalência da DPN empregando a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) como instrumento de medida (Adewuya, 2006; Arévalo, Rámila & Pemueler, 2007; Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005; Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins & Teixeira, 1998; Inandi et al., 2002; Lee et al., 1998; Moraes et al., 2006; Regmi, Sligl, Cáster, Grut & Seear, 2002; Ruschi et al., 2007, 2009; Zaconeta, Motta & Faraña, 2004). No entanto, em Angola nenhum estudo foi desenvolvido neste sentido e, particularmente em Benguela, não se sabe qual a incidência e a prevalência da DPN, pois não há dados científicos que demonstrem a realidade da doença. Daí a legitimidade do presente estudo que, na pretensão de ajudar a resolver o problema, centra-se na seguinte questão: “Como avaliar a prevalência da depressão pós-natal em puérperas de Benguela?”

Buscar os factores que possam estar envolvidos na ocorrência da DPN em Benguela e que percepção se tem sobre a doença e suas consequências, até que ponto a EPDS é um instrumento viável para avaliar a DPN nesse contexto, são as questões que suscitaram interesse para a realização deste estudo.

A escolha do tema deveu-se ao facto de, em Angola, haver necessidades de estudos e divulgação específicas à volta da DPN, considerando o facto de as questões que se prendem com este transtorno poderem, em grande parte, passar despercebidas tanto pela população em geral como pelos profissionais de saúde em particular (Figueiredo, 2001; Guedes-Silva, Souza & Moreira, 2003; Ruschi et al., 2007; Santos et al., 2009; Saraiva & Coutinho, 2007; Vitolo, Benetti, Bartoline, Graeff & Drachler, 2007). Além disso, a visibilidade do sofrimento da mãe na fase puerperal pode ajudar a prevenir importantes problemas pessoais e familiares resultantes desse tipo de transtorno biopsicoafectivo (Saraiva & Coutinho, 2007). Pois, estudos realizados nesta vertente têm encontrado taxa altas de prevalência da doença, e.g. 11-17% (Lee et al., 1998), 12% (Da-Silva et al., 1998; Regmi et al., 2002), 22,2% (Zaconeta et

al., 2004), 27,2% (Inandi et al., 2002), 39,4% (Rushi et al., 2007). É consensual entre os autores que a EPDS é um instrumento eficaz para ser implementado no despiste de sintomas depressivos quer durante a gestação (Campo-Arias, Ayola-Castillo, Peinado-Valência, Amor-Parra & Cogollo, 2007; Silva et al., 2010), quer no puerpério (Regmi et al., 2002) como em ambos períodos (Baptista & Baptista, 2005; Da-Silva et al., 1998; Figueiredo et al., 2007). Neste sentido, o estudo se reveste de grande importância teórica e prática, uma vez que (i) contribuiu para aprofundar os conhecimentos sobre o tema e (ii) oferece um conjunto de informações e sugestões práticas que podem contribuir para minimizar os efeitos potenciais da DPN.

Em termos estruturais, o trabalho possui essencialmente uma introdução e quatro capítulos: no primeiro faz-se a caracterização da DPN, com abordagens sobre suas manifestações, causas, modelos de explicação e consequências, assim como aspectos importantes inerentes à avaliação da DPN, em especial referentes à utilização da EPDS; a seguir vem o método, onde são espelhados os objectivos, o desenho metodológico, participantes, instrumentos utilizados, procedimentos adoptados; no terceiro capítulo, são descritos os resultados obtidos e o quarto capítulo é reservado à discussão dos dados. Finalmente vem a conclusão do trabalho, as referências bibliográficas e anexos.

A falta de informação sobre a DPN compromete a compreensão do transtorno e influencia negativamente na tomada de decisões para o seu controlo. Por isso, com a pretensão de avaliar a sintomatologia depressiva numa amostra de puérperas de Benguela que se encontram no primeiro trimestre pós-parto, este trabalho apresenta dados importantes sobre a prevalência da doença e sobre a legitimidade da aplicação da EPDS nesse contexto. Pois, a partir dessas informações podem ser accionados esforços positivos capazes de promover a saúde mental da mulher e da família e reduzir ou minimizar os efeitos negativos do referido transtorno.

CAPITULO I. CARACTERIZAÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-NATAL

Com base nas pesquisas bibliográficas efectuadas, este capítulo aborda a DPN nas suas diversas componentes tentando contribuir para a elaboração de uma breve resenha sobre actual estado de conhecimentos existentes sobre o tema a nível mundial.

1.1. Definição de conceitos

Neste item são apresentadas as definições de alguns conceitos referentes à DPN, na óptica de vários autores para que se possa ter uma compreensão melhor de algumas dimensões importantes no seu estudo.

1.1.1 *Depressão pós-natal*

O termo “depressão” pode ser usado como sinónimo de uma doença, um sintoma ou um estado de espírito (Felix et al., 2008; Luemba, 2009; Santos et al., 2009). Como estado activo a depressão é uma reacção normal da pessoa diante de uma privação, derrota ou contrariedades na vida que, sendo de pouca duração e intensidade, não constitui motivos de preocupação profissional. No entanto, como sintoma ou doença a depressão deve merecer a atenção dos profissionais de saúde, pela sua gravidade e consequências.

Após o nascimento do seu bebé, a mãe pode ter depressão (caso da DPN) ou apresentar sintomas depressivos. O conceito de DPN representa uma expressão diagnóstica útil e vantajosa que reduz o estigma e capacita as mães, com transtornos psiquiátricos do pós-parto, a reconhecerem que estão doentes e que precisam de ajuda (Benvenuti et al., 2006; Brockington, 2004; Cox, Murray & Chapman, 1993; Hagen, 1999).

Diferentes termos têm sido utilizados por vários autores para referir este mesmo transtorno: posnatal depression (Da-Silva et al., 1998; Inandi et al., 2002; Shakespeare, Blake & Garcia, 2003), depressão materna (Motta, Lucion & Manfro, 2005; Weinberg & Tronik, 1998), depressão pós-parto (DPP) (Figueiredo et al., 2007; O’Hara, 2001), depressão puerperal (Camacho et al, 2006; Silva & Boti, 2005), entre outros.

A DPN diz respeito à existência de um episódio de depressão maior que surge na mulher nas primeiras quatro semanas depois do parto, porquanto a depressão materna refere-se ao quadro depressivo que surge na mulher depois deste período e em particular durante o primeiro ano de vida do bebé (Chaudron, Szilagyi, Kitzman, Wadkins & Conwell, 2004; Choi, Bishai & Minkovitz, 2009; Frizzo & Piccinini, 2005, 2007).

“A depressão pós-parto (DP) foi definida como transtorno do humor que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto e pode ser de intensidade leve e

transitória, neurótica, até desordem psicótica” (Mattar et al., 2007, p.471). De acordo com Zaconeta et al. (2004), a DPP tem sido definida pela presença de todo o transtorno depressivo que se manifesta durante o primeiro ano do pós-parto, sem sintomas psicóticos. Outros autores situam o início dos sintomas em vários períodos: em duas a três semanas (Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2008), nas quatro semanas (DSM-IV-TR, 2002), de quatro a oito semanas (Felix et al., 2008; Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005), de quatro semanas a seis meses (Guedes-Silva et al., 2003; Santos et al., 2009), dois a três meses (Andrade, Martins, Almeida, Adão & Abuin, 2010; Figueiredo, 2001; Marques, 2003) e aos três meses (Kumar & Robson, 1984). Guédény e Jeammet (2001) acentuam que a DPN consiste em episódios depressivos menores e maiores que surgem no início do segundo mês e o final do primeiro ano pós-natal. Outros autores corroboram que a doença começa entre a quarta e oitava semanas após o parto até um ou dois anos de vida da criança, ou ainda a partir deste período (Schewengber & Piccinini, 2003, 2005; Schwengber, Prado & Piccinini, 2009).

A DPN surge estritamente vinculada ao parto (Figueiredo, 2001), sendo o transtorno afectivo mais prevalente no puerpério (Masmoudi, Trabelsi, Charfeddine & Jaoua, 2006; Miller, Pallant & Negri, 2006) cujo quadro clínico pode manifestar algumas particularidades de sintomas como a presença mais frequente de obsessões e compulsões (Zambaldi et al., 2008). A depressão puerperal perturba o físico, o humor e o pensamento, alterando na pessoa a forma de ver, sentir, entender a realidade à sua volta e de manifestar ou sentir prazer na vida (Coutinho & Saraiva, 2008a).

Do ponto de vista da saúde materno-infantil, a DPN é uma doença mental que incide nos planos de saúde em países em via de desenvolvimento (Regmi et al., 2002). Nesse sentido, a DPN “é uma patologia que ocorre nas primeiras semanas após o parto com conseqüências negativas não só para a mãe, como também para o bebê e para a família” (Costa, Pacheco & Figueiredo, 2007, p.157) cuja prevalência pode variar entre 6,5% e 27,5%.

Pode-se assim dizer que “a depressão puerperal consiste num adoecimento que afeta a saúde da mulher, com repercussões na interação social da mãe com seu bebê e com toda a sua família” (Coutinho & Saraiva, 2008b, p.769). Considerando a alta prevalência e conseqüências na estrutura e dinâmica familiar, a DPN é percebida como um problema sério de saúde pública (Chandran, Tharyan, Muliylil & Abraham, 2002; Dennis & McQueen, 2009; Forman, Videbech, Hedegaard, Salvig & Secher, 2000; Inandi et al., 2002; McCoy, Beal, Shipman, Payton & Watson, 2006; Moraes et al., 2006; Robertson et al., 2004; Ruschi et al., 2007, 2009; Stewart, Robertson, Dennis & Grace, 2004; Tannous, Gigante, Fuchs & Busnello, 2008; Valença & Germano, 2010).

Os conceitos expostos permitem perceber que a maior parte dos autores converge no sentido de que a DPN é uma perturbação do humor típica do puerpério, a mais prevalente, e que acarreta efeitos negativos para a mãe, o filho e família. Além disso, é consensual entre os autores que o transtorno representa um problema importante de saúde pública. No entanto, os autores diferem nos seus pontos de vista quanto ao que despoleta o início dos sintomas. Outra diferença prende-se com o uso de terminologias distintas para o transtorno. É de realçar que a expressão “DPN” passa a ser usada como denominador comum às designações já enunciadas, pois apesar da versatilidade, elas expressam o mesmo transtorno emocional no período pós-natal.

1.1.2. Prevalência versus incidência

Apoiando-se em Mausner e Kramer, Ribeiro (1998) esclarece que a taxa de prevalência equivale ao número de indivíduos de uma população que possuem determinada doença num dado tempo enquanto que a taxa de incidência corresponde a probabilidade de estes mesmos indivíduos adquirirem certa doença num período de tempo determinado. De acordo com o Dicionário de Termos Médicos, Costa (2005, p.645) aponta que a incidência constitui a “proporção de novos casos de determinada doença por 1000 habitantes” enquanto que a prevalência diz respeito a quantidade de casos de uma certa doença existente numa dada população independentemente de serem novos ou antigos.

Segundo esses autores, o conceito de incidência reflecte o número de novos ou prováveis casos de doença enquanto que em relação à prevalência, não se faz a distinção entre o novo ou provável e o número de pessoas que têm a doença. Nesse sentido, tratando-se do primeiro estudo efectuado nesta vertente e tendo em conta que não existem dados claros sobre a quantidade de casos de DPN em Benguela, parece ser relevante adoptar a terminologia “prevalência”.

1.1.3. Puerpério

O puerpério é “o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas ou de recuperação da genitália materna havidas após o parto” (Saraiva & Coutinho, 2007, p.320). Segundo Higuti e Capocci (2003), é o período próximo de seis a oito semanas que vai desde a dequitação até a volta do organismo materno às condições pré-gravídicas. Noutra versão, o puerpério “é o período de seis semanas posterior ao parto, altura em que o aparelho reprodutivo regressa ao seu estado não grávido” (Norwitz & Schorge, 2003, p.211).

O puerpério caracteriza-se por três fases: a imediata, de um a dez dias após o parto; a tardia, do 11º ao 45º dia; e a remota, daí em diante (Higuti & Capocci, 2003; Saraiva & Coutinho, 2007, 2008). Borsa et al. (2007) afirmam que o puerpério é caracterizado pelos três meses a seguir ao parto, e que corresponde a um período de alta sensibilidade favorável a crises devido às modificações físicas e psicológicas que o seguem. Nessa fase as atenções estão focalizadas mais para os bebés que para as mães (Higuti & Capocci, 2003). “O puerpério é fase especial na vida da mulher, durante a qual as atenções estão voltadas para o recém-nascido (R/N) e existe, por parte da família, uma expectativa de mudanças e alegrias” (Mattar et al., 2007, p.471). Belentani (2009) recapitula que nessa fase a mulher tem sido menos assistida pelos profissionais de saúde estando as atenções direccionadas essencialmente ao bebé.

O puerpério constitui “um momento marcado por instabilidade emocional e vulnerabilidade feminina em relação às síndromes psiquiátricas no pós-parto” (Santos et al., 2009, p.2). Cramer (2002) infere que o período do pós-parto (ou puerpério) é uma etapa da vida da mulher com potenciais vulnerabilidades para o surgimento da psicopatologia materna. Para Camacho et al. (2006), tal como a gestação, o puerpério é um período de vida da mulher que exige ser avaliado com especial atenção, porque compreende inúmeras modificações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem incidir directamente na saúde mental das puérperas.

Em síntese, pode-se referir que os conceitos enunciados permitem dizer que o puerpério corresponde ao período em que o organismo materno se refaz do processo de gestação e parto. As definições de puerpério prendem-se maioritariamente com o tempo de recuperação da mãe face às mudanças ocorridas na gravidez e parto. Para que se possa ter uma compreensão melhor sobre a relação entre os conceitos de DPN e puerpério, entende-se que seria essencial ter em consideração o elemento referente à acomodação da mulher ao seu novo papel de mãe, referenciado por ajustamento materno ou maternal (Mendes, 2007), por ser este o aspecto que reflecte a adaptação à maternidade e ou (re)estruturação familiar ou pessoal face ao nascimento do bebé. Pela sua especificidade, o puerpério é um período sensível a DPN. Nesta fase, as atenções parecem estar direccionadas ao RN podendo a mãe e o seu sofrimento (caso exista) ser subestimados.

1.2. Modelos de explicação da depressão pós-natal

Existem diversos modelos ou teorias sobre a DPN, pois a literatura versada nesta temática é vasta (Stewart et al., 2004). De entre os vários modelos citamos os seguintes: o clínico ou médico, o das ciências sociais, o psicanalítico, o de vulnerabilidade/stress, teorias da vinculação, do stress social, cognitivo-comportamental e o modelo biopsicossocial.

1.2.1. O modelo clínico ou médico

Este modelo defende que a DPN ocorre devido à predisposição anterior para a depressão, i.e., a existência de história psiquiátrica anterior na paciente (Norwitz & Schorge, 2003) e na sequência de alterações hormonais ou nos componentes químicos que controlam o humor e as emoções.

1.2.2. O modelo das ciências sociais

Este modelo procura reconhecer certos factores sociais em que determinadas mulheres se encontram, como por exemplo o suporte social e o nível socio-económico, que provavelmente estejam na base do surgimento da doença. De acordo com este modelo, os factores sociais jogam um papel decisivo na doença (Rojas et al., 2006; Villegas et al., 2007).

