

Instituto Superior Miguel Torga



Sandra Cristina Mendes Agra

**Factores de
vida e a
Intensidade da
sintomatologia
depressiva no
pósparto**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra
2009

Instituto Superior Miguel Torga



Sandra Cristina Mendes Agra

Factores de vida e a
Intensidade da
sintomatologia depressiva
no pós-parto

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, apresentada ao
I.S.M.T. e elaborada sob a orientação**

**da Prof. Doutora Esmeralda Macedo e co-orientação da Doutora
Fátima Feliciano.**

**Coimbra
2009**

Agradecimentos

À Professora Doutora Esmeralda Macedo, orientadora desta tese que ao longo deste tempo se disponibilizou a me orientar com toda a dedicação e empenho.

À Doutora Fátima Feliciano, co-orientadora desta tese, pelo seu apoio e compreensão, por toda a disponibilidade que sempre dedicou e pela qualidade dos seus conhecimentos, que me permitiram desta forma desenvolver e delinear os objectivos da investigação, e assim crescer enquanto investigadora e profissional.

À Maternidade Bissaya Barreto, e aos funcionários, desde enfermeiros, médicos e auxiliares, por tornarem possível a realização deste trabalho de investigação, facultando as condições físicas da recolha da amostra.

Às mães que participaram neste estudo que, com muita gentileza, disponibilizaram algum do seu tempo e sem a participação das quais este trabalho não seria concretizável.

Resumo

A depressão refere-se a uma sensação de mal-estar relacionada com sintomas como tristeza e angústia, mas também contrariedade, labilidade e frustração, em consequência de algum acontecimento negativo.

Em relação à depressão pós-parto, este diagnóstico é feito mediante a presença e ocorrência de sintomas num período de quatro semanas após o parto. Os primeiros sintomas costumam ser uma mistura de tristeza e de diminuição do humor, havendo uma rejeição do bebé por vezes associada a sentimentos de incapacidade em a mãe se imaginar com o seu bebé no futuro. Perante o facto de esta situação acarretar dificuldades acrescidas para a relação mãe/bebé e consequente desenvolvimento da criança, torna-se pertinente perceber que factores estão associados à ocorrência de sintomatologia depressiva materna no pós-parto a fim de delinear intervenções preventivas.

Na presente investigação pretendemos caracterizar e avaliar o tipo de associação existente entre alguns factores sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos, sociais e psico-sociais e a intensidade de sintomatologia depressiva presente em mães, nos dois primeiros meses pós-parto, junto de uma amostra de 40 mulheres, recrutadas na Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra, solicitámos o preenchimento de

uma ficha de identificação construída para o efeito, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos e o teste dos Recursos Familiares. Os resultados obtidos em relação aos factores como a idade, a escolaridade, o estado civil, o número de pessoas que vivem no agregado familiar, o número de gravidezes, o planeamento da gravidez e as preocupações com o estado de saúde do bebé não apresentam valores que permitam afirmar da existência de associação com a intensidade de sintomatologia depressiva no nosso estudo. Em relação aos recursos familiares verificou-se que à medida que estes aumentam, diminui então a sintomatologia depressiva.

É de esperar que no período pré-natal ocorra um despiste de situações de risco para a grávida e para o bebé.

Palavras-chave: depressão, depressão pós-parto, factores sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos, sociais e psico-sociais

Abstract

Depression reports to a feeling of illness related with signs of sadness and grief but also with adversity, lability and frustration as result of an unfortunate happening.

Regarding to the postnatal depression this diagnostic is concluded according with the occurrence of these symptoms, during the four weeks that follow the birth. The first symptom usually emerge as a combination of sadness and fits of temper, and at the same time occurs a baby rejection related with the feeling of the mother's incapacity to picture herself with the baby in future. In the sight of this circumstance, that brings additional difficulties to the mother/baby relationship and to the child future development, it is crucial to understand the factors that are related with the occurrence of maternal depressive symptomatology during the after birth period with the purpose to outline the preventive measures.

In this research our propose is to characterize and evaluate the kind of association that occurs between some sociodemographic, gynecologic and obstetric, social and psychosocial factors and the intensity of depressive symptomatology present in mothers during the first two months after birth. Our research is based on a sample of 40 women from the "Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto" in Coimbra, we asked them to fill an identification query that was build with this purpose. We also used a Depression

Scale from the Epidemiological Studies Center and the test of Family Resources. The achieved results regarding such factors as: age, schooling, marital status, the number of people living with the family, the number of pregnancies, the planning of pregnancy and the fears about baby's health, aren't significant enough to allow us to relate them with the depressive symptomatology increase explained in this study. In what concerns to Family Resources it was check that as they increase the depressive symptomatology decreases.

During the prenatal period it is expected to occur the mislead of danger situations either to baby or mother.

Key words: depression; after birth period; sociodemographic, gynecologic and obstetric, social and psychosocial factors.

Sumário

Introdução -----	1
I. Objectivos do estudo -----	12
II. Metodologia -----	15
2.1- Tipo de estudo -----	16
2.2- Hipóteses de estudo -----	17
2.3- Variáveis -----	18
2.3.1- Variáveis Dependentes -----	18
2.3.2- Variáveis Independentes -----	19
2.4- Amostra -----	19
2.5- Instrumentos -----	22
2.5.1- Ficha de identificação -----	22
2.5.2- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.) -----	22
2.5.3- Teste dos Recursos Familiares -----	22
III. Resultados -----	24
IV. Discussão dos resultados -----	34

V. Conclusões -----	40
---------------------	----

Referências Bibliográficas -----	44
----------------------------------	----

Anexos

Lista de gráficos e tabelas

Gráfico 1. Scatter plot da relação entre os recursos familiares e a sintomatologia depressiva -----	26
--	----

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto ao nível de escolaridade e estado civil -----	20
---	----

Tabela 2. Distribuição da amostra pelas profissões -----	21
---	----

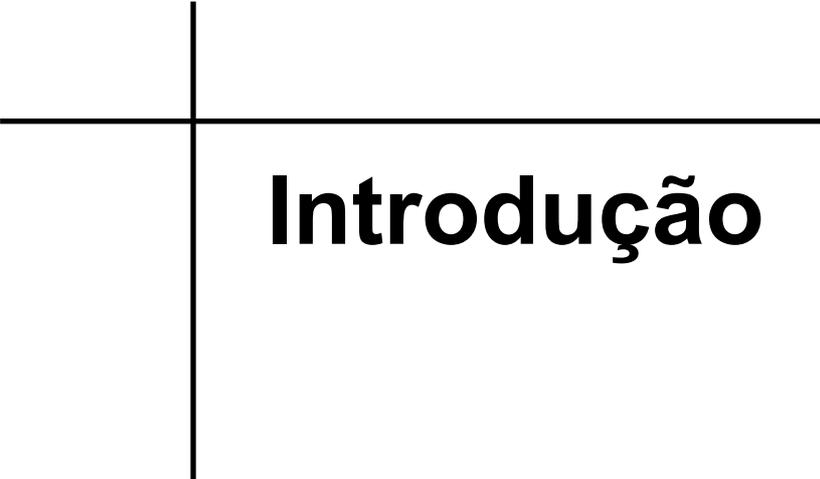
Tabela 3. Mínimo, máximo, média e desvio padrão, alfa de Cronbach e teste de normalidade da CES-D -----	25
--	----

Tabela 4. Frequência de perturbação depressiva -----	25
---	----

Tabela 5. Mínimo, máximo, média e desvio padrão, alfa de Cronbach e teste de normalidade do teste dos Recursos Familiares -----	26
--	----

Tabela 6. Médias, desvios-padrão e teste Kruskal Wallis da sintomatologia depressiva em função do nível de escolaridade -----	27
--	----

Tabela 7. Médias, desvios-padrão e teste de homocedasticidade ¹ e t-student da sintomatologia depressiva em função do nível do estado civil -----	27
Tabela 8. Planeamento da gravidez -----	28
Tabela 9. Médias, desvios-padrão e teste de homocedasticidade e t-student da sintomatologia depressiva em função do nível do estado civil -----	28
Tabela 10. Bem estar ao longo da gravidez -----	29
Tabela 11. Tipo de parto -----	29
Tabela 12. Médias, desvios-padrão e teste de homocedasticidade e t-student da sintomatologia depressiva em função do tipo de parto -----	30
Tabela 13. Quem assistiu ao parto -----	30
Tabela 14. Relação entre o estado emocional e físico durante a gravidez ----	31
Tabela 15. Preocupações no momento presente -----	31
Tabela 16. Preocupações com a saúde e desenvolvimento do bebé -----	32
Tabela 17. Preocupações familiares -----	32



Introdução

A Depressão é um estado de elevada complexidade, sendo possível a detecção de diversos componentes como a ansiedade, a agitação, a preocupação, sentimentos de culpa e uma vivência forte e contínua de infelicidade (Carvalho, 2006).

Quando as pessoas se tornam clinicamente deprimidas, apresentam características como um período de pelo menos duas semanas em que existe um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades (DSM-IV, APA, 1994). Para assim ser terão que estar presentes 5 ou mais dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas: humor depressivo durante a maior parte do dia; diminuição clara do interesse e prazer em todas ou quase todas as actividades; perda ou aumento de peso; insónia ou hipersónia; agitação ou inibição psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimentos exagerados de desvalorização ou culpa excessiva; diminuição da capacidade de se concentrar e pensar, ou ainda indecisão e pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio (DSM-IV, APA, 1994).

Os estudos epidemiológicos mostram que a depressão é uma perturbação psicopatológica muito mais comum na mulher que no homem (DSM-IV, APA, 1994).

Relativamente à mulher refira-se o acontecimento de vida intenso onde a depressão pode ocorrer após o parto. A depressão durante o puerpério

provoca sofrimento e défices no funcionamento normal da mulher. Em 1992 foi identificada pela Organização Mundial de Saúde com um diagnóstico distinto, mais tarde perfeitamente identificável no *Diagnostic and Statistical Manual- IV - Text Revision* (DSM-IV-TR) da Associação Americana de Psiquiatria. Neste documento, é referido que "...a sintomatologia (...) pós-parto não difere da sintomatologia em episódios de humor que não são pós-parto...".

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) os sintomas comuns nos episódios com início pós-parto, embora não sendo específicos deste tipo de início, incluem flutuações e labilidade do humor, e a preocupação com o bem-estar do bebé. A presença de rumações ou pensamentos de carácter delirante acerca do bebé está associado a um aumento significativo do risco de agressão ao bebé. Os episódios de humor com início no período pós-parto (Depressivos *Major*, Maníacos ou Mistos), podem apresentar-se com ou sem características psicóticas, sendo que a presença de características psicóticas parecem ocorrer de 1 em 500 a 1 em 1000 partos e parecem ser mais comuns nas mulheres primíparas. Quando uma mulher teve um episódio pós-parto com características psicóticas, o risco de recorrência em partos subsequentes situa-se entre 30% e 50%.

Para se considerar uma depressão pós-parto, esta terá que ocorrer num período de quatro semanas após o parto, a mulher experiencia um sentimento de culpabilidade associado a estes sintomas, visto considerar ser uma altura em que deveria sentir-se feliz. (Costa, 2004).

A depressão pós-parto trata-se de um episódio depressivo *major*, que acontece na estreita relação com o parto, e que se caracteriza por problemáticas relativas ao desempenho do papel materno e à presença do bebé, e por um conjunto de alguns sintomas que ganham uma relevo particular na depressão pós-parto, quando comparados com a depressão em geral. Estes sintomas poderão ser algumas queixas físicas, como é o caso de fadiga e perda de apetite, níveis de ansiedade e preocupação elevados, extrema culpabilidade, perda muito significativa de auto-estima, agravamento dos sintomas com o decorrer do dia e insónia ao adormecer (Figueiredo, 2001a).

A depressão pós-parto afecta não apenas mulheres mas, em muitos casos toda a família.

Esta pode tornar-se um factor que dificulta o estabelecimento de um vínculo afectivo da mãe com o seu bebé, e pode interferir ao nível das futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança.

Uma das questões que maior polémica tem suscitado é a questão de saber se maternidade é, em si e só por si, um factor de risco para o estado de saúde mental da mulher (Figueiredo, 2000).

De acordo com Parry (1999, *cit in* Figueiredo 2001b), os meses que se seguem ao nascimento de um bebé são considerados um período de elevado risco para a saúde mental da mulher.

Segundo Mercer (2004, *cit in* Carvalho 2006), tornar-se mãe é um processo que implica uma preparação activa e complexa para a maternidade, exigindo assim às mães uma preocupação com elas próprias e com os seus filhos, processo este que começa quando a mulher tenta ficar grávida e o consegue, quando a gravidez é confirmada e quando decide avançar com a gravidez.

O nascimento de um filho, sobretudo se for o primeiro, implica sempre grandes mudanças, tendo um impacto forte na vida familiar e pessoal dos indivíduos, modificando as identidades, os papéis e as funções dos pais e de toda a família, passando assim o casal de uma relação de conjugalidade para a parentalidade (Relvas e Lourenço, 2001).

A rede de apoio social e a qualidade das relações significativas são muito importantes na adaptação do indivíduo em períodos onde as exigências desenvolvimentais são elevadas, tal como acontece na transição para a parentalidade. Alguns estudos, como nos referem Rubertsson, Waldenstroem e Wickberg (2003, *cit in* Figueiredo *et al.* 2006) demonstram que é particularmente benéfico para o bem-estar da grávida o apoio que recebe e a qualidade da sua relação com o companheiro, mas também com outros elementos significativos, como é o caso da sua própria mãe, pois com a gravidez e a antecipação da maternidade, a mulher grávida irá procurar referências nos modelos maternos conhecidos.

As condições de vida têm vindo a alterar-se de forma acentuada nos últimos anos, e em quase todas as culturas existem rituais que servem para

conferir um estatuto especial à mulher puérpera, actuando essencialmente no sentido de aumentar a sua auto-estima e de diminuir as suas dificuldades na relação conjugal, clarificando assim o seu estatuto social (Figueiredo, 2001a).

Autores como Kumar e Robson (1984, *cit in* Carvalho 2006) verificaram que ao longo de vários anos, um grande número de investigações apenas se centravam na depressão pós-parto, uma vez que os primeiros estudos epidemiológicos referiam que a probabilidade de uma mulher se encontrar clinicamente deprimida no pós-parto era três vezes superior à mesma probabilidade estimada durante o gravidez.

Num estudo de Eberhard *et al.* (2002, *cit in* Costa 2004) onde pretenderam avaliar a prevalência de depressão em mulheres após o parto comparativamente com mulheres que não se encontrariam no período pós-parto, identificaram os factores de risco da depressão em ambos os grupos, utilizando para esse efeito uma amostra de 2730 mulheres entre os 18 e os 49 anos de idade, das quais 416 estariam em período pós-parto, e obtiveram resultados, em que a prevalência de depressão é maior nas mulheres que não se encontram no período pós-parto do que nas puérperas.

Recentemente autores como Gorman, O'Hara, Figueiredo, Hayes, Jacquemain, Kammerer, Klier, Rosi, Seneviratne, Sutter-Dallay, e TCS-PND Group (2004, *cit in* Costa 2004) estudaram a prevalência de depressão no período compreendido entre o 3º trimestre de gravidez e 6 meses após o parto em 296 mulheres de 8 países diferentes, tendo verificado que a prevalência da depressão foi de 17,3% na cidade do Porto e de 12,3% (em média) nos países considerados. Aos 6 meses após o parto, a prevalência foi de 9,5% na cidade do Porto e de 6,6% nos restantes (em média).

Em Portugal, segundo dados de estudos de Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo (1996, *cit in* Costa 2004), a prevalência de depressão encontrada entre as 2 e as 5 semanas após o parto, numa amostra de 352 mães, residentes numa área urbana do país é de 13,1%.

Marcus e colaboradores (2003, *cit in* Carvalho 2006) apresentaram resultados de uma amostra de cerca de 3400 grávidas norte-americanas, na qual verificaram que 20,4% das participantes apresentavam sintomatologia

depressiva, quando o questionário CES-D foi utilizado no primeiro, segundo ou terceiro trimestre de gravidez, tendo sido este valor muito significativo, ultrapassando mesmo a taxa de 10-20% de prevalência de depressão pós-parto referido por alguns autores, como Milgrom, Martim e Negri em 1999.

A evidência das consequências nefastas da perturbação quer para a mãe quer para o bebé é consistente e justifica a relevância deste e de outros estudos que se esforçam por identificar factores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto, no sentido de proporcionar informação que permita que os profissionais de saúde estejam alerta para determinadas características que possam constituir um risco acrescido de desenvolvimento de situações de psicopatologia materna. (Costa, 2004).

Windridge e Berryman (1999, *cit in* Costa 2004) num estudo com 107 mulheres, compararam as experiências de gravidez, parto e primeiro ano de maternidade, em mulheres com 35 ou mais anos de idade e mulheres entre os 20 e os 29 anos de idade. As mulheres com 35 anos de idade, mesmo que mais saudáveis, acreditam que a sua idade torna os seus filhos particularmente mais vulneráveis durante o trabalho de parto, logo preocupam-se mais com o risco para os seus bebés, sentindo-se também muito felizes com a maneira como os profissionais de saúde lidam com elas durante o trabalho de parto, e culpando menos os outros pelas dores sentidas. Do outro lado, os profissionais de saúde, atribuem às mulheres mais velhas como sendo mais facilmente de alto risco. Os elevados níveis de preocupação não apresentam necessariamente consequências negativas na experiência de parto ou no bem-estar emocional após o parto. Em suma, quer as mães mais velhas, quer as mães mais novas, vivenciam o parto de forma a que, embora se verifique em termos de diversidade psico-emocional, não se verifica em termos de diferenças obstétricas.

Num outro estudo, de Pereira e colaboradores (2003), verificaram que a presença de sintomatologia depressiva em grávidas adolescentes, não se correlaciona com a idade materna.

Contudo, outros estudos de Fernandez *et al.*, 2005; Glazier *et al.*, 2004; Gurung *et al.*, 2004 (*cit in* Carvalho 2006), sugerem que os sintomas psicopatológicos tendem a diminuir à medida que a idade materna aumenta.

Referindo também que quanto mais jovem for a mulher grávida, menor será a capacidade desta para desenvolver competências que a ajudem a resolver complicações e situações que possam ocorrer durante a gravidez (Fernandez *et al.*, 2005, *cit in* Carvalho 2006).

No que diz respeito ao tipo de parto, alguns estudos procuram comparar as experiências de parto por cesariana com o parto eutócico, e o que se tem verificado é que o parto por eutócico é vivido de forma mais positiva em relação à cesariana (Costa, 2004).

Num estudo de Figueiredo *et al.* (2003) que tinha como objectivo explorar a influência do tipo de parto na experiência de parto da mulher, foram avaliadas 115 mães primíparas das quais 46,1% teve parto eutócico e 53,9% parto por cesariana, e os dados daí resultantes mostram que a experiência da mulher é significativamente mais positiva quando o parto é eutócico em relação ao parto por cesariana.

Os resultados das investigações que procuraram comparar a experiência de diferentes tipos de parto são consensuais quanto ao facto de as grávidas sujeitas a cesariana percepcionarem mais negativamente a sua experiência de parto, comparativamente com as grávidas que tiveram um parto eutócico (Figueiredo, *et al.* 2003).

No que se refere ao facto da mulher grávida ter ou não um nível de estudos elevado, de acordo com Fernandez *et al.* (2005, *cit in* Carvalho 2006) verifica-se que quanto maior o nível de estudos, maior é a capacidade da mulher para enfrentar os acontecimentos negativos, estabelecendo assim um processo lógico e não procurando formas de fugir à realidade para evitar um acontecimento que lhe possa provocar algum *stress*. Autores como Fernandez *et al.*, 2005; Glazier *et al.*, 2004; Gurung *et al.*, 2004 (*cit in* Carvalho 2006) demonstram que o nível de psicopatologia materna aumenta à medida que diminuem as habilitações literárias.

De acordo com Rizk *et al.* (2001, *cit in* Costa 2004), um nível de escolaridade mais elevado apresenta uma pior experiência de parto, e segundo Dannenbring *et al.*, (1997, *cit in* Costa 2004), as mulheres com menor nível educacional estão mais satisfeitas com a experiência de parto. Então os

valores parecem compor a compreensão de que níveis de escolaridade mais elevados tendem a apresentar valores mais favoráveis no âmbito da psicopatologia, mais especificamente na sintomatologia depressiva, mas não na situação de parto.

Um outro aspecto que poderá influenciar a vivência da gravidez, tem a ver com o facto de a mulher ser ou não primípara. Num estudo de Steiner (2002, *cit in* Carvalho 2006), as mulheres que são primíparas poderão estar mais vulneráveis para desenvolver um quadro de perturbações psicopatológicas, nomeadamente uma perturbação pós-parto.

As mulheres que já experienciaram uma gravidez e que tenham já um filho, deveriam então estar mais preparadas para o decurso da segunda gravidez, não vivenciando então o “efeito novidade”, enquanto que a primeira gravidez poderá ser um desafio mais exigente à adaptação da mulher (Mendes, 2002).

Um dos primeiros trabalhos que abordou esta temática, de acordo com Bennet (1985, *cit in* Figueiredo *et al.* 2007) envolveu 72 mulheres, entrevistadas na 3ª semana do pós-parto e 2 anos após o nascimento do bebé, e os resultados daí obtidos indicam que na generalidade a mãe recorda os acontecimentos associados ao primeiro filho de forma mais precisa, apesar de, ao longo do tempo, passar a sentir-se mais crítica em relação ao procedimentos e à maneira de estar durante o parto. Os seus resultados demonstram que as mulheres já com um segundo filho vêm a sua primeira gravidez de uma forma globalmente mais negativamente.

Desta forma temos vindo a sublinhar que são vários os factores de risco associados à depressão pós-parto. De acordo com O’Hara e Swain (1996, *cit in* Costa 2004), através de uma meta-análise baseada em 59 estudos para determinar o efeito de um vasto grupo de factores de risco, medidos durante o período de gravidez, para a depressão pós-parto, os indicadores mais fortes de depressão pós-parto são a história psicopatológica prévia, perturbação psicológica durante o período de gravidez, relações conjugais de pouca qualidade, baixo suporte social e acontecimentos de vida stressantes.

Mais recentemente, Beck (2001, *cit in* Costa 2004) numa meta-análise de 84 estudos publicados até 1990 relativamente à depressão pós-parto, encontra como indicadores mais significativos a depressão pré-natal, baixa auto-estima materna, *stress* relacionado com os cuidados a ter que prestar ao bebé, circunstâncias de vida adversas, baixo suporte social, dificuldades na relação matrimonial, estatuto marital, estatuto socioeconómico, história anterior de depressão, ansiedade pré-natal, gravidez não planeada/ não desejada, dificuldades temperamentais do bebé e *blues pós-parto*.

De acordo com Perren *et al.* (2005, *cit in* Carvalho 2006), durante o período que se segue após o parto, muitas das mulheres experienciam sentimentos com grande carga negativa, que poderão oscilar entre reacções psicóticas severas (psicose puerperal) e reacções depressivas (depressão pós-parto) até às formas mais moderadas, mas que incluem também humor depressivo (*blues pós-parto*).

A propósito da psicose puerperal, podemos dizer que é uma perturbação psicológica grave, que acontece na estreita relação temporal e temática com o nascimento do bebé (Figueiredo, 2001b).