1.2.3. O modelo psicanalítico

Neste modelo, a questão das perdas e dos conflitos assume um lugar importante na explicação da DPN. À experiência da maternidade se associam sentimentos contraditórios, há felicidade (pelo facto de se ser mãe e de se ter um filho) e a sensação de múltiplas perdas (perda de autonomia e de tempo, aparência, feminilidade e sexualidade bem como identidade ocupacional), que podem dar acesso ao aparecimento deste transtorno. De acordo com Kumar e Robson (1984, p.36), “Psychoanalytic theory emphasizes the importance of the individual’s early relationship with her own mother”. “A psicanálise sempre foi unânime em reconhecer a importância das primeiras relações na vida de um bebê como a base para o desenvolvimento” (Brum & Schermann, 2004, p.458).

1.2.4. Modelo de vulnerabilidade/stress

Este aporte teórico concebe que o aparecimento da depressão se dá nos períodos de transição e, deste modelo, defende que factores como os antecedentes pessoais e familiares de depressão e a ocorrência de estressores de vida potenciam o risco para a DPN (O’Hara, 2001). A vulnerabilidade ao stress pode ser devida aos factores psicológicos, sócio-ambientais, à predisposição genética e biológica da mulher. O stress é seguido por mudanças bioquímicas e

reações neuropsicológicas individuais que podem também exacerbar a depressão (Milgrom, 2001).

1.2.5. Teorias da vinculação

A vinculação materna ao bebé constitui um processo activo de acomodação recíproca, decorrente na base de um intercâmbio emocional ímpar, particular e durável da mãe e seu filho (Figueiredo, 2003). Os teóricos dessa abordagem defendem que quando os pais têm um estilo de vinculação inseguro ou ambivalente desenvolvem percepções negativas que levam à DPN. Entende-se que a construção do vínculo de apego pode ser alterada pela indisponibilidade emocional da mãe capaz de remeter o bebé ao desamparo e predispor a criança a reações equivalentes (Nunes, Fernandes & Vieira, 2007). Estes estilos de vinculação não permitem adoptar comportamentos tão adaptativos. De acordo com Nunes et al. (2007), a depressão puerperal constitui uma psicopatologia do vínculo mãe-bebé. Há uma relação importante entre o tipo de vinculação da mãe, o apego e sintomas depressivos (Schmidt & Argimon, 2009).

Segundo a teoria do apego, “a transição para a maternidade torna-se um fator de estresse (...), em consequência, a manifestação de sintomas depressivos e ansiosos poderá ocorrer” (Schmidt & Argimon, 2009, p.217).

1.2.6. Teoria do stress social

Esta teoria conceitua o nascimento da criança como um acontecimento social agudo, i.e., um stressor maior que altera o padrão de vida dos pais e exige deles a implementação rápida de novos comportamentos. Por exemplo, de acordo com Harvey (2003), a vinda de um filho pode ser um factor de stress por alterar de forma drástica a vida de uma mulher, suas expectativas e a imagem de si mesma.

1.2.7. A teoria cognitivo-comportamental

“A teoria cognitiva postula que todos os afetos são secundários à cognição, sendo esta o modo peculiar de como vivenciamos e interpretamos os acontecimentos” (Bahls, 1999, p.55). Quer dizer que todo o comportamento, funcional ou não, pode ser desenvolvido por meio da aprendizagem, i.e., a DPN pode ser explicada pela avaliação cognitiva que a mulher faz sobre os acontecimentos sucedidos e o seu posicionamento face à realidade que a envolve. De acordo com esta teoria a depressão pode resultar de problemas que a mãe manifesta em lidar com as tarefas da maternidade como por exemplo problemas de alimentação ou de sono, ou problemas na interacção mãe-bebé, como sublinhado por Marques (2003, p.87) “as mães deprimidas têm percepções desvalorizadas de si próprias enquanto mulheres e também

enquanto mães e estas percepções reflectem até certo ponto a sua inadequação no desempenho do papel maternal”.

1.2.8. Modelo biopsicossocial

De acordo com este modelo, a DPN tem a ver com os factores de natureza biológica, psicológica e social. Neste sentido, este transtorno “é uma patologia derivada de uma combinação de factores biopsicossociais, dificilmente controláveis, que atuam de forma implacável no seu surgimento” (Guedes-Silva et al., 2003, p.441). De igual modo, Masmoudi et al. (2006) afirmaram que a DPN pode subordinar-se aos factores psicodinâmicos, biológicos e também sócio-culturais. Guédeney e Jeammet (2001) corroboram esta aceção dizendo que a DPN é vista como um fenómeno biopsicossocial que ocorre numa perspectiva etiológica multifactorial, com a disposição de três factores chave: os factores biológicos, os factores psico-socio-ambientais e factores psicodinâmicos. Por conseguinte, “c’est ce qu’on nomme «le modèle biopsychosocial de la dépression», qui est accepté par la plupart des chercheurs et cliniciens” (Masmoudi et al., 2006, p.8).

A leitura comparativa dos modelos expostos permite concluir que não existe uma única forma de análise desta problemática e que, apesar de defenderem seus pressupostos individuais e/ou específicos, os vários modelos posicionam-se de forma solidária e complementar. No entanto, para que se possa ter um quadro de compreensão mais claro da DPN, há que considerar todas as perspectivas teóricas.

1.3. Factores de risco para a emergência da depressão pós-natal

Qualquer transtorno se explica por distintos aspectos nele envolvidos, dos quais, os factores que o fazem provir. Assim sendo, entende-se por factor de risco a característica que aumenta a viabilidade de contrair determinada doença (Ribeiro, 1998). Bahls (1999) sublinhou que, para investigar a patogénese da DPN, é imperativo considerar os factores biológicos, psicológicos e sócio-ambientais. Factores biopsicossociais, obstétricos e os de carácter hormonal e hereditário podem desencadear a DPN (Inandi et al., 2002; Lafer & Filho, 1999; Santos et al., 2009; Schewengber & Piccinini, 2003, 2005).

O stress psicológico e o isolamento social (Forman et al., 2000), a depressão pré-natal, stress nos cuidados da criança, eventos de vida estressantes, suporte social, ansiedade pré-natal, satisfação marital, história prévia de depressão, temperamento infantil, blues pós-parto, auto-estima, estado socio-económico, estado civil e a gravidez indesejada e/ou não planeada (Beck, 2002; Sheeder, Kabir & Stafford, 2009), são os principais elementos predictores da DPN.

As questões hormonais femininas (mudanças ou alterações endócrinas) tornam as mulheres vulneráveis aos transtornos do humor (Veras & Nardi, 2005). As alterações do humor na gestação põem as mulheres em risco de DPN (Zinga et al., 2005).

Porém, vários autores defendem que a depressão na gravidez é o maior factor de risco da DPN (Chandran et al., 2002; Silva et al., 2010) e o principal predictor de sintomas depressivos no pós-parto (Figueiredo et al., 2007). De acordo com McCoy et al. (2006), a amamentação artificial, antecedentes de depressão e hábitos tabágicos prediziam o valor de EPDS ≥ 13 .

A história prévia de depressão, a ansiedade, stress na gravidez, pouco apoio social e o facto de a mulher ser imigrante são vistos como factores de risco e predictores da DPN (Robertson et al., 2004). O blues pós-parto é também referido um factor de risco para a DPN (Adewuya, 2006; Cooper & Murray, 1995; Pearlstein, 2008; Poinso et al, 2001) e a DPN é fenómeno com um risco potencial de recorrência (Cooper & Murray, 1995).

Questões socio-económicas, história psiquiátrica anterior e pré-disposição genética podem ajudar no surgimento da DPN (Figueira, Corrêa, Mallow-Diniz & Romano-Silva, 2009). Certas mulheres têm maior vulnerabilidade a DPN pelas particularidades individuais, i.e., enquanto crianças tiveram modelos muito pobres, antecedentes de depressão e possuem fracos mecanismos de adaptação, adoptando mecanismos de *coping* menos funcionais (Milgron, 2001).

Moraes et al. (2006) concluíram que a mulher com difícil estado socio-económico e a mulher que não aceita a gravidez constituem as condições dominantes no aparecimento da depressão no puerpério. Para Joseffson et al. (2002), são cruciais os transtornos psiquiátricos, as complicações da gravidez não relatadas e o elevado número de visitas na gravidez.

Segundo Andrade et al. (2010) podem ser citados os seguintes factores psicossociais: o abuso sexual na infância, as gravidezes precoce, não planeada, não desejada ou não aceite, mães solteiras, dificuldades conjugais, multiparidade, suporte social restringido, violência doméstica, baixo nível de escolaridade, abuso de substâncias, dificuldades na adaptação ao novo papel; os factores biológicos: antecedentes psiquiátricos, história de transtorno disfórico pré-mestrual, alterações hormonais da gravidez e puerpério e complicações obstétricas; os factores relacionados com o bebé: prematuridade, malformações, nado morto, a lactação dificultada, o temperamento difícil. O deficiente trato, a má prestação de serviço dos profissionais de saúde no pré-natal, parto ou internamento e comentários inadequados são também factores importantes.

Para Villegas et al. (2007), a idade avançada, atitude negativa ante a gravidez, doenças na gravidez, cesariana, enfermidades no RN, aleitamento difícil, ansiedade e depressão pré-natais, antecedentes pessoais ou familiares de depressão maior, acontecimentos vitais stressantes, história de disforia pré-menstrual, stress psicossocial, apoio social inadequado, dificuldades sexuais com o parceiro, baixo nível socio-económico, gravidez indesejada, entre outros, são também importantes factores de risco na emergência da DPN.

De acordo com Azevedo e Arrais (2006), a não correspondência aos grandes ideais da maternidade pode accionar o desapontamento, a vergonha, a desilusão, o fracasso e a fragilidade; a rede social de apoio tradicional indisponível (sobretudo a mãe), a impossibilidade de uma discussão aberta e ampla sobre suas ambivalências são susceptíveis de levar à existência de conflitos e de sentimentos de inadequação, que podem favorecer o aparecimento da DPN.

Os problemas relacionais com a mãe, a baixa paridade, a cesariana emergente, falta de experiência prévia com a maternidade, o stress agravado pela falta de suporte social e o status marital são também apontados como factores de risco (Da-Silva et al., 1998). Os transtornos emocionais no puerpério podem também prender-se com factores fisiológicos e emocionais, acontecimentos de vida da mulher, desarranjos na relação conjugal, escasso apoio familiar e gravidez indesejada (Alt & Benetti, 2008); a menor idade, história psiquiátrica anterior, acontecimentos de vida stressantes no último ano, desentendimentos conjugais, ser solteira ou separada, o desemprego e escasso suporte social são apontados como os principais factores da DPN (Camacho et al., 2006). A falta de apoio do marido e da família em geral, somadas às precárias condições de vida socio-económicas (Motta et al., 2005), e a gestação de risco (Baptista & Baptista, 2005) são outros factores de risco. Mas, os essenciais na gestação são os seguintes:

“Depression or anxiety during pregnancy, stressful recent life events, poor social support, previous history of depression, child care stress, low self esteem, maternal neuroticism, obstetric and pregnancy complications, negative cognitive attributions, single marital status, poor relationship with partner, and low socioeconomic status” (Stewart et al., 2004, p.97).

A idade avançada, gravidez indesejada, dificuldades conjugais, problemas com os pais, a situação socio-económica, a paridade, a patologia gineco-obstétrica, cesariana, o uso de anestesia no parto, enfermidades do R/N e problemas na lactância, são descritos como factores de risco por Rojas et al. (2006).

No que diz respeito à idade das mães, existem estudos realizados com adolescentes em que se considera que ser mãe adolescente constitui um grande factor de risco, “the younger the mother the greater the risk for depression” (Figueiredo et al., 2007, p.104).

Porém, de todos estes factores identificados, o factor etiológico que reúne maior consenso na comunidade científica é a existência de sintomatologia depressiva prévia ou neurótica, antes ou durante a gravidez (Neter, Collins, Lobel & Dunkel-Schetter, 1995). A história prévia de depressão constitui um risco de 30% ao passo que os antecedentes de DPP representam um risco de 70-85% (Felix et al., 2008; Norwitz & Schorge, 2003).

No entanto, a violência doméstica (Duarte & Serrão, 2010; Mattar et al., 2007), a personalidade (Verkerk, Denollet, Van Heck, Van Son & Pop, 2005), partos múltiplos (Choi et al., 2009), a experiência de ser mãe devido ao seu carácter geralmente conflituoso (Schwengber & Piccinini, 2005), as dificuldades conjugais (Frizzo, Prado, Linares & Piccinini, 2010; Sotto-Mayor & Piccinini, 2005) e o internamento prolongado (Felix et al., 2008) são também factores de risco, de modo que a aplicação da EPDS deve ser extensiva às puérperas nessas condições (Felix et al., 2008).

Ruschi et al. (2007) concluíram que a maior frequência da doença está ligada aos factores sociais. No que diz respeito aos factores de natureza biológica, supõe-se que discretas alterações tiroideanas possam predispor à depressão, apesar de essas duas morbididades serem concomitantes do segundo ao quinto mês (Ruschi et al., 2009). Bebés prematuros, má-formações congénitas, desilusões pessoais e profissionais da mãe, baixa auto-estima, problemas conjugais e com a sogra, insatisfação com a imagem corporal, parto de emergência são também factores associados à DPN (Schmidt et al., 2005).

Como se pode ver, os factores envolvidos no surgimento da DPN são multivariados. No entanto, pensa-se que os factores que mais contribuem na etiologia da DPN são essencialmente do domínio psicossocial (Figueiredo, 2001; Higuti & Capocci, 2003), dos quais, os mais significativos se situam no contexto das relações interpessoais da mãe, extensivas ao marido, ao bebé e às outras pessoas que lhe são próximas (Figueiredo, 2001). Segundo Figueiredo (2001, p.331), “a depressão pós-parto tende a desenvolver-se em mulheres que não beneficiam de relações positivas com o cônjuge, não usufruem de uma rede consistente de apoio por parte dos familiares e próximos, e/ou têm bebés com dificuldades temperamentais”. Apesar disso, o certo é que não existe uma única causa (Lafer & Filho, 1999), de tal modo que é menos provável desenvolver alguma forma de prevenção e tratamento efectivos para todas as mulheres (Stewart et al., 2004).

1.4. Manifestações sintomáticas da depressão pós-natal

A manifestação do comportamento das mulheres deprimidas é heterogênea (Saraiva & Coutinho, 2007; Weinberg & Tronick, 1998). Contudo, é frequente referir-se que mulheres com DPN se irritam com facilidade, choram frequentemente, manifestam desespero e sentem-se com falta de energia, desamparadas e desmotivadas. Desinteressam-se sexualmente pelo parceiro, apresentam transtornos alimentares e do sono, têm habitualmente a sensação de serem incapazes de lidar com novas situações próprias dessa fase e podem também expressar queixas psicossomáticas (Schewengber & Piccinini, 2003, 2005; Schwengber et al., 2009).

A DPN caracteriza-se também por transtorno no apetite e no sono, dificuldades ao adormecer, crises de choro, desatenção, dificuldades de concentração, anedonia, ideias de suicídio e sentimentos excessivos de culpa (Frizzo & Piccinini, 2005). Para Rojas et al. (2006), o quadro envolve tendência ao choro fácil, irritabilidade, sentimentos de culpa e obsessivo-compulsivos, desprezo ao R/N ou desleixo nos cuidados do bebê, a perda da libido e em situações graves pela ideação suicida.