Relativamente ao *blues pós-parto*, podemos dizer que se refere a uma forma breve e moderada de perturbação de humor, durando apenas alguns dias, por vezes até mesmo um só dia, e surgindo em consequência de alterações hormonais que estão relacionadas com o nascimento e aleitamento do bebé (Figueiredo, 2001a).

O *blues pós-parto* afecta cerca de 70% das mulheres durante os primeiros dez dias imediatamente a seguir ao parto (DSM-IV, APA, 1994).

Apenas em 10% dos casos a depressão persiste ao fim de uma semana. (Santos, 1998).

A depressão pós-parto foi muitas vezes confundida com o *blues pós-parto*, embora seja de fácil distinção, pois o seu momento de início é distinto visto respeitar os primeiros dias após o parto.

Quanto à depressão pós-parto, possui características em comum com as perturbações depressivas *major* e tem um pico de aparecimento nos primeiros meses e um segundo pico entre o 9º mês e o 15º mês após o parto (Santos,

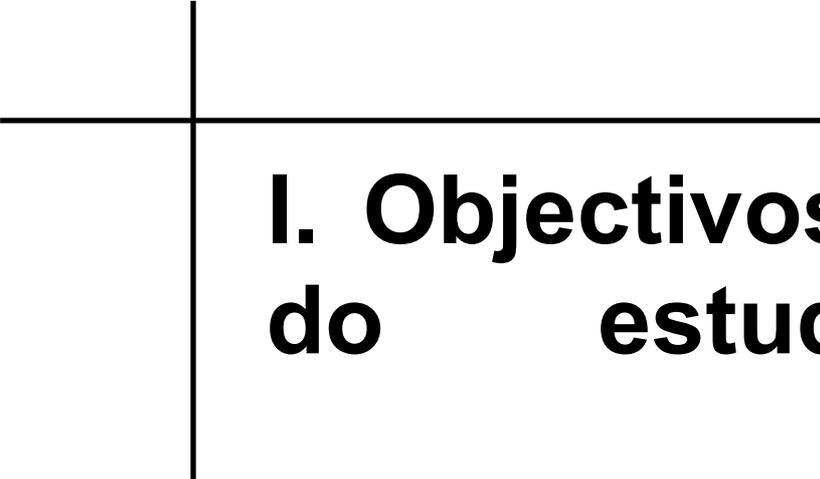
1998). Os estudos referem que 2 em cada 3 mulheres que desenvolvem depressão após o parto iniciam entre o 1º e o 3º mês do puerpério.

Segundo Milgrom (1999, *cit in* Carvalho 2006), a taxa de prevalência pode variar em função da população estudada, do método de avaliação utilizado e do período no pós-parto em que se efectua a avaliação.

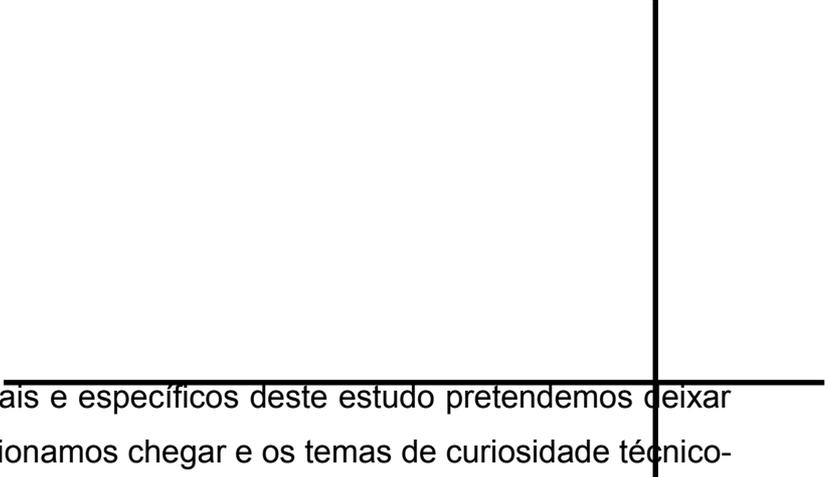
De uma forma geral, os estudos empíricos têm demonstrado que existem vários factores de risco associados à depressão pós-parto. Ao nível dos factores de natureza biológica, nomeadamente as hormonas estradiol, progesterona e prolactina, síndrome pré-menstrual e disfuncionamento da tiróide. No que diz respeito às variáveis demográficas e sociais, temos por exemplo, a idade, o estatuto marital, o nível educacional, o suporte social, a relação marital, a vida familiar, os acontecimentos de vida, o *stress* e as dificuldades socioprofissionais. Quanto às variáveis psicológicas, podemos falar na história psicopatológica, distúrbio psicológico durante a gestação, sensibilidade interpessoal e neuroticismo, auto-estima materna, auto-criticismo/ auto-aceitação, estilo de coping e estilo de vinculação. Relativamente às variáveis de natureza obstétrica, temos o planeamento da gravidez, as complicações obstétricas, aborto, tipo de parto e analgesia e a experiência de parto. Por último, podemos também considerar como factores de risco as características do bebé, no que se refere, ao sexo do bebé, ao temperamento, ao tipo de amamentação e prematuridade (Costa, 2004).

No entanto pelo facto do contexto deste estudo ser uma primeira e modesta abordagem desta temática, numa amostra de uma maternidade da região centro (Maternidade Bissaya Barreto – M.B.B.), inserido no currículo do mestrado integrado em Psicologia Clínica, no ramo de especialização em psicoterapia e Psicologia Clínica, o presente estudo pretende caracterizar e avaliar o tipo de associação existente entre alguns factores sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos, sociais e psico-sociais e a intensidade de sintomatologia depressiva presente em mães, nos dois primeiros meses após o parto. Referenciados para uma primeira consulta pós-parto na Unidade de Intervenção Precoce (U.I.P.), da referida maternidade. Na forma de questões que apresentaremos nos capítulos que se seguem.

Assim na sequência de este ser um tema que sempre me causou bastante interesse e curiosidade científico-humana, as leituras foram-se adequando de acordo com a investigação bibliográfica e exploração da temática junto de professores e profissionais de saúde. Partindo destes princípios delineou-se então o projecto, articulando o contexto teórico com o contexto real da M.B.B., mais concretamente com a U.I.P. tendo sido relevante a escolha dos instrumentos de avaliação, aferidos e validados para a população portuguesa, e que fossem de aplicação fácil e acessível a uma amostra de mães num período após o parto. O desenrolar do projecto foi acontecendo e passando por alguns momentos específicos: elaboração do projecto, contactos com a comissão de ética, acolhimento na U.I.P., recolha de dados junto das mães, lançamento e tratamento dos dados, análise e discussão e respectivas conclusões, que se traduzem nos capítulos a seguir expostos.



I. Objetivos do estudo



Com os objectivos gerais e específicos deste estudo pretendemos deixar aqui as propostas onde tencionamos chegar e os temas de curiosidade técnico-científica que moveu este projecto, através do trabalho que o estudo protagonizou de forma a explorar e a contribuir para o contexto teórico-prático do nosso conhecimento da realidade da maternidade, e suas envolvências psico-emocionais e socioculturais.

1.1- **Objectivos Gerais**

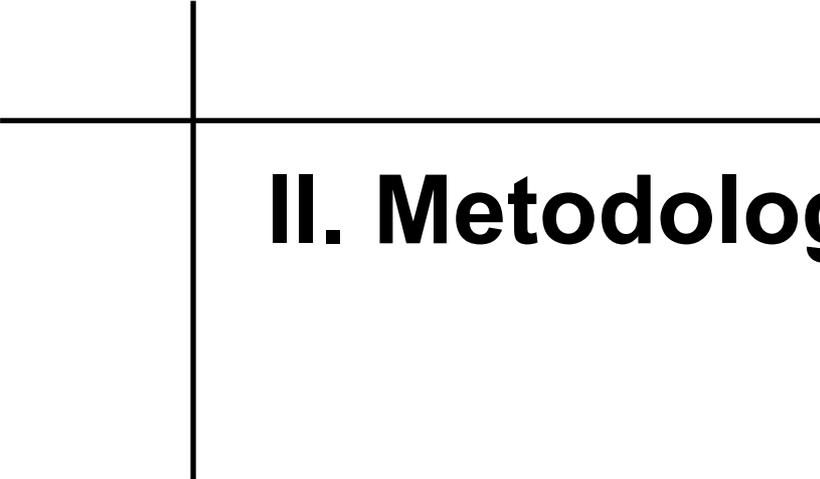
- Caracterizar e avaliar o tipo de associação existente entre alguns factores sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos, sociais e psico-sociais e a intensidade de sintomatologia depressiva presente em mães, nos dois primeiros meses após o parto, numa maternidade da zona centro.

1.2- **Objectivos Específicos**

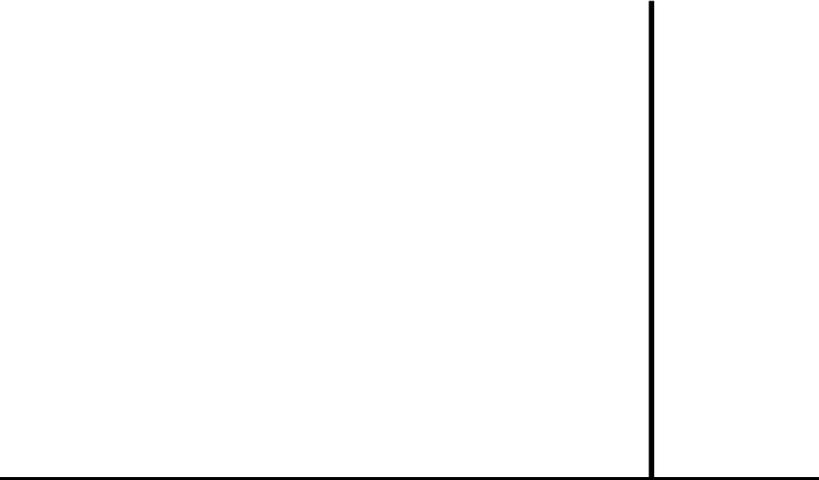
- Caracterizar de que forma factores como a idade, a escolaridade, a profissão, o estado civil e o número de filhos esboçam uma

determinada intensidade de sintomatologia depressiva na população em estudo

- Avaliar de que forma, em relação à gravidez, o número de gravidezes, se foi planeada, se foi desejada, se fez tratamentos e a sua satisfação e preocupação, contribuíram para a intensidade de sintomatologia depressiva na população em estudo
- Avaliar de que forma o tipo de parto, o seu estado físico e o seu estado emocional, no momento do parto, contribuíram para a intensidade de sintomatologia depressiva na população em estudo
- Caracterizar de que forma as preocupações da mãe com o seu bebé, em relação à sua saúde e ao seu desenvolvimento, contribuíram para a intensidade de sintomatologia depressiva materna
- Avaliar os recursos internos do sistema familiar com a intensidade da sintomatologia depressiva materna



II. Metodologia



No presente capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada neste estudo, dando a conhecer o tipo de estudo, as hipóteses formuladas, bem como, as variáveis, a população da amostra, os instrumentos utilizados na recolha e codificação/avaliação dos dados e os procedimentos.

2.1- Tipo de estudo

O tipo de estudo nesta investigação é transversal, pois analisam-se os dados num só momento, e é também um estudo de natureza exploratório, visto que não se pretendem generalizar os resultados.

Neste estudo, pretendeu-se estabelecer associações entre diferentes variáveis sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas, sociais e psicossociais e a intensidade de sintomatologia depressiva presente em mães no período após o parto, junto de mães presentes na primeira consulta pós-parto na U.I.P. da M.B.B..

Depois de definidos os objectivos geral e específicos da investigação desenha-se e efectiva-se um estudo de investigação do tipo descritivo correlacional, em mulheres que vieram às primeiras consultas do pós-parto, na U.I.P. da M.B.B. em Coimbra, sendo esta escolhida por conveniência, e estabelecendo-se como critério de inclusão a comparência nestas consultas, de modo a verificar a existência de sintomatologia depressiva materna.

A U.I.P. destina-se a crianças até à idade escolar que estejam em situações de risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais. Consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias com o objectivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento, podendo ter uma natureza preventiva secundária ou primária (Feliciano, 2002). A U.I.P. foi criada em 1991 e tem como objectivo intervir na melhoria da relação mãe-filho e pai-filho e acompanhar antes e após o nascimento, as situações de risco. O reforço da relação pais-filho e a estimulação precoce nestas famílias de risco são um meio eficaz de melhorar a saúde e o bem-estar das crianças, de potenciar o seu bom desenvolvimento psicomotor e de prevenir os maus tratos.

As participantes do estudo foram contactadas aquando da inscrição para efectivar a consulta do pós-parto na U.I.P., e a cada participante foram explicados os objectivos e os procedimentos da investigação. Foi solicitada a colaboração voluntária e garantida a confidencialidade dos dados. Após o consentimento informado (cf. Anexo 1) foi iniciada a recolha dos dados, através do preenchimento dos instrumentos de avaliação.

O tratamento estatístico dos dados foi feito recorrendo ao pacote estatístico SPSS (*Statistic Package for the Social Sciences*) (versão 16.0).

2.2- Hipóteses de estudo

A análise específica deste estudo foi objectivada para a sua discussão na forma de hipóteses que procurámos testar com a presente investigação e que passamos a apresentar:

H1: Existe associação entre a idade materna e a intensidade de sintomatologia depressiva

H2: Existe associação entre o nível de escolaridade materno e a intensidade de sintomatologia depressiva

H3: Existe associação entre o estado civil materno e a intensidade de sintomatologia depressiva

H4: Existe associação entre o número de filhos e a intensidade de sintomatologia depressiva materna

H5: Existe associação no que diz respeito aos aspectos do planeamento da gravidez com a intensidade de sintomatologia depressiva materna

H6: Existe associação entre a forma como decorreu o parto (tipo de parto, estado físico e emocional) com a intensidade de sintomatologia depressiva materna

H7: Existe associação na relação mãe/bebé (preocupações de saúde e desenvolvimento) com a intensidade de sintomatologia depressiva materna

H8: Existe associação na relação mãe/família (rede social de suporte e recursos familiares e número de pessoas que vivem no agregado familiar) com a intensidade de sintomatologia depressiva materna

2.3- Variáveis

De forma a verificarmos as hipóteses formuladas no contexto deste trabalho, procedemos à operacionalização das variáveis em estudo.

2.3.1- Variáveis Dependentes

A variável dependente é a “dimensão ou característica que surge ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente” (Almeida & Freire, 2003), ou quando se avaliam variáveis que podem surgir ou mudar face a diferenças nas variáveis independentes. Neste estudo a variável dependente corresponde à intensidade da sintomatologia depressiva materna.

2.3.1- Variáveis Independentes

A variável independente é a “dimensão ou característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto numa outra variável” (Almeida & Freire, 2003), ou avalia de forma controlada para analisar o seu impacto noutra(s) variável(is). No presente estudo consideramos variáveis independentes a idade, a escolaridade, o estado civil, o número de pessoas que vivem no agregado familiar, o número de filhos, os aspectos do planeamento da gravidez, a forma de como decorreu o parto, a relação mãe/bebé, a relação mãe/família e os recursos familiares.

2.4- Amostra

A amostra do estudo é constituída por 40 mulheres, acompanhadas em consulta após o parto, na U.I.P. da M.B.B., em Coimbra, no período entre Junho e Setembro de 2009. Esta consulta protocolada acontece como forma de acompanhamento preventivo nesta unidade, para promover condições e/ou despistar situações de risco no desenvolvimento da criança, através do reforço das condições parentais/familiares.

A amostra foi seleccionada de acordo com os seguintes critérios de inclusão: comparência nas consultas na U.I.P., tendo ocorrido o parto à menos de 2 meses e as mães terem uma idade compreendida entre os 16 e os 35 anos.

Fizeram parte da amostra 40 mulheres, com idades compreendidas entre os 17 e os 35 anos ($M=27.17$, $DP=4.78$).

A habilitação académica completa mais frequente é o ensino secundário (42.50%), seguido do terceiro ciclo (27.50%) e ensino superior (22.50%). Uma inquirida possuía apenas o 1º ciclo (2.50%) e duas referiram outra habilitação (5.00%; ver Tabela 1).

Apesar de mais de metade da amostra possuir o estado civil de casada (57.50%), registam-se 30.00% de mães solteiras e 10.00% de divorciadas.

Tabela 3. Caracterização da amostra quanto ao nível de escolaridade e estado civil

Características	Níveis	<i>n</i>	%
Escolaridade	1º ciclo	1	2.50
	3º ciclo	11	27.50
	Ensino Secundário	17	42.50
	Ensino Superior	9	22.50
	Outro	2	5.00
Estado civil	Solteira	12	30.00
	Casada	23	57.50
	Divorciada	4	10.00
	Viúva	0	0.00
	Outro	1	2.50

O agregado familiar é composto, em média, por 3.40 elementos ($DP=1.01$). Vive sozinha uma inquirida e duas num agregado de seis pessoas, a moda situa-se em três elementos no agregado familiar.

Quanto ao número de filhos, este varia entre 1 e 4 com uma média de 1.38 ($DP=0.71$).

Classificámos as profissões recorrendo à Classificação Nacional das Profissões (CNP-94). A CNP-94 faz a revisão da CNP-80, tendo por base a CITP-88 (*Classification internationale type des Professions*). A CNP tem dois grandes objectivos, a comparação internacional e a elaboração de estatísticas nacionais, sendo, por isso, uma obra de referência. Em termos conceptuais a CNP baseia-se em dois conceitos: a natureza do trabalho efectuado e a competência. A natureza do trabalho tem a ver com o conjunto de funções exercidas pelo trabalhador e são agrupadas em função das tarefas e exigências. As competências são as capacidades para desempenhar as tarefas inerentes a um determinado emprego, e engloba o nível das competências (função da complexidade e diversidade das tarefas) e o tipo de competências (tem a ver com a amplitude dos conhecimentos exigidos, utensílios e máquinas utilizados, material sobre o qual trabalha, natureza dos bens produzidos e serviços prestados). Os grandes grupos são:

1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas.
2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas.
3. Técnicos e profissionais de nível intermédio.
4. Pessoal administrativo e similares.
5. Pessoal dos serviços e vendedores.
6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca.
7. Operários, artífices, e trabalhadores similares.
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.
9. Trabalhadores não qualificados.

As categorias desempregada e estudante foram incluídas para caracterizar as situações face ao trabalho que não estão previstas na CNP. O grupo profissional mais frequente é *trabalhadores não qualificados*, mas as profissões distribuem-se por seis das nove categorias do CNP.

Tabela 4. Distribuição da amostra pelas profissões

Grupos profissionais	<i>n</i>	%
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	6	16.22

Grupos profissionais	<i>n</i>	%
Técnicos e profissionais de nível intermédio	3	8.11
Pessoal administrativo e similares	2	5.41
Pessoal dos serviços e vendedores	4	10.81
Operários, artífices, e trabalhadores similares	1	2.70
Trabalhadores não qualificados	9	24.32
Desempregada	7	18.92
Estudante	5	13.51
Total ^a	37 ^a	100.00

^a Não responderam três sujeitos

De salientar que sete (18.92% das inquiridas estavam desempregadas e cinco (13.51%) eram estudantes.

2.5- Instrumentos

2.5.1- Ficha de identificação

Foi utilizada uma ficha de identificação, construída para o efeito do presente estudo, e que tinha como principais objectivos a recolha de dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos, bem como, informações relativas à relação mãe/bebé e mãe/família. (cf. Anexo 2)

2.5.2- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.)

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (cf. Anexo 3) é uma escala construída para avaliar o nível actual de sintomatologia depressiva, com ênfase na componente afectiva (humor

depressivo). As respostas da escala são cotadas de 0 a 3, tendo 4 itens uma cotação inversa, e o resultado final é igual à soma das cotações dos itens. Quanto mais elevado for o resultado, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2006).

2.5.3- Teste dos Recursos Familiares

O Teste dos Recursos Familiares (cf. Anexo 4) é um teste desenvolvido para avaliar os recursos internos do sistema familiar. É composto por uma escala tipo Likert, constituída por 12 questões, classificadas em 5 categorias, de 1 a 5. A cotação é feita de forma a que quanto mais elevada é a pontuação melhores são os recursos familiares. (Canavarro, *et al.* 1993).

A utilização destes instrumentos de avaliação, todos eles de auto-resposta, foi considerada pertinente e adequada, pois são de fácil percepção e compreensão e não são muito morosos ou extensos, estão validados e aferidos para a população portuguesa e avaliam dimensões a que nos propusemos.



III. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados empíricos referentes às hipóteses referidas anteriormente.

Para a escala CES-D e para o teste dos recursos familiares (RF) e apesar da amostra ser composta por 40 sujeitos entendemos, ainda assim, efectuar o cálculo da consistência interna através do alfa de Cronbach. Pretendemos apenas verificar da adequabilidade do teste à amostra e contribuir para o estudo das suas propriedades psicométricas numa amostra com características específicas.

A escala CES-D obteve um alfa de Cronbach de 0.94, valor que pode ser considerado excelente.

A pontuação mínima observada foi 0 e a máxima foi 42, a média das pontuações foi 16.98 (DP=11.85). Considerado o teste Kolmogorov-Smirnov, a distribuição não se afastou significativamente da normalidade (Tabela 3).

Tabela 3. Mínimo, máximo, média e desvio padrão, alfa de Cronbach e teste de normalidade da CES-D

Mínimo - máximo	Média	DP	Alfa de Cronbach	Teste de normalidade ^a
0-42	16.98	11.85	0.94	K-S(40)=0.125, p=.119

^a Kolmogorov-Smirnov

De acordo com os critérios de Gonçalves e Fagulha (2006) 37.50% das inquiridas apresentava perturbação depressiva (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de perturbação depressiva

Pontuação	n	%
≤19 (sem perturbação depressiva)	25	62.50
≥20 (com perturbação depressiva)	15	37.50

O teste dos recursos familiares obteve um alfa de Cronbach de 0.84. Para diversos autores um valor de alfa igual ou superior a 0.80 é considerado bastante bom (Nunnally, 1978; Cronbach, 1951; DeVellis, 1991; Wylie, 1974; Moore, 1983; Bryman & Cramer, 1993).

A pontuação mínima observada foi 31 e a máxima foi 56, a média das pontuações foi 44.78 (DP=7.57). Considerado o teste de Kolmogorov-Smirnov a distribuição difere significativamente da distribuição normal (tabela 5).

Tabela 5. Mínimo, máximo, média e desvio padrão, alfa de Cronbach e teste de normalidade do teste dos Recursos Familiares

Mínimo - máximo	Média	DP	Alfa de Cronbach	Teste de normalidade ^a
31-56	44.78	7.57	0.84	K-S(40)=0.180, p=0.002

^a Kolmogorov-Smirnov

Para testar a hipótese de os recursos internos do sistema familiar estarem associados com a intensidade da sintomatologia depressiva foi efectuada uma correlação de Spearman² (rho). Foi obtida uma correlação de -0.54. Como podemos observar no *scatter plot* a relação entre as variáveis é tendencialmente linear (Gráfico 1). Assim, para a amostra em estudo, à medida que aumentam os recursos familiares diminui a sintomatologia depressiva. Com recursos familiares acima da pontuação 40 apenas quatro casos pontuam acima de 20 no CES-D. Três destas mulheres são casadas e o agregado

² Tendo a escala de recursos familiares uma distribuição não normal, optámos por uma correlação não paramétrica.

familiar é composto por três elementos, uma é solteira e o agregado familiar é composto apenas por dois elementos.