A DPN tem características próprias concernentes à maternidade e à observação do papel de mãe, daí a sua designação específica (Figueiredo, 2001; Francisco et al., 2007; Harvey, 2002; Zaconeta et al., 2004). São frequentes os sentimentos negativos, desinteresse pelo bebê e culpabilidade por não conseguir cuidar do bebê (Andrade, Viana & Silveira, 2006). Isto é, “depressed mothers were more likely to express negative or mixed feelings about their three-month-old babies” (Kumar & Robson, 1984, p.35).

Um aspecto importante a considerar é que os sintomas depressivos podem confundir-se muito com as mudanças comportamentais e emocionais das puérperas, ao mesmo tempo que coexistem, por exemplo, com doenças da tiróide (Rushi et al., 2009). Outro aspecto que também importa salientar na DPN, é que que por manifestar quadros depressivos não psicóticos com início menos ofensivo, os sintomas podem não ser reconhecidos e inclusive ser ignorados pelos profissionais de saúde (Higuti & Capocci, 2003), permitindo o seu agravamento ao longo do tempo.

Choro, desânimo e sentimentos de incapacidade ou inabilidade para encarar a situação, sobretudo no que se refere aos cuidados do R/N e as tarefas domésticas, são frequentes sentimentos de culpa e de auto-censura por não estar a amar ou a cuidar suficientemente do filho e quase sempre estão presentes sintomas de ansiedade acompanhando ou superando os sintomas depressivos (Zaconeta et al., 2004).

A ansiedade é muito marcada nos quadros de DPN e aparece como uma preocupação exagerada com a saúde e alimentação do bebé, concomitantemente sentimentos de culpa por não cuidar convenientemente do bebé e sentimentos de inadequação e de incapacidade na realização da sua função, e percepções desvalorizadas de si (Marques, 2003). Os sintomas envolvem a “irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, ansiedade, sentimentos de incapacidade de lidar com novas situações” (Schmidt et al., 2005, p.61).

A mulher com DPN pode, muitas vezes, procurar amortecer as suas ansiedades em ambientes fora do lar, quer seja pelo aumento das actividades e carga horária no serviço, relações extraconjugais, quer por somatizações, como por exemplo a provocação de eventuais doenças ou acidentes com fracturas, para atrair a atenção sobre si mesma (Guedes-Silva et al., 2003). O quadro de depressão puerperal pode apresentar sintomas físicos como cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal, sem causa orgânica aparente, ao mesmo tempo que surge o desânimo constante, os sentimentos de culpa, o transtorno do sono, ideias suicidas, o medo de magoar o bebé, a redução do apetite e da libido, o nível de funcionamento mental diminuído e presença de ideias obsessivas ou sobrevalorizadas. Podem também haver sentimentos de tristeza, angústia e desespero, baixa auto-estima, sentimentos de ruína e de inutilidade e visões pessimistas do futuro (Santos et al., 2009).

Roturas na interacção mãe-bebé, expressas pela subtracção da atenção e da comunicação vocal e visual com o bebé, a redução dos gestos ou sinais que incluem tocar no bebé e sorrir para ele têm sido relacionados com a DPN. Isto é, comportamentos mais evasivos, agressivos e irritáveis para com o bebé, posturas menos respondentes, e mais negativas, às necessidades do bebé podem ser evidenciados por mães deprimidas (Zinga, Phillips & Born, 2005).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), a sintomatologia depressiva do pós-parto não difere da que surge noutros períodos e enquadra-se como uma das perturbações do humor com especificador “com o início no pós-parto” desde que os sintomas ocorram dentro das 4 semanas pós-parto. De acordo com este manual, as mulheres com episódios depressivo major habitualmente têm ansiedade severa, ataque de pânico, choros frequentes, desinteressam-se pelo seu bebé e têm um tipo de insónia mais caracterizado por dificuldades ao adormecer.

Alguns autores descrevem que as mulheres deprimidas raramente reconhecem os seus sintomas como depressão (Chaudron et al., 2004; Powell, 2005). De acordo com outros autores, muitas delas têm consciência que há algo de errado, mas dizem que estão bem e recusam-se a falar dos seus sintomas (DSM-IV-TR, 2002; Figueiredo, 2001; Santos et al.,

2009; Zaconeta et al., 2004), seja pelas dificuldades que certas mulheres sentem em falar sobre seu sofrimento (Coutinho & Saraiva, 2008a) ou pelo estigma relativo aos problemas psiquiátricos e da vergonha ou medo de serem rotuladas como mães más, loucas (Mattar et al., 2007; Pearlstein, 2008), o que permite inferir que todas essas disposições maternas podem dever-se ao facto de que “quando percebemos em nós certos traços desagradáveis, inaceitáveis, nossa primeira reação é tratar de escondê-los, imaginá-los diferentes. Surge, então, o disfarce, a dissimulação, o mascaramento” (Novello, 2000, p.21), ou porque “quando não somos compreendidos por aqueles cujo amor desejamos e necessitamos, torna-se difícil e desconfortável qualquer tipo de comunicação profunda” (Powell, 2005, p.95).

Apesar das ambivalências e sentimentos de inadequação característicos dessa fase, as mães com DPN estabelecem com o seu bebé uma relação de proximidade e exclusividade, relação tal que parece ser reforçada pelas situações que aparentemente possam prejudicar a criança (Francisco et al., 2007).

Diante do que foi exposto, percebe-se a existência de grandes semelhanças na percepção dos diferentes autores quanto às manifestações sintomáticas deste transtorno. Alguns autores consideram não haver diferenças significativas entre os sintomas de depressão no pós-parto e noutros períodos de vida da mulher, porém é no contexto da maternidade que a DPN encontra a sua especificidade. Finalmente, diante dos impedimentos que as mães manifestam em expressar a sua sintomatologia, é realmente difícil reconhecer as mulheres com DPN. Daí, a necessidade do rastreio dessa psicopatologia.

1.5. Formas e princípios de avaliação da depressão pós-natal

No que diz respeito à avaliação da DPN, podemos constatar que existem várias formas de avaliação, que pode ser realizada através da entrevista clínica e/ou por meio da utilização de questionários próprios para a avaliação desta patologia e que possuam viabilidade, consistência e validade comprovadas, conforme frisado por Cox et al. (1987, p.783), “it must have satisfactory reliability and validity”.

Por exemplo, podem ser citadas a EPDS e a Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). A EPDS é a escala que mais é utilizada a nível mundial, para a avaliação da sintomatologia depressiva, mas é importante referir que não substitui a avaliação clínica e um escore abaixo do ponto de corte não quer dizer ausência de depressão, principalmente quando há outros motivos para considerar o diagnóstico (Cox et al., 1987).

Neste sentido, é importante realçar que estes meios não constituem critério de diagnóstico da DPN (Cantilino et al., 2010; Chaudron et al., 2004; Gjerdingen & Yawn, 2007;

Watt, Sword, Krueger & Sheehan, 2002), pelo que os seus resultados devem ser confrontados com a realização de uma entrevista feita por especialista ou profissional competente para que haja precisão diagnóstica (Dennis, 2005; Dennis & Hodnett, 2009; Zaconeta et al., 2004). Tal se justifica porque, do ponto de vista psicológico, a entrevista permite ponderar sobre o diagnóstico diferencial (Felix et al., 2008), a relação de confiança, a linguagem não verbal e o conteúdo latente, entre outros aspectos não mensuráveis pelas escalas, mas sobretudo por a entrevista clínica ter em si mesma uma pragmática que consiste em “trabalhar no sentido em que o sujeito se sinta melhor” (Leal, 1999, p.93), o que vai permitir à paciente verbalizar os seus sentimentos e angústias, conforme se realça na seguinte afirmação: “women expressed a clear preference for talking about how they were feeling, rather than ticking boxes” (Shakespeare et al., 2003, p.618).

Em termos de viabilidade temporal, ao considerarmos que a gravidez e o puerpério são os períodos de vida em que as mulheres mais interagem com as instituições de saúde e seus profissionais (Camacho et al, 2006; Choi et al., 2009; Felix et al., 2008; Figueiredo, 2001; Kumar & Robson, 1984), podemos perceber facilmente que estas são as fases mais oportunas para detectar sintomas depressivos na mulher e/ou iniciar acções de promoção da saúde mental.

Assim, torna-se fundamental proceder à avaliação. E, de acordo com Cox et al. (1987), para que uma escala seja útil à detecção de sintomas depressivos pós-parto importa observar os seguintes princípios: a escala deve ser receptiva ou completamente aceitável pelas mulheres, a escala precisa ser simples de completar e não deve requerer que o profissional de saúde seja especialista em Psiquiatria.

Outras opções de avaliação do transtorno seria fazê-lo em ambientes domésticos por visitas domiciliárias (Cox et al., 1987; Poinso et al., 2001), na revisão do parto e/ou na consulta do R/N, nas consultas de avaliação pós-parto e de planeamento familiar, nas consultas pediátricas e de puericultura, ou ainda pelo médico de família (Chaudron et al., 2004; Felix et al., 2008; Gjerdingen & Yawn, 2007; Mattar et al., 2007).

Sempre que as mulheres se revelarem excessivamente preocupadas ou apreensivas com a sua saúde ou com a saúde dos seus filhos seria inteligente e oportuno explorar a possibilidade de DPN (Watt et al., 2002), através da EPDS, uma vez que “la prueba más utilizada para ese objetivo es la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo” (Zaconeta et al. 2004, p.210). Apesar disso, para Zaconeta et al. (2004), o melhor método para diagnosticar a DPN envolveria o rastreio com o teste de auto-aplicação seguido pela entrevista diagnóstica dos casos positivos.

Outros aspectos importantes a ter em conta revêm-se em situações que devem justificar o encaminhamento da mãe ao psiquiatra, tais como a ideação suicida, pensamentos de hostilidade em relação ao bebé, delírios ou alucinações, problemas psicossociais graves (Felix et al., 2008; Wisner, Parry & Piontek, 2002).

Após esta abordagem, percebe-se que num contexto como Angola, e em particular em Benguela, onde a DPN passa despercebida pelos profissionais de saúde, será importante a detecção de sintomas depressivos e quanto possível dar orientações pertinentes às pacientes (Baptista et al., 2010), como já enfatizado por Adewuya (2006, p.1435) “in Africa, where medical personnel and psychiatrists are scarce, (...) African women at risk of postnatal depression can be identified in the early postnatal period by incorporating simple screening methods”.

1.6. Consequências da depressão pós-natal

Sempre que há doença, há efeitos potenciais negativos sejam de que dimensões forem, daí ser importante, à semelhança de outras patologias, analisar as consequências da DPN aos seus mais variados níveis.

De acordo com Baptista et al. (2010), a depressão tem consequências que afectam o indivíduo e toda a sua rede de contactos. No caso da DPN, há prejuízos na mulher, na família, na relação com o marido e nos filhos (Duarte & Serrão, 2010; Figueira et al., 2009; Robertson et al., 2004). Robertson et al. (2004) relatam que, se não tratada, a DPN traz consigo problemas emocionais, comportamentais, cognitivos e interpessoais a longo prazo.

As consequências centram-se na interacção mãe-filho, no desenvolvimento afectivo e cognitivo da criança, na alimentação e crescimento da criança (O'Brien, Heycock, Hanna, Jones e Cox, 2004), risco de acidentes, síndrome de morte súbita infantil e internamento infantil exagerado (Forman et al., 2000), comportamentos mais evasivos, agressivos e irritáveis para com o bebé, i.e., posturas menos respondentes e mais negativas às necessidades do bebé (Zinga et al., 2005), e segundo Frizzo e Piccinini (2005), a influência negativa sobre o bebé vai depender de factores como a sua idade, temperamento, a intensidade dos sintomas e a maneira como este interage com a sua mãe.

Pode haver ainda consequências no relacionamento sexual, na relação com os filhos e a família de origem, no desenvolvimento da interacção mãe-filho, no desenvolvimento cognitivo, afectivo e social da criança, a cronicidade e recorrência (Benvenuti et al., 2006), interrupção precoce do aleitamento materno ao bebé (Hasselmann, Werneck & Da Silva, 2008), prejuízos na alimentação da criança incluindo a amamentação diminuída e ineficaz e o

seu adiamento (Dennis & McQueen, 2009), prejuízos na interação mãe-filho (Stein et al., 1999), compromete o aleitamento natural e conseqüentemente a saúde infantil, nos casos graves provoca infanticídio (Santos et al., 2007).

O bom vínculo existente entre mãe (ou cuidador) e filho estabelece-se pela boa interação mãe-bebé, um dos pré-requisitos essenciais para o desenvolvimento ulterior da criança (Barros, 2002; Castañón & Pinto, 2008; Borsa et al., 2007). A infância é decisiva para que o bebé adquira informações sociais, afectivas e cognitivas que lhe possibilitam desenvolver as suas capacidades positivas preestabelecidas (Motta et al., 2005). Se a mãe não satisfaz adequadamente as necessidades de protecção e estímulo do bebé, como pode ocorrer em casos de DPN, as chances de danos ao desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança aumentam significativamente, trazendo conseqüências a médio e longo prazo (Duarte & Serrão, 2010; Motta et al., 2005). O estado depressivo da mãe pode reflectir-se negativamente na interação com o bebé e provocar sequelas no desenvolvimento afectivo, social e cognitivo da criança, com repercussões em etapas posteriores da sua vida (Figueiredo, 2001; Schwengber & Piccinini, 2003). Contrastando a maioria dos autores, Fonseca, Silva e Otta (2010) sublinham que a sintomatologia depressiva não interfere significativamente na interação mãe-filho.

A DPN está ligada a complicações no desenvolvimento neurobiológico e psicológico do R/N, com prejuízos no aumento do peso e noutros marcos de desenvolvimento, comportamentos agressivos, tentativas de suicídio e infanticídio (Figueira et al., 2009).

O prejuízo na interação e no estabelecimento do vínculo entre mãe e bebé são as principais conseqüências da DPN, comprometendo o desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância e o desenvolvimento sócio-emocional na adolescência (Alt & Benetti, 2008; Murray et al., 1999).

Filhos de mães deprimidas podem apresentar perturbações do comportamento aos três anos de idade ou defeitos cognitivos aos quatro anos (Da-Silva et al., 1998); a privação materna, o abuso e a negligência, i.e., padrões de comportamento intrusivo ou retirado são possíveis conseqüências da DPN para Motta et al. (2005). O abandono infantil pode surgir quando associado a miséria, baixa escolaridade, falta de apoio, má relação familiar e ausência de envolvimento paterno, mas é o sentimento de dor e sofrimento psíquico intenso (87%) que mais perturba as mulheres com DPN (Neto, Rocha & Silva, 2005). O infanticídio e o suicídio são as complicações mais graves dos transtornos puerperais (Camacho et al., 2006). De acordo com certos autores, as ideias de suicídio presentes nos quadros depressivos merecem uma atenção especial, pois todo o doente deprimido está em risco (Doron & Parot, 2001).

Há quem defenda haver uma relação linear entre intensidade da depressão e a incapacidade física e psíquica das mulheres (Rojas et al., 2006). A DPN tem consequências na interação social da mãe e filho e com a sua família (Frizzo & Piccinini, 2005; Saraiva & Coutinho, 2007), na saúde da mulher, social e económica (Mattar et al., 2007), maior risco de separações e divórcios (Zaconeta et al., 2004), menor tempo de aleitamento materno (Vitolo et al., 2007), roturas no funcionamento da díade mãe-bebé (Poinso et al., 2001; Zinga et al., 2005), a possibilidade de filhos com transtornos do sono e ocorrência de despertares nocturnos (Lopes, et al., 2010), a recaída ao tabagismo no puerpério (Felix et al., 2008), transtornos mentais no parceiro (Figueiredo, 2001). De acordo com Schmidt et al. (2005) a DPN na mulher é também o principal predictor da DPN paterna.