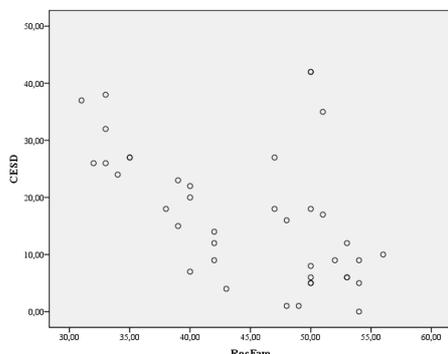


Gráfico 2. Scatter plot da relação entre os recursos familiares e a sintomatologia depressiva

Apesar de a média da sintomatologia depressiva decrescer à medida que aumenta a escolaridade a diferença entre níveis de escolaridade não foi estatisticamente significativa. O recurso à prova não paramétrica Kruskal Wallis deveu-se ao pequeno número de sujeitos por categoria o que torna a utilização da ANOVA desaconselhável (Howell, 2002), mas tem como consequência um menor poder para identificar diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6. Médias, desvios-padrão e teste Kruskal Wallis da sintomatologia depressiva em função do nível de escolaridade

Escolaridade ^a	n	Média	DP	Kruskal Wallis Test	p
2º e 3º ciclo	11	24.64	13.71	5.953	0.051
Ensino Secundário	17	15.71	11.50		
Ensino Superior	9	10.56	5.32		

^a Por possuírem frequências muito baixas o 1º ciclo e outras habilitações não foram considerados

Para possibilitar a análise da sintomatologia depressiva em função do estado civil foram agregadas as categorias solteira, divorciada e viúva sob a categoria não casada. A diferença entre casadas e não casadas não foi estatisticamente significativa (Tabela 7). Por não ter sido considerada como opção a união de facto não nos é possível verificar se estas mulheres, apesar do seu estado civil ser solteira se estão de facto sozinhas³.

³ Em oito casos das mulheres “não casadas” o pai do bebé assistiu ao parto.

Tabela 7. Médias, desvios-padrão e teste de homocedasticidade⁴ e t-student da sintomatologia depressiva em função do nível do estado civil

Estado Civil	n	Média	DP	Teste de Levene ^a	t-student	p
Não casada	17	14.94	10.30	F=1.450. p=0.236	-0.932	0.357
Casada	23	18.48	12.89			

^a Teste de homocedasticidade

A correlação observada entre a idade e a sintomatologia depressiva não foi significativa ($\rho=.076$, $p=.643$).

Não foram encontradas correlações significativas entre a intensidade da sintomatologia depressiva e o número de pessoas do agregado familiar ($\rho=-.01$, $p=.930$) nem com o número de filhos ($\rho=.072$, $p=.657$).

Entre as casadas o tempo médio de casamento antes da actual gravidez foi de 3.13 nos (DP=2.91), variando entre 0 e dez anos.

São primíparas 65.00% das inquiridas, 25.00% já tinham tido uma gravidez anterior, 7.50% duas e 2.50% três. O número de gravidezes não está associado à sintomatologia depressiva ($\rho=.03$, $p=.870$).

Seis inquiridas (15.00%) referiram problemas nas gravidezes anteriores. A gravidez foi planeada em 62.50% dos casos e desejada em 92.50%. Fizeram tratamentos de fertilidade 10.00% das inquiridas.

A preparação para o parto foi feita por 37.50% das inquiridas.

Tabela 8. Planeamento da gravidez

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Problemas nas gravidezes anteriores	6	15.00	34	85.00
Gravidez planeada	25	62.50	15	37.50
Gravidez desejada	37	92.50	3	7.50
Tratamentos de fertilidade	4	10.00	36	90.00
Preparação para o parto	15	37,50	25	62,50

⁴ A homocedasticidade ou homogeneidade das variâncias significa que tendo dois grupos a comparar a sua variância não difere estatisticamente, $\sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma^2$, e é um pressuposto para a utilização de provas paramétricas (Howell, 2002).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na intensidade da sintomatologia depressiva entre as mães em que a gravidez foi planeada e aquelas em que isso não aconteceu (Tabela 9).

Tabela 9. Médias, desvios-padrão e teste de homocedasticidade e t-student da sintomatologia depressiva em função do nível do estado civil

	n	Média	DP	Teste de Levene ^a	t-student	p
Gravidez						
Planeada	25	17.28	11.63	F=1.110,	0.208	0.837
Não planeada	15	16.47	12.60	p=0.299		

^a Teste de homocedasticidade

Apenas três sujeitos referiram sentir-se mal, ou muito mal durante a gravidez (Tabela 10). Foi obtida uma correlação significativa entre o grau de bem estar ao longo da gravidez e a intensidade da sintomatologia depressiva ($\rho=-0.34$, $p=0.035$), ou seja, as mulheres com menor intensidade de sintomatologia tendem a relatar um maior bem estar durante a gravidez.

Tabela 10. Bem estar ao longo da gravidez

Sentiu-se	n	%
Muito Bem	16	40.00
Bem	11	27.50
Normal	10	25.00
Mal	2	5.00
Muito Mal	1	2.50

O parto foi eutócico em 47.50% da amostra. Entre os partos distócicos foram cesarianas 35.00% e fórceps 10.00% (Tabela 10).

Tabela 11. Tipo de parto.

Tipo de parto	<i>n</i>	%
Eutócico	19	47,50
Fórceps	4	10,00
Cesariana Combinada	3	7,50
Cesariana Urgência	11	27,50
Outro	3	7,50

As mulheres que tiveram parto eutócico apresentaram uma intensidade dos sintomas depressivos significativamente inferiores às que tiveram parto distócico (Tabela 12).

Cálculado o *odds ratio* verificamos que a perturbação depressiva (≥ 20) surge numa relação de cinco partos distócicos para dois eutócicos, dito de outra forma, a probabilidade de uma mulher com parto distócico desenvolver perturbação depressiva é cerca de 2.5 vezes superior a uma mulher de parto eutócico.

Tabela 12. Médias, desvios-padrão e teste de homocedasticidade e t-student da sintomatologia depressiva em função do tipo de parto

Tipo de parto	<i>n</i>	Média	<i>DP</i>	Teste de Levene ^a	t-student	<i>p</i>
Eutócico	19	12,00	10,28	F=0.520	-2.726	0.010
Distócico	21	21,48	11,57	p=0.475		

^a Teste de homocedasticidade

O pai do bebé assistiu ao parto em 55.00% dos casos, dois dos quais em companhia de uma tia, a avó ou o avô em 10.00% dos casos (Tabela 13).

Tabela 13. Quem assistiu ao parto

Familiar	<i>n</i>	%
Avó	3	7,50
Avô	1	2,50
Ninguém	14	35,00
Pai	20	50,00
Pai/Tia	2	5,00

Afirmaram estar felizes ou muito felizes durante o parto 67.50% das inquiridas enquanto que 55.00% afirmavam ser o estado físico bom ou muito bom. A correlação entre o estado emocional e o estado físico durante o parto foi de 0.63 (rho; p=.000).

O estado físico durante o parto não se correlaciona com a intensidade da sintomatologia depressiva (rho=.28, p=.083). No que diz respeito ao estado emocional a correlação com a intensidade da sintomatologia depressiva foi de .43 (rho, p=.006).

Estiveram durante o parto 47.50% das mulheres simultaneamente com um estado físico entre muito bom e bom e um estado emocional muito feliz ou feliz, contudo três destas mulheres desenvolveram perturbação depressiva. Apesar do seu estado físico ser mau 5.00% das mulheres relatam a felicidade como estado emocional, uma desenvolveu posteriormente sintomatologia depressiva.

As três mulheres em que o estado físico foi mau ou muito mau, e o emocional foi de desânimo desenvolveram perturbação depressiva.

Tabela 14. Relação entre o estado emocional e físico durante a gravidez

Estado emocional durante o parto	Estado físico durante o parto					Total
	Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau	
Muito Feliz	20.00%	17.50%	5.00%	2.50%	0.00%	45.00%
Feliz	0.00%	10.00%	10.00%	2.50%	0.00%	22.50%
Normal	0.00%	5.00%	15.00%	2.50%	0.00%	22.50%
Desanimada	0.00%	2.50%	0.00%	2.50%	2.50%	7.50%
Muito Desanimada	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	2.50%	2.50%
Total	20.00%	35.00%	30.00%	10.00%	5.00%	100.00%

Quando questionadas sobre as preocupações com o bebé no momento presente a maior parte das respostas situaram-se na opção algumas vezes, a excepção foi as dificuldades de alimentação que 72.50% referem pouco ou nada (Tabela 15).

Tabela 15. Preocupações no momento presente

Preocupações	Muito ou quase sempre	Algumas vezes	Pouco ou quase nada
Acha que o seu bebé chora	15.00%	62.50%	22.50%
Acha o seu bebé difícil de acalmar	10.00%	52.50%	37.50%
Acha o seu bebé com dificuldades em adormecer	12.50%	55.00%	32.50%
Acha que o seu bebé tem dificuldades com a alimentação	12.50%	15.00%	72.50%

Para obtermos um índice de preocupações actuais começamos por calcular a consistência interna dos quatro indicadores avaliados através do alfa de Cronbach, o valor obtido foi de 0.87. Os quatro indicadores obtiveram correlações corrigidas entre 0.64 e 0.80. O índice foi obtido através do somatório dos quatro indicadores dividido pelo número de indicadores.

O índice de preocupações actuais não se correlaciona significativamente com a intensidade dos sintomas depressivos ($\rho=0.29$, $p=0.072$).

As preocupações com a saúde e desenvolvimento da criança que mais preocupam as mães são o estado emocional (40% de respostas muito ou quase sempre) e o desenvolvimento futuro (57.50% de respostas muito ou quase sempre) (tabela 16).

Tabela 16. Preocupações com a saúde e desenvolvimento do bebé

Preocupações	Muito ou quase sempre	Algumas vezes	Pouco ou quase nada
Estado físico	25.00%	32.50%	42.50%
Estado de saúde	25.00%	32.50%	42.50%
Estado emocional	40.00%	27.50%	32.50%
Desenvolvimento futuro	57.50%	15.00%	27.50%

O índice de preocupações com a saúde foi obtido através do somatório dos quatro indicadores dividido pelo seu número. A consistência interna dos

quatro indicadores avaliados foi de .84. Os quatro indicadores obtiveram correlações corrigidas entre .57 e .76.

O índice de preocupações com a saúde e desenvolvimento do bebê não se correlaciona significativamente com a intensidade dos sintomas depressivos ($\rho=.01$, $p=.973$).

Apenas 25.00% da amostra assinalou *muito ou quase sempre* nos dois itens de preocupações com a família (Tabela 17). Estes dois itens têm uma correlação entre si de .46 ($p=.003$).

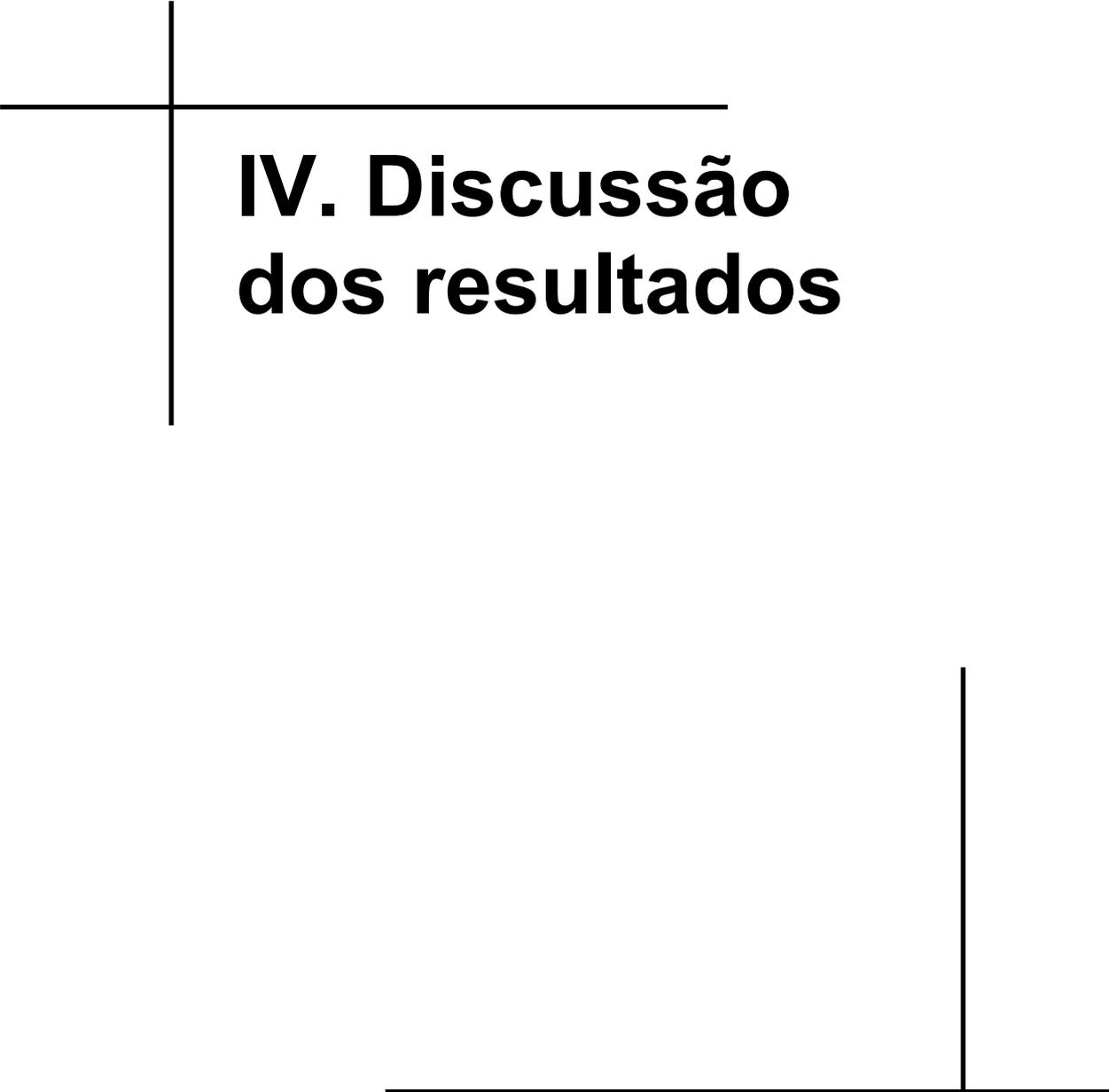
Tabela 17. Preocupações familiares

Preocupações	Muito ou quase sempre	Algumas vezes	Pouco ou quase nada
Reacção do marido/companheiro com o bebê	25.00%	32.50%	42.50%
Reacção doutros familiares significativos	25.00%	32.50%	42.50%

O índice de preocupação com a família não se correlaciona significativamente com a sintomatologia depressiva ($\rho= 0.03$, $p=0.88$).

Considerados todos os indicadores de preocupação em conjunto o alfa de Cronbach obtido foi de .76.

O índice de preocupação total não se correlacionou significativamente com a intensidade da sintomatologia depressiva ($\rho=0.18$, $p=0.28$).



IV. Discussão dos resultados

Face aos resultados apresentados anteriormente vamos procurar responder então às hipóteses que foram delineadas no presente estudo, e aos dados obtidos no tratamento estatístico que constam da utilização de alguns testes paramétricos e não paramétricos (Rho de *Spearman*, Kruskal Wallis, Kolmogorov-Smirnov e t-student).

O estudo foi orientado para verificar a existência de associação entre as variáveis dependentes e independentes, tal como referido no capítulo II- Metodologia.

Um dos objectivos do estudo foi verificar se existiria associação entre as variáveis sóciodemográficas e a intensidade de sintomatologia depressiva materna, e para tal consideram-se então a idade, o nível de escolaridade, o estado civil e o número de filhos.

Os resultados revelaram que as mulheres da nossa amostra têm idades compreendidas entre os 17 e os 35 anos, e a média de idades é de 27 anos de idade, o que coincide com as amostras de vários estudos empíricos que apresentámos na introdução teórica (Glazier *et al.*, 2004; Grazioli e Terry, 2000; Gurung *et al.*, 2005; Mathey *et al.*, 2004; Perren *et al.*, 2005; Wilson *et al.*,

2004, *cit in* Carvalho 2006), logo permite-nos ter uma amostra mais próxima aos estudos consultados e que nos serviram como referência nesta discussão.

Relativamente à idade da mulher (H1), verificamos que não foi encontrada associação estatisticamente significativa com a intensidade de sintomatologia depressiva ($\rho=0.076$, $p=0.643$), portanto a primeira hipótese deste estudo não foi comprovada, resultados que também não nos permitem verificar se nesta amostra existe uma tendência estatística. Estes resultados parecem vir ao encontro de um estudo de Pereira e colaboradores (2003), onde referem que a idade materna não está associada com a presença de sintomatologia depressiva em grávidas, no entanto, como esse estudo recai sobre adolescentes e na fase da gravidez, não nos é possível elações específicas. Acrescente-se que a nossa amostra não tem mulheres com idades acima dos 35 anos, idade considerada significativa nos dados referidos por Windridge e Berryman (1999, *cit in* Costa 2004), logo não temos dados que nos permitam verificar diferenças entre mães de idade jovem e idades avançadas.

No que diz respeito à variável nível de escolaridade (H2), o que se verifica neste estudo é que a associação com a intensidade de sintomatologia depressiva materna não é estatisticamente significativa ($p=0.051$), apesar da sintomatologia depressiva decrescer à medida que aumenta a escolaridade, justificando-se então uma tendência para níveis mais elevados de escolaridade apresentarem valores mais baixos de sintomatologia depressiva. Esta tendência parece ir ao encontro do referido por autores como Fernandez *et al.*, 2005; Glazier *et al.*, 2004; Gurung *et al.*, 2004 (*cit in* Carvalho 2006), que referem o aumento do nível de psicopatologia materna junto de populações com habilitações literárias mais baixas. Prossegue Fernandez *et al.*, (2005, *cit in* Carvalho 2006) que afirma que um maior nível de escolaridade se associa a maior capacidade da mulher para desenvolver competências que a ajudem a resolver complicações e situações que possam ocorrer durante a gravidez. Especificando, um nível mais elevado de escolaridade poderá levar a que uma mulher grávida enfrente melhor os acontecimentos de vida negativos, podendo aventar-se como tal que esta situação também se possa vir a verificar no pós-parto.

De acordo com Rizk *et al.* (2001, *cit in* Costa 2004), um nível de escolaridade mais elevado apresenta uma pior experiência de parto, e segundo

Dannenbring *et al.*, (1997, *cit in* Costa 2004), as mulheres com menor nível educacional estão mais satisfeitas com a experiência de parto. Então os valores parecem compor a compreensão de que níveis de escolaridade mais elevados tendem a apresentar valores mais favoráveis no âmbito da psicopatologia, mais especificamente na sintomatologia depressiva, mas não na situação de parto.

Quanto à variável estado civil (H3), o que se verificou na amostra do nosso estudo foi que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a associação deste com a intensidade de sintomatologia depressiva materna ($p=0.357$). No estudo foram consideradas as mulheres que se incluíram nas categorias solteira, viúva e divorciada, como sendo as não casadas, mas aqui houve um aspecto que não nos foi possível estudar, pois não sabemos se as solteiras vivem ou não em união de facto, e isto já poderia fazer a diferença, pois aqui elas são incluídas no grupo das não casadas, mas de facto poderão estar a viver com o pai do bebé, pois verificou-se que em 8 casos das mulheres “não casadas” foi o pai do bebé quem assistiu ao parto. Aspecto de ressalva que também é sublinhado pelo valor da média do agregado familiar – 3,40 elementos.

Quanto à variável número de filhos (H4), também não obtivemos dados no sentido de uma associação com a intensidade de sintomatologia depressiva materna ($\rho=.072$, $p=.657$), assim como o facto de a mulher ser ou não primípara, pois o número de gravidezes também não apresentou resultados expressando estar associado com a sintomatologia depressiva materna ($\rho=.03$, $p=.870$). De acordo com Mendes em 2002 as mulheres que já foram mães tendem a estar mais preparadas numa segunda gravidez; e segundo Steiner (2002, *cit in* Carvalho 2006), as primíparas tendem a um estado de maior vulnerabilidade à perturbação pós-parto; o que não conseguimos verificar nesta amostra, talvez pelo facto de termos o domínio de primíparas (65%), logo uma não equivalência na comparação entre primeira gravidez, existência de um filho, e uma gravidez com a situação de não primíparas, mais de um filho e de uma gravidez.

No que concerne ao planeamento da gravidez (H5), neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na intensidade da

sintomatologia depressiva entre as mães em que a gravidez foi planeada e aquelas em que isso não aconteceu ($p=0.837$). De acordo com Gurung e colaboradores (2005, *cit in* Carvalho 2006), as mulheres que planearam e aceitaram a gravidez tendem a evidenciar níveis mais baixos de ansiedade ao longo da gravidez. Um outro estudo de Conway e Kennedy (2004, *cit in* Carvalho 2006), refere que o facto de uma gravidez ser não planeada/não desejada está associada com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva materna, o que nestes resultados obtidos não nos permite confirmar talvez devido às limitações do estudo e à caracterização da amostra e sintomatologia depressiva materna obtida (37,50%), onde há uma maioria de mães primíparas (65%), com gravidez planeada (62,5%), com 2º e 3º ciclo (24,64%) e casadas (57,50%), e valores na CES-D com 37,50% de inquiridas com perturbação depressiva, bastante acima do valor encontrado por Augusto *et al.* (1996, *cit in* Costa 2004) numa população portuguesa (13,1%), ou nos estudos de Gorman *et al.* (2004, *cit in* Costa 2004) 17,3% na cidade do Porto e de 12,3% (em média) em 8 países considerados, e 10-20% de prevalência de depressão pós-parto referido por alguns autores, como Milgrom, Martim e Negri em 1999.

E no que diz respeito ao tipo de parto (H6), as mulheres que tiveram parto eutócico apresentaram uma intensidade dos sintomas depressivos significativamente inferiores às que tiveram parto distócico, tal como nos diz um estudo de Figueiredo *et al.* (2003), em que os dados daí resultantes mostram que a experiência da mulher é significativamente mais positiva quando o parto é eutócico em relação ao parto distócico, afirmando também que as grávidas sujeitas a cesariana percebem mais negativamente a sua experiência de parto, comparativamente com as grávidas que tiveram um parto eutócico.

Quanto à hipótese que se refere à forma como decorreu o parto, no que diz respeito ao bem estar emocional da grávida, o que se constatou é que foi obtida uma correlação estatisticamente significativa entre o grau de bem estar ao longo da gravidez e a intensidade da sintomatologia depressiva materna no pós-parto ($\rho=-0.34$, $p=0.035$), ou seja, as mulheres com menor intensidade de sintomatologia depressiva no pós-parto, tendem a relatar um maior bem estar durante a gravidez. No que diz respeito ao bem estar físico, durante o

parto não se correlaciona com a intensidade da sintomatologia depressiva materna ($\rho=0.28$, $p=0.083$).