A DPN pode ocasionar negligência e maus-tratos ao R/N e predispor as crianças ao desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão infantil (Felix et al., 2008).

De acordo com Guedes-Silva et al. (2003), as consequências da DPN por falta de tratamento podem ser classificadas em precoces e tardias. As precoces incluem o suicídio, infanticídio, negligência do bebé, irritabilidade, vômitos e morte súbita do bebé, depressão no companheiro e divórcio. As tardias envolvem o maltrato infantil, atraso no desenvolvimento cognitivo e na aquisição da linguagem, perturbação do comportamento e psicopatologias no futuro adulto. A mãe pode suicidar-se, ter prejuízos nas relações interpessoais e, por fim, comprometer o futuro cognitivo e comportamental do bebé.

De acordo com Figueiredo (2001), as consequências decorrentes da DPN, como: os transtornos mentais no parceiro, défices e alterações no desenvolvimento cognitivo e sócio-afectivo das crianças, podem ser reduzidas com uma intervenção oportuna.

Concluindo, é assim possível afirmar que a DPN é uma condição séria e frequente, com leves ou graves repercussões a curto e longo prazos. As suas consequências são diversas, com maior destaque para o transtorno na interacção mãe-filho e prejuízos no desenvolvimento cognitivo, comportamental e sócio-emocional das crianças. Portanto, pode-se afirmar que são afectadas a saúde do filho e da mãe (Castañón & Pinto, 2008), com extensão ao cônjuge e família (Shakespeare et al., 2003).

1.7 Intervenção na prevenção/redução da depressão pós-natal

Considerando que diversos factores estão envolvidos na origem da depressão, não é fácil intervir nela. Porém, existem condições que permitem as pessoas resistirem aos factores de risco e à vulnerabilidade às doenças.

Uma das condições para lidar com a depressão passa por conhecer o transtorno (Viegas et al., 2008) e mudar a forma negativa de pensar, agir e de ser, sob a orientação de um especialista (Novello, 2000). No caso da DPN, a intervenção deve “incidir em contextos variados, a nível bio-psico-social, de acordo com as variadas necessidades das mães” (Figueiredo, 2001, p.335).

O primeiro passo a ser dado na prevenção da DPN é identificar as mulheres que se encontram em grande risco (Beck, 2002) e isto pode ser feito já na gestação (Figueiredo et al., 2007; Joseffson et al., 2002), o que constitui uma possibilidade efectiva para educar, apoiar e encaminhar casos especiais (Choi et al., 2009). Numa altura em que pouco se conhece sobre a percentagem de mulheres que padecem de DPN sem alguma ajuda, “el uso de la EPDS ha mostrado su utilidad, por lo que debe ser considerada su inclusión en todos los servicios de salud que atienden a púérperas” (Zaconeta et al., 2004, p.212).

Uma das medidas de prevenção do transtorno consiste em sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para a aplicação rotineira da EPDS e prestar ajuda às mães (Camacho et al, 2006; Chaudron et al., 2010; Coutinho & Saraiva, 2008a; Felix et al., 2008; Figueiredo, 2001; Masmoudi et al. 2006; Robertson et al., 2004; Ruschi et al., 2007, 2009; Vitolo et al., 2007; Zaconeta et al., 2004).

Ao contrário do que aconteceu até há pouco tempo atrás, actualmente, em Benguela (Angola), a utilização de escalas de autoavaliação para triagem de mulheres nos cuidados primários de saúde tem aumentado significativamente (Camacho et al, 2006; Zaconeta et al., 2004), e serve para despertar os profissionais de saúde – clínicos, obstetras e pediatras – sobre as mulheres que carecem de uma avaliação mais detalhada ou intervenção terapêutica oportuna (Camacho et al, 2006). Para reduzir os custos e aumentar a praticidade da EPDS em instituições de saúde, Felix et al. (2008) sugerem que a escala seja visivelmente afixada no consultório e aplicada na consulta. Importa informar à mulher sobre a DPN; envolver o cônjuge, família ou rede de contactos e estimular a presença dessas pessoas nas consultas, como reforço do vínculo familiar e suporte social, dos quais depende em grande parte o sucesso da intervenção.

“O apoio social é um dos fatores mais vitais da prevenção” (Schmidt et al., 2005, p.65). A ajuda de outras pessoas é o melhor modo de evitar a depressão (Dessen & Braz, 2000; Fanget, 2005), especialmente a ajuda do marido (Dessen & Braz, 2000; Viegas et al., 2008). Watt et al. (2002, p.6) assinalam que o suporte social adicional e de aprendizagem tem se mostrado “helpful to a significant number of women in reducing the incidence of PPD”. Inandi et al. (2002, p.1205) corroboram essa linha de pensamento com a seguinte afirmação: “improving the social status of women would be an important step in a preventive approach against PND”. Entretanto, impulsionar o apoio do marido ajuda a proteger a saúde mental da mulher, pois alguns autores sustentam que quanto maior for a percepção de suporte social do parceiro menor será a prevalência da DPN (Coutinho & Saraiva, 2008b; Frizzo et al., 2010).

Intervir na relação mãe-filho melhora significativamente o estado depressivo da mãe no pós-parto (Cramer, 2002). Informar o casal sobre a importância dos cuidados no período inicial ao bebê são essenciais na prevenção da DPN, dada a privação materna (Motta et al., 2005; Silva, Eira, Vicente & Guerreiro, 2003). Se tal suceder, o pai, familiares ou outras pessoas são chamados a ser mais respondentes com as necessidades do bebê para compensar suas carências e minimizar os prejuízos na criança (Frizzo & Piccinini, 2005; Martins & Pires, 2008).

A educação ante-natal e o suporte psicológico adequados preparam o casal para lidar melhor com as exigências pré e pós-natais (Masmoudi et al., 2006; Pereira & Lovosi, 2008). Atender e seguir melhor as mulheres com antecedentes emocionais ajuda a suprir as necessidades da mãe e do bebê; estimular o suporte familiar e social para que a mulher se sinta amparada e protegida; conseguir que o cônjuge perceba quais os factores de risco associados à DPN; propor ajuda psicológica e organizar briefings, são algumas medidas propostas (Motta et al, 2005).

Os profissionais de enfermagem podem encetar acções de suporte integral com vista a ajudar as mães nas suas dificuldades nos cuidados do bebê; prestar mais atenção à interacção mãe e filho; requerer acompanhante para a puérpera; maximizar o diálogo com as mães e impulsionar o contacto entre mãe e filho (Fontes, Silva, Ribeiro, Lima & Guida 2010; Higuti & Capocci, 2003). Essas acções de enfermagem podem também contribuir para tentar evitar a emergência da DPN na mulher e promover o apego entre mãe e filho (Fontes et al., 2010; Valença & Germano, 2010). A intervenção dos enfermeiros em visitas domiciliárias pode ajudar a diminuir a ansiedade da mãe, promover as relações interpessoais e detectar eventuais problemas que ela possa ter (Duarte & Serrão, 2010)

Seguir cautelosamente as mães com acções integradas tendo em conta as variáveis relacionadas com a depressão, em particular as de baixo rendimento económico (Moraes et al., 2006), visitas domiciliárias, aconselhamentos via telefone, liderança interactiva, grupos de aconselhamento e massagem terapêutica (Stewart et al., 2004) podem ajudar a prevenir sérios problemas.

Há necessidade de se reflectir e melhorar a qualidade do atendimento à mulher no período gravídico-puerperal (Higuti & Capocci, 2003). A assistência adequada à mulher nessas fases permite prevenir o estabelecimento de um padrão negativo de interacção mãe-bebé (Schewengber & Piccinini, 2003, 2005). Por meio de atitudes compreensivas, sentimentos e acções humanistas no trato com as mães, os profissionais podem ser capazes de criar um clima agradável e fazer a mãe sentir-se confiante e segura, acolhendo-a nos momentos de grande fragilidade emocional (Costa et al., 2007; Estanqueiro, 2004; Felix et al., 2008; Figueiredo, 2001; Guedes-Silva et al., 2003).

Criar “a oportunidade de contar suas histórias favorece essas mulheres a abertura de espaços sobre sua doença” (Neto et al., 2005, p.113), uma vez que em Psicologia é por meio da palavra e da expressão que se tem acesso à dor do paciente (Angerami-Camon, 2001). As intervenções psicossociais e psicológicas (Dennis & Hodnett, 2009) e os exercícios físicos contribuem positivamente na redução dos sintomas depressivos, melhorando o estado de humor das pacientes (Fonseca, Trafaniuc, Tavares Júnior, Mesquita & Lotufo Neto, 2000; Mesquita, N.D). Provavelmente os rituais e tradições culturais do pós-parto desenvolvidos para assegurar um adequado suporte social às mulheres no pós-parto podem realmente atenuar ou suprimir a DPN (Figueiredo, 2001; Hagen & Barrett, 2007).

Conseguir que o parceiro se faça presente nas consultas, dar atenção ao estado emocional da grávida, detectar as condições psicossociais desfavoráveis à mulher, programar visitas domiciliárias às gestantes de risco e constituir grupos de preparação para o parto incentivando a presença do companheiro, são também medidas importantes sugeridas por Felix et al. (2008).

De acordo com Figueiredo (2001), os grupos de apoio permitem afastar o isolamento social da mãe inerente à DPN, diminuir os sentimentos de culpa da mãe, identificar as mães com necessidades mais específicas e individualizadas, trocar experiências entre mulheres com o mesmo problema, proporcionar às mães o sentimento de segurança e apoio emocional, restaurar a auto-estima e explorar os sentimentos e expectativas das mães sobre si e seus parceiros. Mudar a rotina e organizar as actividades para gerir e organizar melhor o tempo, conseguir que as mães realizem actividades em que possam ter sucesso e sentir prazer,

conseguir relaxar para remover elevados níveis de stress, ansiedade e a insónia de adormecimento, são objectivos importantes a ter em conta na DPN.

Assim sendo, e tendo em consideração tudo o que foi exposto nos pontos anteriores, de forma geral, ao abordar a DPN no ciclo gravídico-puerperal, é essencial identificar as mulheres que se encontram potencialmente vulneráveis a doença (Felix et al., 2008). Pelo facto de os factores de risco terem uma relação causal com o transtorno (Ribeiro, 1998), o conhecimento de ditos factores é essencial para tratar e prevenir doenças porque retirando a causa afasta-se a doença. As variáveis usadas para intervir na doença dependem das reais necessidades da mãe. Portanto, a necessidade de prevenção da DPN através de acções sobre os factores de risco exige um enfoque de multidisciplinar (Masmoudi et al, 2006), e quaisquer que sejam os mecanismos de intervenção a serem usados neste sentido, visam essencialmente a promoção da saúde mental de todos os elementos da família.

1.8. Necessidade do estudo da depressão pós-natal em Angola

Angola considera-se já um país livre e independente que vem lutando para o seu desenvolvimento. Por mais de três décadas o estado angolano viu-se confrontado com uma situação conflituosa cujas consequências podem, no presente, estar a contribuir para o não desenvolvimento e reconstrução nacional.

Esta condição coloca exigências às agências sociais, fundamentalmente a família e a escola, no sentido de que a paz e a saúde – direitos fundamentais de todo o ser humano – se constituam efectivamente. Nesta perspectiva, e considerando que a DPN tem consequências na mulher, na família e no desenvolvimento neuropsicológico, cognitivo, afectivo e social da criança com sequelas a curto, médio e longo prazos que podem comprometer o futuro comportamento da criança, há necessidade de essas agências, em parceria com as instituições de saúde e seus profissionais, poderem contribuir na reestruturação da saúde mental do país por meio da intervenção na redução e prevenção do referido transtorno.

É neste sentido que se legitima o estudo da DPN em Angola, tendo em vista a promoção da saúde mental da mulher e da família. Pois, quando se pensa em desenvolvimento sustentável não se pode negligenciar a família que constitui a célula básica do tecido social de qualquer sociedade.

CAPÍTULO II. MÉTODO

Neste capítulo serão descritos os fundamentos metodológicos que permitiram dar sustentabilidade ao estudo, começando por clarificar os objectivos que guiaram este trabalho, proceder a descrição da metodologia adoptada, descrever as características que se definiram ser importantes para a recolha da amostra, descrever os instrumentos utilizados e os processos de tratamento e análise dos dados.

2.1. Objectivos do estudo e questões de investigação

O objectivo geral desta pesquisa circunscreveu-se em avaliar a prevalência da depressão pós-natal na mulher em Benguela através da EPDS. Especificamente pretendeu-se identificar a percentagem de prevalência da doença, indicar as variáveis provavelmente associadas à depressão nessa amostra e apontar alguns contributos possíveis e importantes para prevenir ou minimizar a ocorrência da DPN nesse contexto.

Para a consecução desses objectivos foram formuladas as seguintes questões:

- Como avaliar a prevalência da depressão pós-natal em puérperas de Benguela?
- Que factores possam estar envolvidos na ocorrência da DPN na mulher em Benguela?

A realização deste estudo foi autorizada pela CESPUP – Formação em Angola. No entanto, estão salvaguardados todos os aspectos éticos ligados a pesquisa.

2.2. Desenho metodológico

O presente trabalho enquadra-se num estudo exploratório de corte transversal devido a aplicação dos instrumentos de pesquisa numa única vez, consubstanciado numa pesquisa de campo na qual, segundo Lopes (2006), os dados são colhidos através de entrevistas ou questionários e analisados numa fase posterior.

2.3. Participantes

Trabalhou-se com mulheres cuja idade teria que ser igual ou superior a 20 anos, sendo puérperas de 1 a 3 meses de vida do seu bebé, pois nessa fase a frequência na emergência de sintomas depressivos na mulher é maior (Shakespeare et al., 2003).

Todas as mães residem em Benguela, sabem ler e escrever, são múltiparas e concordaram em participar no estudo tendo assinado o termo de consentimento informado (anexo A). Foram excluídas as puérperas que não reunissem estas condições. A amostra final foi constituída por 200 mulheres e seus respectivos bebês.

Portanto, a amostra foi do tipo não probabilística, de acessibilidade ou conveniência, dada a especificidade da pesquisa associada a dificuldades de localização, tal com sublinhado por Lopes (2006), na amostragem não probabilística faz-se o uso do raciocínio, cujos critérios dependem do pesquisador para as construir.

2.4. Materiais ou instrumentos de recolha de dados

Foram utilizados três instrumentos: um questionário de caracterização sócio-demográfica (QSD), a EPDS e um questionário de percepção da maternidade (QPM) que a seguir se descrevem.

2.4.1. Questionário de caracterização sócio-demográfica (anexo B)

Este questionário serviu para reunir as características sócio-demográficas da amostra. Contém, como elementos identificativos iniciais, o número ou código do sujeito, a data e o nome do entrevistado. O instrumento procura obter dados da mãe, do pai e do bebé. Para este estudo interessaram apenas os dados da mãe e do bebé.

Da mãe buscou-se conhecer a idade, a data de nascimento, o estado civil, as habilitações literárias, o local de residência, a situação ocupacional ou profissional, o número de gravidezes anteriores, o número de filhos, a data do último parto, o tipo de parto, o local da realização do parto, o tempo de gravidez, o planeamento da gravidez, se vive com o pai do bebé, a pretensão em ter mais filhos e se tem luz e água em casa. Do bebé, procurou-se obter dados sobre a sua idade, a data de nascimento, o sexo, o peso, o comprimento e se possuía ou não vacinação em dia.

2.4.2. EPDS (anexo C)

A *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) elaborada por Cox et al. (1987) é um instrumento específico para a detecção de sintomas depressivos no puerpério (Chaudron et al., 2004; Cruz et al., 2005; Felix, et al., 2008; Regmi et al., 2002; Watt et al., 2002). É uma escala que reúne 10 questões de sintomas comuns de depressão cujas opções de resposta são organizadas numa escala tipo Likert (Lopes et al., 2010; Miller et al., 2006) e classificadas de 0 a 3 pontos de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas. De entre várias opções a mãe escolhe as respostas que melhor representam o modo como se tem sentido nos últimos sete dias (Camacho et al, 2006).

Foi usada a versão portuguesa da EPDS, de alta consistência e fidelidade (Areias, Barros & Figueiredo, 1996), e o ponto de corte de ≥ 10 como sinal de DPN (Cox et al., 1987; Santos et al., 2007).

A EPDS é muito útil na avaliação da DPN por permitir detectar precocemente os sintomas depressivos (Chaudron et al., 2004; Cruz, Simões & Faisal-Cury, 2005; Felix et al., 2008; Lee, Yip, Chiu & Chung, 2000; Regmi et al., 2002; Watt et al., 2002), pois a realidade tem demonstrado que a doença tem sido negligenciada e pouco ou não diagnosticada pelos profissionais de saúde (Figueira et al., 2009). A escala possui grandes vantagens, a destacar: é um instrumento eficaz e prático (Ruschi et al., 2007), é uma escala fácil de se implementar, acessível e de rápida aplicação, tem baixo custo e é utilizável por quaisquer profissionais de saúde (Camacho et al., 2006; Figueira et al., 2009; Mattar et al., 2007; Zaconeta et al., 2004); é um dos instrumentos mais utilizados com um alto valor significativo em termos de sensibilidade e especificidade (Adewuya, 2006; Da-Silva et al., 1998; Ruschi et al., 2009).

É uma escala com grande relevância no sistema público de saúde que orienta no diagnóstico e tratamento da DPN (Adewuya, 2006; Camacho et al., 2006; Chaudron et al., 2004; Figueira et al., 2009; Inandi et al., 2002; Lee et al., 1998; Lopes et al., 2010; Mattar et al., 2007; Miller et al., 2006; Ruschi et al., 2007, 2009), com maior precisão quando associada a outras medidas diagnósticas (Chaudron et al., 2010; Lee et al., 2000; Santos et al., 2009; Yawn et al., 2009). A sua aplicação é viável na medida em que é bem aceite por parte dos profissionais de saúde e pelas mulheres (Castañón & Pinto, 2008; Cox et al., 1993; Mattar et al., 2007). A escala permite igualmente identificar indirectamente outras condições estressantes para a mãe, como a presença de conflitos conjugais, o risco de violência doméstica e o maltrato infantil que possam merecer uma pronta intervenção ou apoio (Castañón & Pinto, 2008). Contudo, a sua utilização é extensiva a fase ante-natal e ao pós-parto imediato (Poinso et al., 2001; Watt et al., 2002).

Apesar de útil, a EPDS tem as suas limitações, por exemplo, dificuldade de aplicação em pacientes que não sabem ler e/ou escrever (Felix et al., 2008). Nessas situações, o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador (Cox et al., 1987; Felix et al., 2008; Ruschi et al., 2007). O preenchimento da escala dura menos de 5 minutos (Cox et al., 1993).

Portanto, tendo em conta o impacto negativo dos sintomas depressivos, o factor tempo para a identificação da doença e a viabilidade do instrumento, a escala tem importância legítima. Tal como Santos et al. (2009, p.4) referem, “é importante a identificação da patologia em virtude de seus efeitos devastadores”.

2.4.3. Questionário de percepção da maternidade (anexo D)

O QPM é um instrumento construído por nós, tendo por base algumas questões do questionário MAMA, e busca informações sobre como a mãe percebe o seu ajustamento à gravidez e no pós-parto. Foi um instrumento muito útil para perceber o posicionamento das

mães face à maternidade, uma vez que não existem estudos prévios sobre esta temática em Angola. O questionário permitiu abordar de forma um pouco mais aprofundada, a vivência da mulher sobre este período.

É um questionário constituído por 27 perguntas fechadas, com estilo de resposta “sim” e “não”. Dentre outras questões, procurou-se saber da mãe: se sente que fica mais cansada a realizar as suas tarefas no pós-parto comparativamente ao período gestacional; se deseja sexualmente seu parceiro; se tem tempo suficiente para si; se lamentou estar grávida ou se sente feliz por ter ficado grávida; se tem apoio do parceiro em casa; se tem sentido prazer em cuidar, dar de mamar e brincar com o bebé; se já começou a ter envolvimento sexual; se o bebé chora muito, se consegue dormir bem.

2.5. Procedimentos

Na realização do estudo foi feita uma solicitação prévia por escrito à direcção do Centro Materno Infantil de Benguela (CMI) (anexo E) e depois verbalmente à mãe ou marido, focalizando os objectivos e importância do estudo, agradecendo sempre a colaboração quer a resposta fosse ou não afirmativa.

De notar que o CMI é a única instituição pública de saúde materno-infantil localizada no centro da cidade que atende diariamente pacientes oriundos dos vários pontos do município de Benguela.

As participantes foram abordadas individualmente, sem restrição de periodicidade, conforme a sua disponibilidade, em vários contextos: em casa através de visitas domiciliárias eventuais ou programadas, nos bairros, com maior predominância no CMI nas áreas de consultório pediátrico, puericultura e na secção do programa alargado de vacinação (PAV) do respectivo centro.

Depois de terem assinado o termo de consentimento do estudo, as mães preencheram a EPDS e o QPM. Para gerir melhor o tempo, o QSD foi aplicado pelo entrevistador. No final, os entrevistadores (pesquisador e auxiliar) agradeceram mais uma vez às mães por terem cooperado no estudo. A recolha dos dados decorreu de Janeiro a Abril de 2011.

Depois de reunidos, os dados foram tratados no programa SPSS, versão 16.0 for Windows, acrónimo de Statistical Package for the Social Sciences (Watt et al., 2002).

CAPÍTULO III - RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos na pesquisa por meio dos instrumentos utilizados. Elaboraram-se várias tabelas que pretendem ilustrar de forma sintética, os resultados obtidos, de modo a que no capítulo final se possa reflectir sobre os mesmos.

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Os dados da amostra referentes a idade da mãe e do bebé, o número de gravidez, o número de filhos, o peso e o comprimento do bebé encontram-se referenciados na **Tabela 1** que realça as variáveis numéricas ou quantitativas do referido questionário.

Tabela 1 – Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas

Variáveis	N	%	Mínimo	Máximo	Média
Idade da mãe	200	100	20	49	26,86
20 – 24 anos	79	39,5			
25 – 29 anos	73	36,5			
30 – 34 anos	25	12,5			
≥ 35 anos	23	11,5			
Número de gravidezes	200	100	2	14	3,45
2	87	43,5			
3	42	21,0			
4	26	13,0			
5	21	10,5			
6	8	4,0			
7	5	2,5			
8	7	3,5			
9	2	1,0			
10	1	0,5			
14	1	0,5			
Número de filhos	200	100	1	9	2,97
1	21	10,5			
2	83	41,5			
3	41	20,5			
4	25	12,5			
5	14	7,0			
6	7	3,5			
7	2	1,0			
8	5	2,5			
9	2	1,0			
Peso do bebé					
um mês	58	29,0	2500	6000	3572,93
dois meses	82	41,0	3000	7300	4496,10
três meses	60	30,0	3700	8190	5277,93
Comprimento do bebé	9	4,5	47	78	59,67
			Variáveis	N	%
Estado civil			Gravidez de termo		
Solteiro	120	60,0	Sim	185	92,5
Casado	80	40,0	Não	15	7,5
Habilitações literárias			Planeamento da gravidez		
Ensino primário (1ª a 6ª classe)	79	39,5	Sim	82	41,0
Primeiro ciclo (7ª a 9ª classe)	57	28,5	Não	118	59,0
Segundo ciclo (10ª a 13ª classe)	47	23,5	Coabitação com o pai do bebé		
Ensino superior	17	8,5	Sim	145	72,5

Residência			Não	55	27,5
Cidade	100	50,0	Pretensão de ter mais filhos		
Bairros e arredores	100	50,0	Sim	87	43,5
			Não	113	56,5
Situação laboral da mãe			Luz em casa		
Trabalha	106	53,0	Sim	153	76,5
Não trabalha	94	47,0	Não	47	23,5
Trabalho/ocupação			Água em casa		
Funcionário público	51	25,5	Sim	132	66,0
Estudante	30	15,5	Não	68	34,0
Doméstica	5	2,5			
Funcionário por conta de outrem	6	3,0	Sexo do bebé		
Funcionário por conta própria	68	34,0	Feminino	98	49,0
Desempregado/desocupado	40	20,0	Masculino	102	51,0
Tipo de parto			Vacinas		
Eutócico	190	95,0	Sim	199	99,5
Distócico	10	5,0	Não	1	0,5
Local do parto					
Casa	35	17,5			
Hospital	110	55,0			
Centro de saúde	55	27,5			

De acordo com a **Tabela 1**, verifica-se que a idade da mãe se situa entre 20 e 49 anos, tem uma média de 26,86 anos e a maior parte da amostra (39,5%) encontra-se entre os 20 e 24 anos de idade. O número de gravidezes varia entre 2 e 14, sendo a média 3,45 gravidezes. O número de filhos vai de 1 a 9, mas as participantes têm em média 2,97 filhos.

Quanto à idade e peso dos bebés, verifica-se que os bebés de um mês (29%) pesam entre 2500 e 6000 gramas, e em média 3572,93 gramas; os bebés de dois meses de idade, constituem a maioria dos bebés (41%) e pesam entre 3000 e 7300 gramas, com um peso médio de 4496,10 gramas; os bebés de três meses (30%) pesam entre 3700 e 8190 gramas, em média 5277,93 gramas de peso.

O comprimento do bebé não foi descrito, embora sendo inicialmente nossa intenção fazê-lo, porque por hábito não se regista o comprimento do bebé no Cartão de Saúde Infantil (C.S.I), daí ter existido apenas o registo de dados sobre o comprimento para 9 bebés, o que tornava inviável a sua descrição.

A **Tabela 1** mostra também as frequências e percentagens das variáveis sócio-demográficas qualitativas relacionadas com a mãe (estado civil, habilitações literárias, residência, trabalho, profissão, tipo de parto, local do parto, gravidez de termo, planeamento da gravidez, coabitação com o pai do bebé, pretensão de ter mais filhos, luz e água em casa) e bebé (sexo e vacinas).

Conforme se pode visualizar na **Tabela 1**, a maior parte das mães (60%, n=120) é solteira e tem um nível de escolaridade maioritariamente primário (39,5%, n=79). Com relação ao local de residência das mães, verifica-se um equilíbrio regional, sendo que metade

da amostra (50%, n=100) vive no centro da cidade e a outra em zonas peri-urbanas de Benguela. A maioria das mães (53%, n=106) trabalha e parte considerável da amostra está desempregada (47%, n=94), i.e., não trabalha.

A variável profissão expressa a situação das mães em termos de ocupação demonstrando que a maior parte das mães (34%, n=68) trabalha por conta própria, 51 mães (25,5%) são funcionárias públicas, 30 mães (15%) são estudantes, 6 mães (3%) trabalham por conta de outrem, 40 mães (20%) estão desocupadas e a minoria, 5 mães (2,5%), é doméstica. O parto de 95% das mães (n=190) foi eutócito enquanto que apenas 10 mães (5%) tiveram parto distócico.

Quanto ao local de parto, observa-se que 55% das mães (n=110) teve o parto no hospital, 27,5% das mães (n=55) tiveram-no no centro de saúde e a minoria, 17,5% (n=35), em casa. Esses dados dizem que grande parte da amostra teve o parto assistido em condições hospitalares, demonstrando uma provável maior aderência das mães às instituições hospitalares. No que se refere à duração da gravidez, 92,5% das mães (n=185) tiveram uma gravidez de termo e uma minoria de 7,5% (n=15) teve gravidez de não termo.

Analisando os dados relativos à variável planeamento da gravidez, verifica-se que 59% das mães da amostra (n=118) não planeou a gravidez enquanto que 41% das mães (n=82) planeou engravidar. Quanto à convivência da mãe com o pai do bebé, a maioria, correspondente a 72,5% das mães (n=145), indicou “sim” e 27,5% das mães (n=55) “não”. Assim estes dados indicam que as mães da amostra vivem maioritariamente com o parceiro. No que se refere à intenção de ter mais filhos, 56,5 % das mães (n=113) não pretende ter mais filhos e uma minoria de 43,5% das mães (n=87) pretende voltar a engravidar.

Quanto à variável luz na residência da mãe, 76,5% das mães (n=153) confirmaram que têm luz e 23,5% das mães (n=47) indicaram que não. Isso mostra que a maioria tem luz eléctrica em casa. Quanto à água, também a maioria com 66% mães (n=132) indicou que possui água em casa, e a minoria de 34% (n=68) negou ter água em casa.

No que diz respeito ao sexo do bebé, 49% são do sexo feminino (n=98) e a maioria, com uma representação de 51% (n=102) é do sexo masculino. No que diz respeito à vacinação, os dados permitem-nos afirmar que 99,5% dos bebés (n=199) estão vacinados.

3.2. Descrição da prevalência da sintomatologia depressiva

A **Tabela 2** ilustra a taxa de prevalência da sintomatologia depressiva. Do universo da amostra, é possível verificar que 56 mães correspondentes a 28% têm depressão ao contrário de 144 mães correspondentes a 72% sem depressão.

Tabela 2 – Prevalência da sintomatologia depressiva avaliada pela EPDS para a amostra total

EPDS	N	%
Sem depressão	144	72,0
Com depressão	56	28,0

Tais dados, permitem-nos verificar que a taxa de prevalência da sintomatologia depressiva em mulheres múltiparas com mais de 20 anos de idade, é bastante elevada à semelhança do que acontece noutros locais do mundo.

Tabela 3- Prevalencia da sintomatologia depressiva materna em função da idade do bebé

	Sem depressão		Com depressão	
	N	%	N	%
Idade bebé				
1 mês	44	22	14	7
2 meses	60	30	22	11
3 meses	40	20	20	10

Se se analisar a sintomatologia depressiva das mães (**Tabela 3**), em função da idade do seu bebé, verifica-se que a mesma se distribui de forma quase homogénea em cada um dos períodos considerados. O período em que a sintomatologia se revela um pouco mais alta é aos dois meses de idade do bebé com 11% das mães evidenciando sintomatologia depressiva, seguindo-se dos 3 meses de idade do bebé com 10% e as mães cujo bebé tinha 1 mês com 7% de prevalência de sintomatologia depressiva.

3.3. Variação da sintomatologia depressiva em função das variáveis socio-demográficas

No sentido de verificar a variação da média da sintomatologia depressiva em função das variáveis socio-demográficas utilizou-se o teste t de student, cujos dados se encontram na **Tabela 4**.