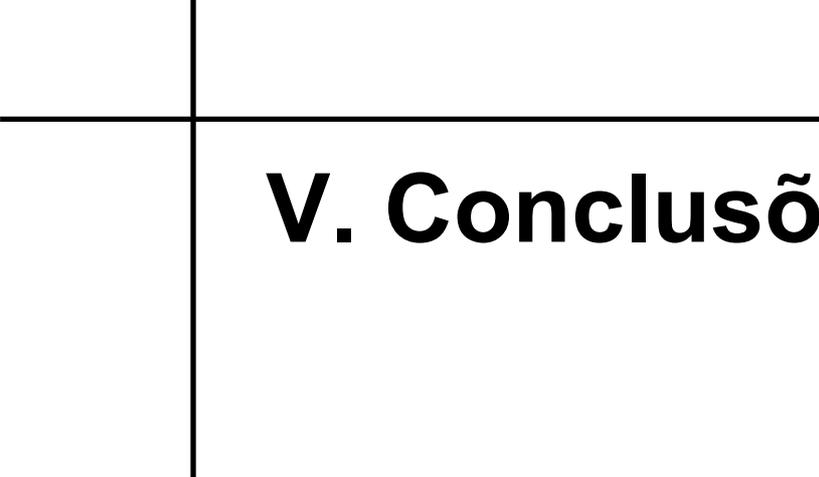
Em relação à hipótese acerca da associação na relação mãe/bebé (H7), no que diz respeito às preocupações de saúde e desenvolvimento, os resultados mostram que o índice de preocupações actuais não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com a intensidade dos sintomas depressivos maternos ($\rho=.01$, $p=.973$), bem como o índice de preocupações com a saúde e desenvolvimento do bebé, ou seja, o índice de preocupação total não se correlacionou de forma estatisticamente significativa com a intensidade da sintomatologia depressiva materna ($\rho=0.18$, $p=0.28$), portanto esta hipótese também não foi verificada estatisticamente significativa. Assim fica em aberto a questão das preocupações da mãe em relação à criança, e de que forma esta interfere ou está ligada à sintomatologia depressiva materna.

Por último, a hipótese onde se pretende explorar se existe associação entre a relação mãe/família (H8), em relação à rede social de suporte e aos recursos familiares com a intensidade de sintomatologia depressiva materna ($\rho=0.54$, $p=0.002$), o que se verificou foi que existe associação entre estas duas variáveis, ou seja à medida que aumentam os recursos familiares, diminui então a sintomatologia depressiva materna. Em relação ao número de pessoas que vivem no agregado familiar também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\rho=-0.01$, $p=0.930$) entre esta associação com a intensidade de sintomatologia depressiva materna.

Os resultados do teste dos recursos familiares parecem estar de acordo com Paiva e Figueiredo (2005, *cit in* Figueiredo, *et al.*, 2006) ao referir que a qualidade das relações interpessoais e o apoio por parte de pessoas significativas em períodos da vida mais vulneráveis à descompensação psicopatológica, como é o caso da gravidez e a transição para a parentalidade, têm extrema importância no contributo para o bem-estar da mulher.

Factores como a idade, a escolaridade, o estado civil, o número de pessoas que vivem no agregado familiar, o número de gravidezes, o planeamento da gravidez e as preocupações com o estado de saúde do bebé não apresentaram resultados que nos permitem associar com a intensidade de sintomatologia depressiva materna no presente estudo.

Estudos de Augusto *et al.* (1996, *cit in* Costa 2004) conduzidos com amostras portuguesas mostram igualmente que a idade não se relaciona com a depressão após o parto, mas diferente do que acontece no nosso estudo, a escolaridade tem uma relação com a depressão após o parto, no sentido de que uma maior formação académica, é sinónimo de uma maior capacidade da mulher para lidar com acontecimentos negativos. Aspectos que parecem indicar a necessidade de prosseguir com estudos em que a amostra seja mais extensa em número e localização geográfica, para homogeneizar as condições e características a serem avaliadas.



V. Conclusões

Antes de passarmos às conclusões gerais do presente estudo, não podemos deixar de apresentar algumas limitações inerentes ao seu desenvolvimento.

A principal limitação deste estudo prende-se com o facto da amostra ter ficado um pouco aquém das expectativas, principalmente devido ao factor tempo, que condicionou um pouco, pois o processo de obtenção das autorizações foi um bastante moroso (o pedido à comissão de ética do Centro Hospitalar de Coimbra tem actualmente trâmites burocráticos que implicam uma espera bastante significativa).

O estudo que apresentamos é de natureza exploratória, em que não se pretendem generalizar os resultados, porque não nos é possível assegurar a representatividade da amostra.

Uma outra limitação diz respeito aos métodos de recolha de dados, pois utilizaram-se para o efeito questionários de auto-preenchimento, os quais apesar de estarem validados e aferidos para a população portuguesa, podem ter sempre a limitação do estado emocional e a capacidade cognitiva e

linguística a interferirem nas respostas assinaladas aquando do seu preenchimento.

Finalmente, outra limitação tem a ver com o facto de os questionários terem sido passados num único momento, pois desta forma não saberemos se os sintomas avaliados serão transitórios, nem se poderão ter-se desenvolvido mais após esta única avaliação, logo um aspecto inerente àquilo que compõe um estudo transversal.

Seria interessante futuramente considerar a variável económica, como uma variável independente, pois esta é uma variável que poderá ser também associada à estabilidade emocional materna.

Para abordarmos a existência de sintomatologia depressiva em mães no período pós-parto, e possíveis factores associados, centrámos o presente trabalho numa maternidade da zona centro em factores sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos, sociais e psico-sociais.

Assim face à análise dos resultados, às limitações encontradas e de acordo com a revisão bibliográfica consultada, podemos retirar as seguintes conclusões do nosso estudo:

- 1) em termos de variáveis sócio-demográficas como a idade, a escolaridade, o estado civil, o número de pessoas que vivem no agregado familiar, e o número de filhos, não encontramos valores que permitam estabelecer uma associação estatisticamente significativa com a intensidade de sintomatologia depressiva materna.
- 2) No que concerne ao planeamento da gravidez, neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na intensidade da sintomatologia depressiva entre as mães em que a gravidez foi planeada e aquelas em que isso não aconteceu.
- 3) foi obtida uma correlação estatisticamente significativa entre o grau de bem estar ao longo da gravidez e a intensidade da sintomatologia depressiva materna, ou seja, as mulheres com menor intensidade de sintomatologia tendem a relatar um maior bem estar durante a gravidez; já no que diz respeito ao

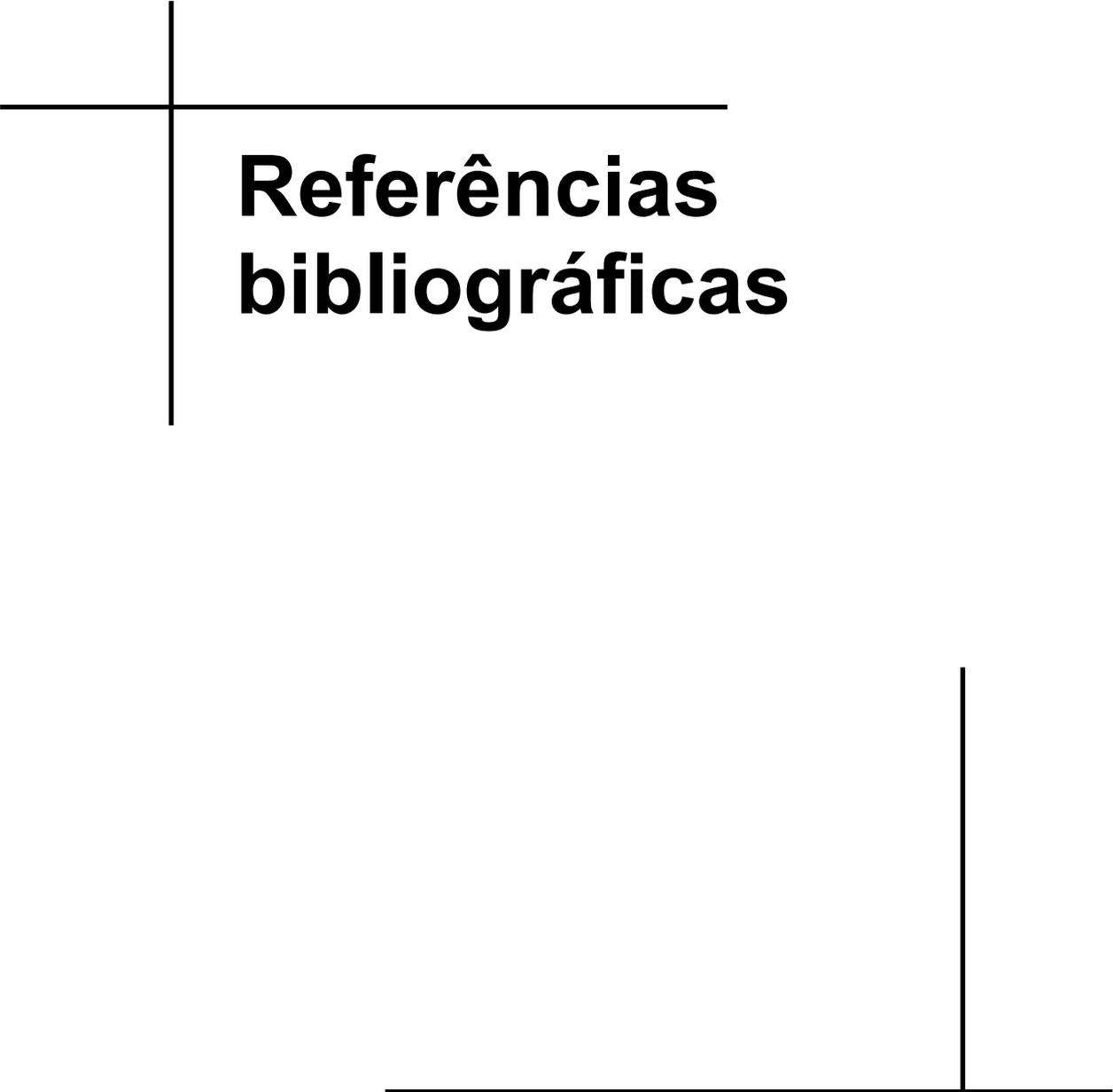
bem estar físico, durante o parto, não se correlaciona com a intensidade da sintomatologia depressiva.

- 4) no que diz respeito às preocupações de saúde e desenvolvimento do filho, o que se verificou foi que o índice de preocupações actuais não apresenta valores que permitam uma correlação estatisticamente significativa com a intensidade dos sintomas depressivos maternos
- 5) Finalmente, encontramos resultados com valores estatisticamente significativos entre o maior nível de recursos e a diminuição da intensidade da sintomatologia depressiva materna.

Em suma, das 8 hipóteses por nós colocadas, apenas 2 foram comprovadas, foram elas, a que diz respeito à forma como decorreu o parto em relação ao bem estar da mulher, e a dos recursos familiares. Desta forma, é de esperar que no período pré-natal e peri-natal ocorra um despiste de situações de risco para a grávida e para o bebé, que poderão derivar de factores de natureza sóciodemográfica, obstétrica e ansiógenos ao longo da gravidez e consequentemente promoção de condições facilitadoras para a díade mãe-bebé e díade mãe-família.

Podemos também concluir que, as investigações têm vindo a mostrar que a gravidez e o parto são acontecimentos de vida com extrema importância para a vida não só da mulher, mas também do casal e da rede familiar, situação em que embora a percepção de recursos familiares parece facilitar o estado emocional da mulher, no sentido do não desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

As hipóteses levantadas neste estudo poderão então ser exploradas com maior profundidade através de outros estudos, envolvendo amostras maiores que acompanhem as grávidas ao longo do tempo, e utilizando instrumentos mais específicos não só para o pós-parto, mas também para o período da gravidez.