Tabela 4 – Variação da sintomatologia depressiva em função das variáveis sócio-demográficas

Variáveis		N	Média EPDS	t	gl	p
Estado civil	Solteiro	120	7,27	1,549	198	ns
	Casado	80	6,21			
Situação laboral da mãe	Sim	106	6,09	-2,364	165,531	0,019
	Não	94	7,69			
Tipo de parto	Eutócico	190	6,84	-0,106	198	ns
	Distócico	10	7,00			
Planeamento da gravidez	Sim	82	6,01	-2,093	198	0,038
	Não	118	7,42			
Vive com o pai do bebé	Sim	145	6,57	-1,359	198	ns
	Não	55	7,58			
Tem luz em casa	Sim	153	6,78	-0,327	198	ns
	Não	47	7,04			
Tem água em casa	Sim	132	6,67	-0,742	198	ns

	Não	68	7,19			
Local de residência	Cidade	100	7,56	2,157	188,120	0,032
	Bairros	100	6,13			
Foi gravidez de termo	Sim	185	6,56	-2,061	14,920	ns
	Não	15	10,33			
Sexo do bebê	Feminino	98	6,82	-0,084	198	ns
	Masculino	102	6,87			
Pretensão de ter mais filho	Sim	87	7,00	0,407	198	ns
	Não	113	6,73			

A **Tabela 4** indica que a média de sintomatologia depressiva das mães que trabalham ($M=6,09$) é estatística e significativamente menor que a média de sintomatologia depressiva das mães que não trabalham ($M=7,69$), $t(-2,364)=165,531$, $p=0.019$.

Também se verifica que as mães que não planejaram a gravidez têm maior sintomatologia depressiva ($M=7,42$) do que as mães que planejaram a gravidez ($M=6,01$), sendo esta diferença estatisticamente significativa $t(-2,093)=198$, $p=0.038$. E, que, as mães que vivem na cidade ($M=7,56$) têm uma sintomatologia depressiva, com significado estatístico, superior à das mães que vivem nos bairros ($M=6,13$), $t(2,157)=188,120$, $p=0.032$. No que diz respeito às variáveis tipo de parto, viver com o pai do bebê, tem água e luz em casa, gravidez de termos, sexo do bebê e pretensão de ter mais filhos, não revelaram relações estatisticamente significativas com a variação da sintomatologia depressiva das mães.

A **Tabela 5** representa os resultados obtidos com a ANOVA para a análise da variação da sintomatologia depressiva em função da idade das mães, habilitações, ocupação e local de realização do parto.

Tabela 5 – Variação da sintomatologia depressiva e variáveis socio-demográficas

Variável	N	Média EPDS	F	df	p
Grupos de idade da mãe					
20 – 24 anos	79	6,80	0,871	3	ns
25 – 29 anos	73	6,32			
30 – 34 anos	25	7,64			
≥ 35 anos	23	7,83			
Habilitações					
Ensino primário	79	6,54	0,265	3	ns
Primeiro ciclo	57	7,25			
Segundo ciclo	47	6,96			
Ensino Superior	17	6,59			
Profissão/ocupação da mãe					
Funcionário por conta de outrem	6	3,83	1,131	5	ns
Funcionário por conta própria	68	6,46			
Funcionário público	51	6,63			
Estudante	30	7,93			
Doméstica	5	8,80			
Desempregado/desocupado	40	7,18			
Local de realização do parto					
Centro de saúde	55	5,76	2,222	2	ns
Em casa	35	6,80			
Hospital	110	7,40			

De acordo com os dados na **Tabela 5**, verifica-se que não se encontram diferenças estatisticamente significativas na média da sintomatologia depressiva ao considerarmos as variáveis idade, habilitações, ocupação e local de parto.

3.4. Descrição dos dados obtidos pela aplicação do Questionário de Percepção Materna

A distribuição de frequências dos resultados obtidos a partir do QPM encontram-se representados na **Tabela 6** que reflecte também a análise comparativa das médias desses dados em relação à depressão, tendo-se utilizado o teste t de student.

Tabela 6– Distribuição de frequências no QPM e comparação de médias da sintomatologia depressiva

Questão		N	%	Média EPDS	t	gl	p
1. Sente que fica mais cansada a fazer suas tarefas agora do que antes de ter o bebé?	Sim	91	45,5	8,19	3,78	198	0,000
	Não	109	54,5	5,72			
2. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa-a?	Sim	188	94,0	6,74	-1,18	198	ns
	Não	12	6,0	8,17			
3. Deseja sexualmente o marido/companheiro?	Sim	171	85,5	6,62	-1,64	198	ns
	Não	29	14,5	8,17			
4. A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupa-a?	Sim	191	95,5	6,60	-2,05	8,242	ns
	Não	9	4,5	12,00			
5. Acha que o seu corpo tem um cheiro agradável?	Sim	183	91,5	6,51	-3,33	198	0,001
	Não	17	8,5	10,41			
6. Acha que tem tempo suficiente para si agora que o bebé nasceu?	Sim	85	42,5	6,81	-0,08	198	ns
	Não	115	57,5	6,87			
7. Lamentou estar grávida?	Sim	52	26,0	8,17	2,38	198	0,018
	Não	148	74,0	6,38			
8. Acha que os seus seios estão demasiado pequenos?	Sim	42	21,0	8,40	2,43	198	0,016
	Não	158	79,0	6,43			
9. Acha que seus seios estão demasiado grandes?	Sim	39	19,5	7,67	1,21	198	ns
	Não	161	80,5	6,65			
10. Faz alguma coisa para cuidar do corpo?	Sim	91	45,5	7,65	2,21	198	0,028
	Não	109	54,5	6,17			
12. Sentiu-se envergonhada no que se refere ao relacionamento sexual?	Sim	55	27,5	7,80	1,54	77,225	ns
	Não	145	72,5	6,48			
13. A ideia de usar roupa de grávidas agradou-lhe?	Sim	171	85,5	6,22	-4,81	198	0,000
	Não	29	14,5	10,55			
14. Tem se sentido feliz por ter ficado grávida?	Sim	173	86,5	6,24	-4,85	198	0,000
	Não	27	13,5	10,74			
15. O marido/companheiro ajuda-a em casa?	Sim	168	84,0	6,64	-1,42	198	ns
	Não	32	16,0	7,94			
16. Pensa ter mais filho?	Sim	83	41,5	7,05	0,51	198	ns
	Não	117	58,5	6,70			
17. Estar grávida foi desagradável para si?	Sim	43	21,5	9,40	4,14	198	0,000
	Não	157	78,5	6,15			
18. Tem tido prazer ao cuidar do bebé?	Sim	195	97,5	6,66	-1,69	4,043	ns
	Não	5	2,5	14,00			
20. Sente que a relação sexual é desagradável para si?	Sim	51	25,5	6,65	-0,34	198	ns
	Não	149	74,5	6,91			
21. Sente que o marido/companheiro sai demasiadas vezes sem si?	Sim	107	53,5	8,19	4,58	196,243	0,000
	Não	93	46,5	5,30			
22. Sente-se bem com o seu corpo?	Sim	176	88,0	6,47	-3,13	198	0,002
	Não	24	12,0	9,62			
23. Pensa que a sua vida será difícil depois de o bebé nascer?	Sim	57	28,5	8,68	3,57	198	0,000
	Não	143	71,5	6,11			

24. Gosta de dar de mamar ao bebé?	Sim	194	97,0	6,57	-5,00	198	0,000
	Não	6	3,0	15,83			
25. Gosta de brincar com o bebé?	Sim	194	97,0	6,65	-1,83	5,082	ns
	Não	6	3,0	13,17			
26. O seu bebé chora muito?	Sim	55	27,5	8,11	2,10	79,753	0,039
	Não	145	72,5	6,37			
27. Consegue dormir bem?	Sim	172	86,0	6,51	-1,91	31,056	ns
	Não	28	14,0	8,93			

Pela análise da **Tabela 6**, verifica-se que a maioria das mães (54,5%, n=109) nega sentir-se mais cansada com as tarefas agora do que antes de ter o bebé enquanto que a minoria das mães (45,5%, n=91) afirma sentir-se mais cansada. A ideia de poder vir a não ser uma boa mãe preocupa a maioria das mães (94%, n=188) e não à minoria (6%, n=12). A maior parte da amostra (85,5%, n=171) deseja sexualmente o seu parceiro ao contrário da minoria (14,5%, n=29). A ideia de poder ferir ou magoar o bebé preocupa a maior parte das mães (95,5%, n=191) e não à minoria (4,5%, n=9).

A maioria das mães (91,5%, n=183) acha que o seu corpo tem um cheiro agradável enquanto que a minoria das mães acha que não (8,5%, n=17). A menor parte da amostra (42,5%, n=85) acha que tem tempo suficiente para si agora que o bebé nasceu, mas a maior parte delas (57,5%, n=115) acha que não. Ao analisar a sensação de lamento face à gravidez, verifica-se que a maioria das mães (74%, n=148) não lamentou ter estado grávida enquanto que a minoria (26%, n=52) o fez.

Quanto à percepção de os seios estarem demasiado pequenos, 42 mães (21%) acham que sim e a maioria correspondente a 158 mães (79%) acha que não estão tão pequenos. Relativamente ao cuidado com o seu corpo, 91 mães (45,5%) indicaram que fazem algo para cuidar do corpo enquanto que a maioria de 109 mães (54,5%) diz que não faz nada.

Ao analisar a percepção relativa ao relacionamento sexual, identificam-se 55 mães (27,5%) que se sentem envergonhadas com respeito ao relacionamento sexual em contraste com a maioria de 145 mães (72,5%) que negou sentir vergonha.

A ideia de usar roupas de grávida agradou à maioria das mães (85,5%, n=171) e não à minoria das mães (14,5%, n=29). A maioria das mães (86,5%, n=173) sentiu-se feliz por ter ficado grávida e a minoria das mães (13,5%, n=27) não se sentiu feliz por isso. No que se refere ao apoio do parceiro, a maioria das mães (84%, n=168) sente que é apoiada pelo parceiro em casa, ao contrário da minoria das mães (16%, n=32).

Quanto à pretensão em ter mais filhos, os dados corroboram os já referenciados no QSD na medida em que a maioria das mães (58,5%, n=117) se nega a ter um novo bebé e 83 mães (41,5%) confirmam que estão disponíveis a ter outro(s) filho(s).

No que se refere ao sentimento de estar grávida, 43 mães (21,5%) acham que a gravidez foi desagradável para si, enquanto que 157 mães (78,5%) acha que não foi desagradável. Das 200 mães avaliadas, 195 (97,5%) referem prazer ao cuidar do bebê.

A relação sexual é desagradável para 51 mães (25,5%) e não desagradável para a maioria (74,5%, n=149). A maior parte das mães (53,5%, n=107) sente que o parceiro sai demasiadas vezes sem si enquanto que 93 mães (46,5%) sentem que não. Em relação à relação com o seu corpo, 176 mães (88%) sentem-se bem com o seu corpo enquanto que 24 mães (12%) não.

Ao analisar a percepção de dificuldade que as mães pensam estar associada à sua vida depois do nascimento do bebê, verifica-se que 57 mães (28,5%) pensam que a vida será mais difícil depois de o bebê nascer enquanto que 143 mães (71,5%) acha que não será difícil. Também se observa que a maior parte das mães (97%, n=194) gosta de amamentar e de brincar com o bebê, que a maioria das mães não acha que os seus bebês choram muito (72,5%, n=145) e que 172 mães (86%) dizem que os seus bebês conseguem dormir bem.

Como se verifica pela análise da **Tabela 6**, estão também representados os dados relativos à variação da média de sintomatologia depressiva avaliada pelo EPDS, em função das diferentes percepções avaliadas pelo QPM. Nesta tabela, verifica-se que a média da sintomatologia depressiva das mães que se sentem agora mais cansadas com as suas tarefas (M=8,19) é estatística e significativamente maior que a das mães que não se sentem cansadas neste período (M=5,76), $t(3,78)=198, p=0,000$.

A sintomatologia depressiva também é estatística e significativamente superior em mães que: acham o cheiro do seu corpo desagradável (M=10,41) quando comparadas com as mães que acham o cheiro do seu corpo agradável (M=6,51), $t(-3,33)=198, p=0,001$; nas mulheres que lamentaram estar grávidas (M=8,17) quando comparadas com as que não lamentaram (M=6,38), $t(2,38)=198, p=0,018$; nas mães que acham que seus seios estão demasiado pequenos (M=8,40) quando comparadas com as que acham que não (M=6,43), $t(2,433)=198, p=0,016$; nas mulheres que revelam cuidados com o corpo (M=7,65) quando comparadas com as que não revelam cuidados com o seu corpo (M=6,17), $t(2,216)=198, p=0,028$; nas mulheres a quem não agradou a ideia de usar roupas de grávida (M=10,55) quando comparadas com as mulheres a quem agradou usar roupas de grávida (M=6,22), $t(-4,81)=198, p=0,000$; nas mulheres que não se têm sentido felizes por ter engravidado (M=10,74) em relação às que se sentiram felizes por ter engravidado (M=6,24), $t(-4,85)=198, p=0,000$; nas mulheres em que se julgou que estar grávida foi desagradável para si (M=9,40) quando comparadas com as mulheres para quem não foi desagradável estar grávida (M=6,15),

$t(4,149)=198, p=0,000$; nas mulheres que sentem que o parceiro sai muitas vezes sem si ($M=8,19$), quando comparadas com as mulheres que acham que não ($M=5,30$), $t(4,58)=196,243, p=0,000$; nas mulheres que não se sentem bem com o seu corpo ($M=9,62$) em relação às mães que se sentem bem ($M=6,47$), $t(-3,13)=198, p=0,002$; nas que pensam que a vida será mais difícil agora que têm bebé ($M=8,68$) do que nas que acham que não ($M=6,11$), $t(3,572)=198, p=0,000$; nas mães que não gostam de amamentar o bebé ($M=15,83$) do que nas que gostam de dar de mamar ao seu filho ($M=6,57$), $t(-5,00)=198, p=0,000$ e nas mulheres que percebem que o bebé chora muito ($M=8,11$) quando comparadas com as mães que indicam que o bebé não chora muito ($M=6,37$), $t(2,10)=79,753, p=0,039$.

As variáveis relacionadas com: a preocupação com a ideia de não vir a ser uma boa mãe e de prejudicar o bebé, o desejo sexual pelo parceiro, a disponibilidade de tempo para si, a percepção dos seios como demasiadamente grandes, o receio em relação ao sexo, o apoio do marido, a pretensão em ter mais filhos, o prazer ao cuidar e brincar com bebé, o prazer na relação sexual, e a percepção do sono do bebé não mostraram relação estatística significativa com a variação da sintomatologia depressiva das mães.

A questão 19 do QPM prende-se com o início da relação sexual no puerpério. De forma geral, podemos visualizar na **Tabela 7** que 77 mães (38,5%) têm envolvimento sexual com o parceiro enquanto que a maioria (61,5%, $n=123$) não. A intersecção das variáveis idade do bebé e o envolvimento sexual da mãe com o companheiro indica que quanto maior a idade do bebé maior a tendência do envolvimento sexual da mãe com o seu parceiro e quanto menor a idade do bebé mais adiado parece ser o início da actividade sexual da mãe.

Tabela 7 – Envolvimento sexual da mãe em função da idade do bebé

Idade do bebé	Envolvimento sexual da mãe com o pai do bebé		Total
	sim	não	
1 mês	5	53	58
2 meses	35	47	82
3 meses	37	23	60
Total	77	123	200

Em termos de síntese, podemos dizer que se encontram para algumas das variáveis estudadas, uma relação com a variação da sintomatologia depressiva das mães, nos três primeiros meses após o parto. Dessas variáveis, verifica-se a influência tanto de variáveis de natureza socio-demográfica como de variáveis inerentes às percepções maternas sobre o processo de gravidez e de algumas das mudanças que lhe estão associadas quer em termos físicos e psicológicos, quer em termos de estilo de vida. No capítulo que se segue, procedemos à discussão dos principais resultados aqui assinalados.

CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO

Este capítulo está reservado à discussão dos dados obtidos realizada tendo por base as referências teóricas consultadas, pois “é na seção de discussão que os resultados apresentados na seção anterior são considerados à luz da literatura revisada” como sublinha Günter (2003, p.11).

Assim sendo, a literatura aponta a multiparidade como um factor de risco para a DPN (Andrade et al., 2010; Choi et al., 2009). No entanto, de acordo com Choi et al. (2009), poucos estudos retratam especificamente sobre o impacto da multiparidade na DPN. Nesse sentido, e apesar de o nosso estudo centrar-se na avaliação da DPN, os resultados achados podem ser pertinentes considerando que a amostra caracteriza-se essencialmente por mulheres nesta condição, com três filhos em média.

A literatura afirma ainda que apesar das diferenças culturais, a taxa de DPN em vários países pode constituir um problema sério (Chandran et al., 2002; Oates et al., 2004). Em Angola, e particularmente em Benguela, este é um dos primeiros estudos a ser desenvolvido no país, que encontrou 28% de mulheres com depressão. Entretanto, a taxa de prevalência da doença neste estudo é maior que a encontrada noutros estudos: Chandran et al. (2002) encontraram uma incidência de 11%, Tannous et al. (2008) 20,7%, Villegas et al. (2007) 22% e Inandi et al. (2002) 27,2% de mulheres com depressão.

Analisando esses dados, percebe-se que os resultados desta investigação são muito próximos dos resultados de Inandi et al. (2002). Porém, esses autores avaliaram a prevalência da DPN num período mais longo que o nosso e, entre outras variáveis, encontraram associação significativa com o desemprego e o baixo nível de escolaridade. No nosso estudo, a variável desemprego (a mãe que não trabalha) apresentou similarmente diferença estatística significativa e a maioria das mulheres indicou ter baixo nível de escolaridade. É de realçar que a prevalência da doença no nosso estudo é semelhante a encontrada por Fonseca et al. (2010). Esses autores avaliaram a prevalência da DPN numa amostra e período muito próximos ao do presente estudo, com a diferença de terem usado o ponto de corte superior (EPDS ≥ 12).

Tal como no estudo desenvolvido por Chandran et al. (2002), no nosso estudo o baixo nível educacional não foi um factor significativo para a depressão, apesar de nalguns estudos essa variável ser apontada como associada ao transtorno (Andrade et al., 2010).

É consensual entre os autores que logo após o parto a mulher está indisposta quanto a questões sexuais havendo no entanto necessidade de algum tempo para que essas funções se

restabeleçam (Abuchahim, 2005; Belentani, 2009). Os resultados por nós encontrados corroboram esse dado.

Em termos habitacionais, o equilíbrio que se verificou em relação ao local de residência permitiu estabelecer comparações pertinentes entre as mães que vivem na cidade e as mães que vivem nos bairros ou arredores. Um aspecto de grande realce na emergência da DPN nessas mulheres tem a ver com o facto de as mães residirem na cidade. Esta variável mostrou diferença estatística significativa. Pode-se sugerir que isto se deve à diferença regional, conforme assinalado por Inandi et al. (2002, p.1201), a prevalência da doença depende também da situação geográfica da mãe, i.e., “some authors have suggested that PND is a problem of industrialized countries; (...) non-industrialized populations do not often experience PND”. Além disso, supõe-se que o nível e as condições de vida urbana, provavelmente mais exigentes, são susceptíveis à maior stress (Vaz Serra, 2000).

A maioria das participantes do estudo não planeou a gravidez, e tal como em vários estudos que indicam que uma gravidez indesejada, não planeada ou não aceite pode ser fundamental na emergência da DPN (Alt & Benetti, 2008; Andrade et al., 2010; Beck, 2002; Higuti & Capocci, 2003; Moraes et al., 2006; Rojas et al., 2006, Schmidt et al., 2005; Sheeder et al., 2009; Villegas et al., 2007), o presente estudo reforça os dados desses autores na medida em que foi encontrada diferença estatística significativa nessa variável quanto à sintomatologia evidenciada.

À semelhança de outros estudos (Cruz et al., 2005; Villegas et al., 2007), o presente estudo não encontrou significância estatística em relação a idade da mãe, habilitações literárias, ocupação, estado civil, duração da gravidez, tipo de parto e sexo do bebé, embora a literatura aponte essas variáveis como possíveis variáveis explicativas da DPN.

Figueiredo et al. (2002) percebem que, na generalidade, as mulheres que tiveram um parto eutócico descrevem maior satisfação, apresentam uma percepção mais positiva do parto e criam um vínculo ligação mais adequado com o bebé. No nosso estudo o tipo de parto não foi significativo, porém a amostra teve maioritariamente parto normal e evidenciou uma percepção mais positiva quanto ao prazer em cuidar, brincar e amamentar o bebé, sugerindo que essas mulheres estabelecem uma relação mais adequada com seus bebés.

Os cuidados relativos ao bebé podem gerar stress ou dificuldades à nova mãe e em função disso propiciar o aparecimento da DPN (Beck, 2002; Sheeder et al., 2009; Stewart et al., 2004). No presente trabalho houve diferença significativa em relação à variável cuidados com o bebé, provavelmente por as mães terem a percepção de que a vida será mais difícil e sentirem-se mais cansadas ou aborrecidas com as novas tarefas impostas pela maternidade.

De acordo com Schmidt et al. (2005), a insatisfação com a imagem corporal é também um factor importante na emergência de sintomas depressivos. Os resultados do presente trabalho convergem com esses autores, pois houve associação significativa com as variáveis focalizadas nesse sentido: a percepção do cheiro corporal desagradável, a percepção da diminuição exagerada dos seios, a preocupação com cuidados do corpo e o facto de não se sentirem bem com o seu corpo.

O fraco suporte social tem sido apontado como um dos mais importantes factores de risco da DPN, fundamentalmente quando o apoio do marido não é adequado (Andrade et al., 2010; Azevedo & Arrais, 2006; Beck, 2002; Camacho et al., 2006; Figueiredo, 2001; Motta et al., 2005; Robertson et al., 2004; Sheeder et al., 2009; Stewart et al., 2004; Villegas et al., 2007). No nosso estudo, a maior parte das mulheres revelou ter o suporte do marido em casa. Entretanto, apesar de serem apoiadas por seus companheiros revelaram alta prevalência de depressão, talvez pelo facto de a maior parte delas sentir-se abandonada pelo companheiro. Pois a variável relacionada com esse aspecto também mostrou diferença estatística significativa corroborando outros dados encontrados na literatura.

Também importa referir que segundo vários autores, factores relacionados com a amamentação (McCoy et al., 2006; Rojas et al., 2006; Villegas et al., 2007) e o temperamento do bebé (Andrade et al., 2010; Beck, 2002; Figueiredo, 2001; Fonseca et al., 2010; Sheeder et al., 2009) têm sido associados a DPN. A amostra deste estudo evidenciou diferença significativa quanto à percepção de que o bebé chora muito e o facto de as mulheres não gostarem de amamentar o seu bebé.

Assim sendo, do acima discutido, encontra-se em Angola, Benguela, uma taxa de sintomatologia depressiva nas mulheres que é influenciada, à semelhança do que acontece noutros países, por diversas variáveis, sugerindo que este fenómeno poderá ser encarado como uma preocupação transcultural.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em consideração os objectivos traçados, as questões formuladas e a metodologia usada neste trabalho, pode-se concluir que a prevalência da DPN em Benguela é alta, pois encontrou-se uma taxa de 28% de mulheres com depressão, avaliadas com a EPDS. As variáveis provavelmente associadas ao transtorno estão relacionadas com a situação laboral da mãe, o planeamento da gravidez e o local de residência. Em termos de percepção da maternidade, verificou-se que as variáveis relacionadas com as novas tarefas impostas pela maternidade, as variáveis que se prendem com o estado gestacional e a auto-imagem da mãe, o sentimento de abandono por parte do parceiro e o choro do bebé foram igualmente significantes para a depressão nessas mulheres.

Os resultados obtidos neste estudo indicam a necessidade de desenvolver esforços, no sentido de estimular a avaliação da DPN. Assim sendo, uma das insuficiências do estudo prende-se com o facto de não ter sido usada uma entrevista clínica para confirmar o diagnóstico. Outra limitação do presente estudo relaciona-se com o facto de não ter sido verificada a associação de outras variáveis, e.g. os antecedentes pessoais e familiares de depressão, referenciadas como significativas para a DPN. Em próximos estudos, poderá ser importante ter em consideração estes aspectos.

Entretanto, apesar das suas limitações, foi constatado que a utilização da escala pareceu demonstrar uma influência positiva e significativa no conhecimento e percepção do transtorno, na medida em que pode permitir às mulheres e aos profissionais de saúde o desenvolvimento de uma atitude mais consciente e clarificada sobre a DPN.

Com base no alto índice de depressão, seria essencial que o governo angolano formalizasse a utilização da escala nas instituições de saúde materno-infantil através dos seus responsáveis para assegurar maior abrangência desta aos diferentes domínios, facilitando a detecção do transtorno e permitir o seu conhecimento, dada a provável negligência da doença. Neste sentido, e face a necessidade de instituições e profissionais especializados em saúde mental em Benguela, que a Direcção Provincial da Saúde (DPS) estabeleça estratégias de orientação e seguimento das mães com depressão.

De igual modo, faz-se pertinente a promoção de palestras com a participação das mulheres e mães, a organização de seminários, debates e conferências sobre o tema com os profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA

Abuchaim, E. S. V. (2005). *Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: “dividindo-se entre ser mãe e mulher”*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Adewuya, A. O. (2006). Early postpartum mood as a risk factor for postnatal depression in Nigerian women. *Am J Psychiatry*, 163(8), 1435-1437.

Alt, M. S. & Benetti, S. P. C. (2008). Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. Relatos de caso. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 389-394.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., Texto Revisto). Climepsi Editores.

Andrade, M., Martins, A., Almeida, A., Adão, J. & Abuin, M. (2010). Depressão, não só no pós-parto. In F. Cruz, I. Varandas, M. J. Santos, M. J. Miranda & M. T. Carvalho (com. cient.), *Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto: contributos* (pp. 387-400). Corrente Dinâmica: Formação e Eventos.

Andrade, L. M. S. G., Viana, M. C. & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín.*, 33(2), 43-54.

Angerami-Camon, V. A. (org.). (2001). *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal depression Scale in Portuguese Mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30 – 35.

Arévalo, A. P., Rámila, C.G. & Pemueler, R. R. (2007). Prevalencia de depresión post-parto. *Revista de la Facultad de Medicina*, 1(5), 11-14.

Azevedo, K. R. & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Reflex. Crit.*, 19(2), 269-276.

- Bahls, S. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. Curitiba. *Interação*, 3, 49-60.
- Baptista, A. S. D. & Baptista, M. N. (2005). Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em Psicologia*, 9(1), 155-163.
- Baptista, M. N., Carneiro, A. M. & Sisto, F. F. (2010). Estudo psicométrico de escalas de depressão (EDEP e BDI) e o inventário de percepção de suporte familiar – IPSF. *Psicologia em pesquisa UFJF*, 4 (1), 65-73.
- Barros, C. S. G. (2002). *Pontos de Psicologia do Desenvolvimento* (12^a ed., 4^a impressão). São Paulo: Editora Ática.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *JOGNN Principles & Practice*, 31(4), 394-402.
- Belentani, L. M. (2009). *Alterações emocionais e sexuais no puerpério de mulheres com bebês incluídos em programa de vigilância ao recém-nascido de risco*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Maringá.
- Benvenuti, P., Valoriani, V. & Vanni, D. (2006). Prevention of postnatal depression. *Clinical Neuropsychiatry*, 3(1), 39-56.
- Borsa, J. C., Feil, C. F. & Paniágua, R. M. (2007). A relação mãe-bebê em casos de depressão pós-parto. *O Portal dos Psicólogos*.
- Brockington, I. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*, 3(2), 89-95.
- Brum, E. H. M. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 457-467.
- Camacho, R. S., Cantinelli, F. S., Ribeiro, C. S., Cantilino, A., Gonçalves, B. K., Braguittoni, É. & Rennó JR, J. (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 92-102.

- Campo-Arias, A., Ayola-Castillo, C., Peinado-Valencia, H. M., Amor-Parra, M. & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgo para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 277-283.
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Albuquerque, T. L. C., Paes, J. A., Montenegro, A. C. P. & Sougey, E. B. (2010). Postpartum depression in Recife – Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr.*, 59(1), 1-9.
- Castañón, S. C. & Pinto, L. J. (2008). Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Méd Chile*, 136, 851-858.
- Chandran, M., Tharyan, P., Muliylil, J. & Abraham, S. (2002). Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, Índia: Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 181, 499-504.
- Chaudron, L. H., Szilagyi, P. G., Kitzman, H. J., Wadkins, H. I. M. & Conwell, Y. (2004). Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*, 113, 551-558.
- Chaudron, L. H., Szilagyi, P. G., Tang, W., Anson, E., Talbot, N. L., Wadkins, H. I. M., Tu, X. & Wisner, K. L. (2010). Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics*, 125(3), e609-e617.
- Choi, Y., Bishai, D. & Minkovitz, C. (2009). Multiple Births Are a Risk Factor for Postpartum Maternal Depressive Symptoms. *Pediatrics*, 123(4), 1147–1154.
- 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.
- Costa, M. F. (2005). *Dicionário de termos médicos*. Porto Editora.
- Costa, R., Pacheco, A. & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva pós-parto. *Rev. Psiq. Clín.*, 34(4), 157-165.
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. (2008a). As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28(2), 244-259.

- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. (2008b). Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ*, 8(3), 759-773.
- Cox, J. L. & Holden, J. M. (2003). *A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Royal College of Psychiatrists, London, Gaskell.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J. L., Murray, D. & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Cramer, B. (2002). Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Devenir*, 22(2), 89-99.
- Cruz, E. B. S., Simões, G. L. & Faisal-Cury, A. (2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia*, 27(4): 181-8.
- Da-Silva, V. A., Moraes-Santos, A. R., Carvalho, M. S., Martins, M. L. P. & Teixeira, N. A. (1998). Prenatal and Postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 31(6), 799-804.
- Dennis, C-L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ*, 331(15), 1-8.
- Dennis, C-L. & Hodnett, E. D. (2009). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression (Review). *The Cochrane Collaboration*, Issue 1, pp.1-46.
- Dennis, C-L. & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-e751.
- Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Duarte, T. & Serrão, V. (2010). Depressão Pós-parto. In F. Cruz, I. Varandas, M. J. Santos, M. J. Miranda & M. T. Carvalho (Com. Cient.), A. Fernandes, J. Gonçalves, M. J. Miranda & N. Silva (Orgs.), *Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto: contributos* (pp.409-424). Corrente Dinâmica: Formação e Eventos.
- Estanqueiro, A. (2004). *Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal* (10ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Fanget, F. (2005). *Seja mais você!: o poder da ousadia e da autoconfiança* (M. B. Alvarez, trad.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Felix, G. M. A., Gomes, A. P. R. & França, P. S. (2008). Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Com. Ciências Saúde*, 19(1), 51-60.
- Figueira, P., Corrêa, H., Malloy-Diniz, L. & Romano-Silva, M. (2009). Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública*, 43(Supl. 1), 79 -84
- Figueiredo, B. (2001). Depressão pós-parto: considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22(3), 329-339.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *RIPCS/IJCHP*, 3(3), 521-539.
- Figueiredo, B. Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 20(XX), 203-217.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. & Costa, R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10(3), 103-109.
- Fonseca, V. R. J. R. M., Silva, G. A. & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad. Saúde Pública*, 26(4), 738-746.
- Fonseca, P. G. P., Trafaniuc, L., Tavares Júnior, H., Mesquita, R. M. & Lotufo Neto, F. (2000). Alterações nos estados de humor em pacientes com episódio depressivo grave após uma única sessão de atividade física / Mood changes of patients with a severe depression episode after a single physical activity session. *J. Bras. Psiquiatr*, 49(6), 203-206.

Fontes, F. S., Silva, I. A., Ribeiro, I. B., Lima, G. P. V. & Guida, N. F. B. (2010). O cuidado de enfermagem e sua contribuição para prevenir a depressão pós-parto na adolescência. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online*, 2(Ed. Supl.), 135-137.

Forman, D. N., Videbech, P., Hedegaard, M., Salvig, J. D. & Secher, N. J. (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1210-1217.

Francisco, V. L., Pires, A., Pingo, S., Henriques, R., Esteves, M. A. & Valada, M. J. (2007). A depressão materna e o seu impacto no comportamento parental. *Análise Psicológica*, 2(XXV), 229-239.

Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudo*, 10(1), 47-55.

Frizzo, G. B. & Piccinini, C. A. (2007). Depressão Materna e a Interação Triádica Pai-Mãe-Bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 351-360.

Frizzo, G. B., Prado, L. C., Linares, J. L. & Piccinini, C. A. (2010). Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 46-55.

Gjerdingen, D. K. & Yawn, B. P. (2007, May-June). Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med*, 20(3), 280-288.

Guedes-Silva, D., Souza, M. R. & Moreira, V. P. (2003). Depressão pós-parto: prevenção e consequências. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, III(2), 439-450.

Guédeney, N. & Jeammet, P. (2001). Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 13(3), 51-64.

Günther, H. (2004). *Como elaborar um relato de pesquisa* (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 02) Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental. Disponível na URL www.unb.br/ip/lpa/pdf/02Sugestoes.pdf.

Hagen, E. H. (1999). The functions of postpartum depression. *Evolution and Human Behavior*, 20, 325-359.

Hagen, E. H. & Barrett, H. C. (2007). Perinatal sadness among Shuar women. *Medical Anthropology Quarterly*, 2(1), 22-40.

Harvey, E. (2002). *Depressão pós-parto: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo: Ágoras.

Hasselmann, M. H., Werneck, G. L. & Da Silva, C. V. C. (2008). Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad. Saúde Pública*, 24(Sup.2), S341-S352.

Hay, L. L. (2000). *Você pode curar sua vida: como despertar ideias positivas, curar doenças e viver plenamente* (E. K. Massaro, trad). São Paulo: Editora Best seller.

Hernandez, J. A. E. & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *PSICO, Porto Alegre, PUCRS*, 40(4), pp.414-421.

Higuti, P. C. L. & Capocci, P. O. (2003). Depressão pós-parto. *Rev Enferm UNISA*, 4, 46-50.

Inandi, T., Elci, O., Ozturk, A., Egri, M., Polat, A. & Sahin, T. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, 31, 1201-1207.

Josefsson, A., Angeliö, L., Berg, G., Ekström, C., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002, February). Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223-228.

Kumar, R. & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit. J. Psychiat.*, 144, 35-47.

Lafer, B. & Filho, H. P. V. (1999). Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Rev Bras Psiquiatr*, 21, S112-117

Leal, I. P. (1999). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA.

Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Chiu, H. F. K. & Chung, T. K. H. (2000). Screening for postnatal depression using the double-test strategy. *Psychosomatic Medicine*, 62, 258-263.

Lee, D. T. S., Yip, S. K., Chiu, M. F. K., Leung, T. Y. S., Chan, K. P. M., Chau, I. O. L., Leung, H. C. M. & Chung, T. K. H. (1998). Detecting postnatal depression in Chinese

women: validation of the version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 172, 433-437.

Lopes, J. (2006). *O fazer do trabalho científico em ciências sociais aplicadas*. Recife: Ed. Universitária d UFPE.

Lopes, E. R., Jansen, K., Quevedo, L. A., Vanila, R. G., Silva, R. A. & Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *J Bras Psiquiatr.*, 59(2), 88-93.

Luemba, M. (2009). *Vivências depressivas, ansiedade e situação de estresse de pais/cuidadores de crianças portadoras de anemia falciforme, Luanda-Angola*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Marques, C. (2003). Depressão materna e suas representações mentais. *Análise Psicológica*, 1(XXI), 85-94.

Martins, D. & Pires, A. P. (2008). O comportamento parental de companheiros de mulheres com depressão pós-parto. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16 (2), 106-115.

Masmoudi, J., Trabelsi, F., Charfeddine, F. & Jaoua, A. (2006). La depression du post partum. *J.I. M. Sfax*, 11(12), 7-13.

Mattar, R., Silva, E. Y. K., Camano, L., Abrahão, A. R., Colas, O. R., Neto, J. A. et al. (2007). A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Rev Brás Ginecol Obstet.*, 29(9), 470-7.

McCoy, S. J. B., Beal, J. M., Shipman, S. B. M., Payton, M. E. & Watson, G. H. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of literature. *J Am Osteopath Assoc.*, 106(4), 193-198.

Mendes, I. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Mesquita, R. M. (N.D). A atividade física para adultos depressivos. *Escola de Educação Física e Esporte: Departamento de Pedagogia do Movimento do Corpo Humano*. 18 páginas.

Acedido aos 25 de Fevereiro de 2011. Disponível em:
<http://www.centrodepsicologia.com.br/artigos/rosa.pdf>.

Milgrom, P. (2001). Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN) : une approche cognitiviste et comportementale. *Devenir*, 13(3), 27-50

Miller, R. L., Pallant, J. F. & Negri, L. M. (2006). Anxiety and stress in the postpartum: is there more to postnatal distress than depression? *BMC Psychiatry*, 6(12).

Moraes, I. G. da Silva., 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. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70.

Motta, M. G., Lucion, A. B. & Manfro, G. G. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev Psiquiatr RS*, 27(2), 165-176.

Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P. & Stein, A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40(8), 1259-1271.

Neter, E., Collins, N. L., Lobel, M. & Dunkel-Schetter, C. (1995). Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Women's Health: Research on Gender, Behaviour, and Policy*, 1(1), 51-75.

Neto, M. L. R., Rocha, V. M. & Silva, L. B. (2005). A depressão pós-parto em vozes que interpretam. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 109-115.

Norwitz, E. & Schorge, J. (2003). *Compêndio de Obstetrícia e Ginecologia* (A. N. Rosa, trad.). Lisboa: Instituto Piaget.

Novello, F. P. (2000). *Um mergulho em si (coleção - Psicologia e você)*. São Paulo: Paulinas.

Nunes, S. A. N., Fernandes, M. G. & Vieira, M. L. (2007). Interações sociais precoces: uma análise das mudanças nas funções parentais. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*, 17(3), 160-171.

O'Brien, L. M., Heycock, E. G., Hanna, M., Jones, P. W. & Cox, J. L. (2004). Postnatal Depression and Faltering Growth: A Community Study. *Pediatrics*, (113), 1242-1247.

- O'Hara, M. W. (2001). La dépression du post-partum : les études de L'lowa. *Devenir*, 13(3), 7-20.
- Oates, M. R., Cox, J. L., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B., Gorman, L. L., Hacking, S., Hirst, E., Kammerer, M. H., Klier, C. M., Seneviratne, G., Smith, M., Sutter-Dallay, A. -L., Valoriane, V., Wickberg, V., Yoshida, K. & the TCS – PND Group. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184(suppl.46), s10-s16.
- Pearlstein, T. (2008). Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci*, 33(4), 302-18.
- Pereira, P. K. & Lovosi, G. M. (2008). Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *VRev Psiq Clín.*, 35(4), 144-53.
- Poinso, F., Samuellian, J., Delzenne, V., Huiart, L., Sparrow, j. & Rufo, M. (2001). Dépressions du post-partum: delimitation d'un groupe à haut risqué dès la martenité, evaluation prospective et relation mere-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 442(2), p. 379 – 413.
- Powell, J. (2005). *Porque tenho medo de te dizer quem sou?* (C. F. Miranda, trad.), 5ª edição. São Paulo: *Paulinas*.
- Ramos, C. V. & Almeida, J. A. G. (2003). Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*, 79(5), 385-90.
- Regmi, S., Sligl, W., Carter, D., Grut, W. & Seear, M. (2002). A controlled study of postpartum among Napalese women: validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Tropical Medicine and International Health*, 7(4), 378-382.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Rojas, C. G., Fritsch, M. R., Solis, G. J., González, A. M., Guajardo, T. V. & Araya, B. R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile*, 134, 713-720.

- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Filho, A. C., Zandonade, E. & Lima, V. J. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr RS*, 29(3), 274-280.
- Ruschi, G. E. C., Filho, A. C., Lima, V. J., Yazaki-Sun, S., Zandonade, E. & Mattar, R. (2009). Alteração tireoidiana: um fator de risco associado à depressão pós-parto. Recife. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 9(2), 207-213.
- Santos, C. M. T., Almeida, G. O. & Souza, T. S. (2009). Depressão pós-parto: revisão da literatura. *Psicologia & foco*, 3(2), 1-13.
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Tavares, B. F., Barros, A. J. D., Botelho, I. P., Lapolli, C., Magalhães, P. V. S., Barbosa, A. P. P. N. & Barros, S. C. (2007). Validation of the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad. Saúde Pública*, 23(11), 2577-2588.
- Saraiva, E. R. A. & Coutinho, M. P. L. (2007). A estrutura das representações sociais de mães puérperas acerca da depressão pós-parto. *Psico – USF*, 12(2), 319-326.
- Saraiva, E. R. A. & Coutinho, M. P. L. (2008). O sofrimento psíquico no puerpério: um estudo psicossociológico. *Revista Mal-estar e Subjectividade*, VIII(2), 505-527.
- Schmidt, E. B. & Argimon, I. I. L. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*, 19(42), 211-220.
- Schmidt, E. B., Piccoloto, N. M. & Müller, M. C. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico – USF*, 10(1), 61-68.
- Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 403-411.
- Schwengber, D. D. S. & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 143-156.
- Schwengber, D. D. S., Prado, L. C. & Piccinini, C. A. (2009). O impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações acerca da maternidade no contexto da depressão. *Psico*, 40(3), 382-391.

Shakespeare, J., Blake, F. & Garcia, J. (2003). A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of General Practice*, 53, 614-619.

Sheeder, J., Kabir, K. & Stafford, B. (2009). Screening for postpartum depression at well-child visits: is once enough during the 6 months of life? *Pediatrics*, 123(6), e982-e988.

Silva, E. & Botti, N. (2005). Depressão puerperal – uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(2), 231 – 238.

Silva, P. C., Eira, C., Vicente, M.G. & Guerrreiro, R. (2003). Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários. *Análise Psicológica*, 1(XXI), 59-76.

Silva, R. A., Jansen, K., Sousa, L. D. M., Moraes, I. G. S., Tomasi, E., Silva, G. G., Dias, M. S. & Pinheiro, R. T. (2010). Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 139-144.

Sotto-Mayor, I. M. B. & Piccinini, C. A. (2005). Relacionamento conjugal e depressão materna. *PSICO*, 36(2), 135-148.

Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A. Day, A. & Cooper, P. J. (1991). The Relationship between Post-natal Depression and Mother-Child Interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, 46-52.

Stewart, D., Robertson, E., Dennis, C. & Grace, C. (2004). An evidence-based approach to post-partum depression. *World Psychiatry*, 3(2), 97-98.

Tannous, L., Gigante, L. P., Fuchs, S. C. & Busnello, E. D. A. (2008). Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* 8(1).

Valença, V. N. & Germano, R. M. (2010). Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Rev. Rene. Fortaleza*, 11(2), 129-139.

Vaz Serra, A. (2000). Vulnerabilidades ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), pp. 261-278.

- Veras, A. B. & Nardi, A. E. (2005). Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J.bras.psiquiater.*, 54(1), 57-68.
- Verkerk, G. J. M., Denollet, J., Van Heck, G. L., Van Son, M. J. M. & Pop, V. J. M. (2005). Personality factors as determinants of depression in postpartum women: a prospective 1-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 67, 632-637.
- Viegas, L. M., Silva, G. A., Cecchine, M., Filipe, R., Otta, E. & Bussab, V. S. R. (2008). Depressão pós-parto, histórico reprodutivo materno e apoio social. *Saúde Sexual e Reprodutiva*, 46, Boletim do Instituto de Saúde.
- Villegas, R. P., Carrillo, K. S., Barra, L. A., Acosta, V. A., Ulloa, I.B. & Reyes, J. C. (2007). Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 67(3), 187-191.
- Vitolo, M. R., Benetti, S. P. C., Bartolini, G. A., Graeff, A. & Drachler, M. L. (2007). Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Rev Psiquiatr RS*, 29(1), 28-34.
- Watt, S., Sword, W., Krueger, P. & Sheehan, D. (2002). A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infant Survey. *BMC Family Practice*, 3, pp.1-7.
- Weinberg, M. & Tronick, E. (1998). Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*, 102(5), 1298-1304.
- Wisner, K. L., Parry, B. L. & Piontek, C. M. (2002, July 18). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3), 194-199. Disponível em www.nejm.org.
- Yawn, B. P., Pace, w., wollan, P. C., Bertram, S., Kurland, M., Graham, D. & Dietrich, A. (2009). Concordance of Edinburgh Postnatal Depresión Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to assess increased risk of depresión among postpartum women. *JABFM*, 22(5), 483-491.
- Zaconeta, A. M., Motta, L. D. C. & França, P. S. (2004). Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 69(3), 209-213.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A. & Sougey, E. B. (2008). Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto: relatos de casos. *Revista de Psiquiatria RS*, 30(2), 155-158.

Zinga, D., Phillips, S. D. & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev Bras Psiquiatr*, 27(Supl II), S56-64.

ANEXOS

Anexo A – Termo de consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

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

Benguela, __ de _____ de 2011

Anexo B – Questionário de caracterização sócio-demográfica

Questionário de caracterização sócio-demográfica

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

Nome do Entrevistador _____

MAE		PAI		BEBÉ	
Idade da Mãe		Idade do Pai		Idade do 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 C – Escala de depressão pós-natal de Edinburgh**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

Anexo D – Questionário de percepção da maternidade

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 E – Pedido de autorização à Direcção do CMI

AO C.M.I – BENGUELA

Assunto: **solicitação**

Emanuel Maweth Paulo António, Director de Enfermagem do Hospital Municipal da Baía-Farta e estudante do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde vem mui respeitosamente, por meio desta, solicitar à Direcção da instituição acima referenciada se digne autorizar a realização do trabalho de campo, no período de Janeiro à Março de 2011, referente a Dissertação que vem desenvolvendo, cujo tema “Depressão Pós-Natal” envolve as puérperas ou mães de bebés até aos três meses depois do parto.

Por ser um centro de referência em Benguela, achamos pertinente seleccionar a vossa instituição, comprometendo-nos em nada dificultar ou perturbar o normal funcionamento dos vossos trabalhos.

Desejando votos de bom trabalho, agradecemos a vossa boa compreensão!

Espera deferimento.

Benguela, aos 17 de Janeiro de 2011.

O signatário

Emanuel M. P. António