Referências bibliográficas

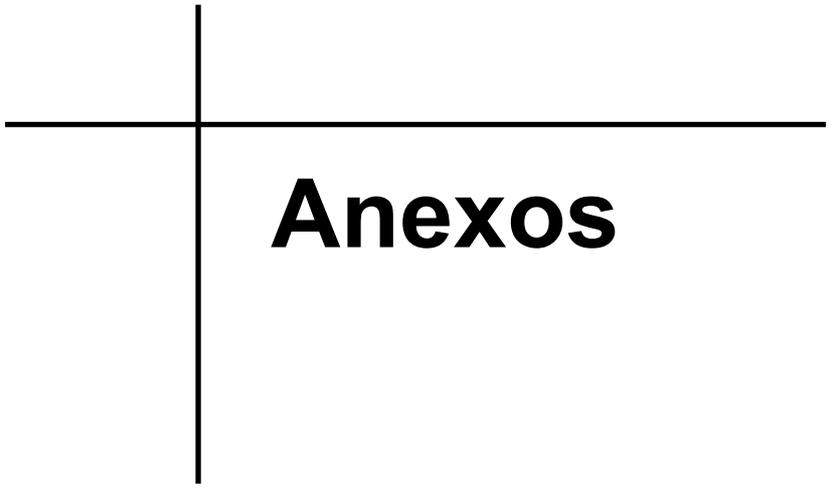
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação Científica em Psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fourth edition). Washington Dc: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision*. Washington Dc: American Psychiatric Press.
- Anastasi. A.(1990). *Psychological testing* (6th edition). New York: Mc Millan.

- Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C. (2001). Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M.C., Serra, A.V., Firmino, H. & Ramalheira, C. (1993). Recursos familiares e perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 14 (2), 85-91.
- Carvalho, P. (2006). *Gravidez e Risco Psicopatológico*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Departamento de Psicologia e Educação - Universidade da Beira Interior.
- Costa, R. (2004). *Antecipação e Experiência de Parto e Depressão Após o Parto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, apresentada à Universidade do Minho.
- Cronbach. L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16. 297-334.
- Cronbach. L.J. (1990). *Essentials of psychological testing (5th edition)*. New York: Harper Collins Pubs.
- DeVellis. R. F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Feliciano, F. (2002). *A Relação Pais-Infante Prematuro Vivida Através Do Método Canguru Utilizando O Vídeo Interaction Guidance (VIG) Na Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais E O Vídeo Hometraining (VHT) No Domicílio*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia

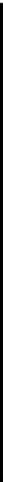
Clínica não publicada, apresentada ao Instituto de Educação em Psicologia da Universidade do Minho.

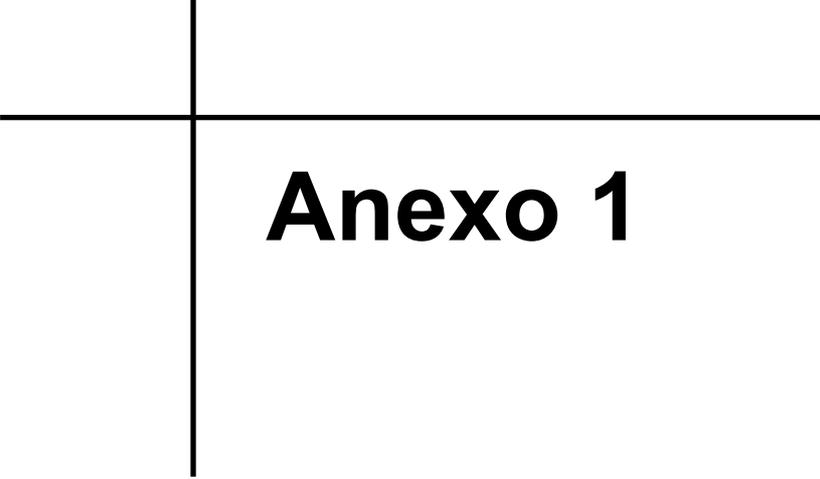
- Figueiredo, B. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento na Maternidade*. in I. Soares (org.), *Trajectórias (Ina) Adaptadas de desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Figueiredo, B. (2001a). Depressão pós-parto: Considerações a propósito da intervenção psicológica. *Psiquiatria Clínica*, 22 (3), 329-339.
- Figueiredo, B. (2001b). Perturbações Psicológicas do Puerpério. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2003). Tipo de parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*, XXXVI (6), 265-306.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R. & Margarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia, teoria, investigação e prática*, 11 (1), 3-25.
- Figueiredo, B., Conde, A., Costa, R., Pacheco, A. & Pais, A. (2007). Percepção da experiência de parto: continuidade e mudança ao longo do pós-parto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 49-66.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2006). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos. In Gonçalves, M. *et al.*, *Avaliação Psicológica-instrumentos validados para a população portuguesa*, volume 1, (pp. 33-43). Coimbra: Quarteto Editores.

- Howell. D. (2002). *Statistical methods for psychology* (5ªEd.). Duxbury: Pacific Grove.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (1994). *Classificação Nacional das Profissões*. Lisboa: Autor.
- Mendes, I. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Nunnaly. J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: Mc Graw-Hill.
- Pereira, A., Canavarro, M., Mendonça, D. & Cardoso, M. (2003). Factores promotores do ajustamento emocional em jovens durante a gravidez. *Psychologica*, 33, 33-46.
- Relvas e Lourenço (2001). Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In M.C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 105-132). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, M. B. (1998). Perturbações Psíquicas na gravidez e puerpério. *Psiquiatria Clínica*, 19 (1), 61-69.



Anexos





Anexo 1

Carta de Consentimento Informado

Pedido de Consentimento Informado

EX.ma Mãe

Enquanto finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, do Instituto Superior Miguel Torga, encontrando-se a fazer um trabalho de investigação, integrado na Dissertação da Tese de Mestrado, pretende compreender um pouco mais sobre a relação mãe/bebé e mãe/ família, e de que forma certos factores contribuem para a intensidade da sintomatologia depressiva presente nas mães, do período entre um a dois meses após o parto.

Por este meio solicito a V. colaboração para responderdes a aos seguintes questionários:

- Ficha de identificação (onde constam algumas informações relativamente à relação mãe/bebé/família antes, durante e após o parto)
- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (C.E.S.-D.) – utilizada para verificar o nível de sintomatologia depressiva
- Teste dos Recursos Familiares – teste que avalia a capacidade familiar na prevenção de acontecimentos indutores de stress

É com o devido respeito que garante o anonimato na utilização dos dados e informações obtidas, os quais serão divulgados no meio da comunidade científica e pelos profissionais da saúde.

Após leitura atenta e esclarecedora deste Pedido de Consentimento, eu Mãe declaro autorizar a minha participação nesta investigação, documento que vou assinar conjuntamente com a responsável pela investigação.

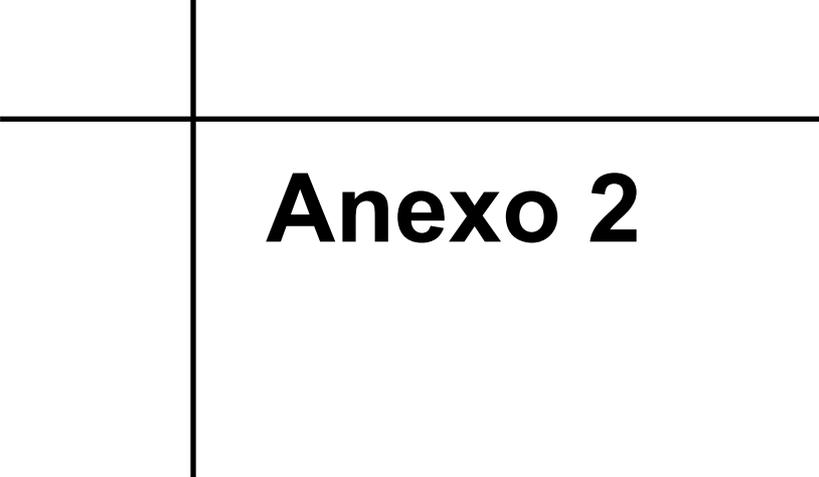
A responsável pela Investigação

(Sandra Agra)

A mãe

(Mãe do Bebê)

Coimbra, de de 2009.



Anexo 2

Ficha de identificação

Ficha de Identificação

Nome: _____

1. Idade: _____

2. Escolaridade: (assinale com uma cruz)

Ensino Primário completo _____

Ensino Básico _____

Ensino Secundário _____

Ensino Superior _____

Outro _____

3. Profissão: _____

4. Estado civil: (assinale com uma cruz)

Solteira _____

Casada _____

Divorciada _____

Viúva _____

Outro _____

5. Quantas pessoas vivem no agregado familiar: _____

6. Nº de Filhos: ____

• **Planeamento da gravidez:**

1. Tempo de casamento antes desta gravidez? _____

2. Qual o nº de gravidezes anteriores? _____

3. Teve problemas nessas gravidezes? Sim Não

4. Esta gravidez foi planeada? Sim Não

5. Esta gravidez foi desejada? Sim Não

6. Fez tratamentos para ficar grávida? Sim Não

7. Como se sentiu ao longo do tempo da gravidez? (assinale com uma cruz)

Muito bem ____

Bem ____

Normal ____

Mal ____

Muito mal ____

8. Fez preparação para o parto? Sim Não

• **Em relação ao parto:**

1. Qual o tipo de parto? (assinale com uma cruz)

Eutócito ____

Fórceps ____

Cesariana Combinada ____

Cesariana de Urgência ____

Outro ____ Qual? _____

2. Quem assistiu? _____

3. Qual o seu estado físico durante o parto? (assinale com uma cruz)

Muito bom ____

4. Acha que o seu bebé tem dificuldades com a alimentação:
- Muito ou quase sempre
 - Algumas vezes
 - Pouco ou quase nada

-Quais são as suas principais preocupações neste momento com o seu bebé? Em relação aos aspectos abaixo mencionados especifique a sua preocupação:

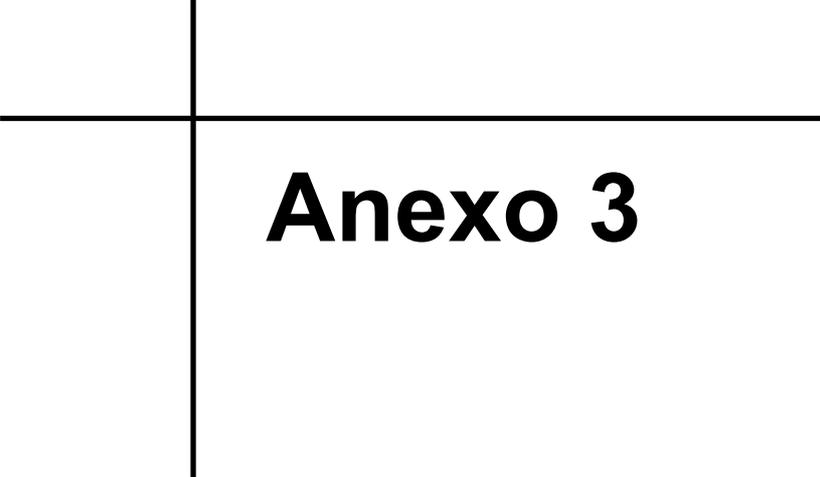
1. Estado físico (características da cabeça, tronco, etc):
- Muita
 - Pouca
 - Quase nada
2. Estado de saúde (infecções, intestinos, etc):
- Muita
 - Pouca
 - Quase nada
3. Estado emocional (alegre, agitado, etc.):
- Muita
 - Pouca
 - Quase nada
4. Desenvolvimento futuro (andar, falar, etc.):
- Muita
 - Pouca
 - Quase nada

-Quais são as suas principais preocupações neste momento em relação à sua família? Em relação aos aspectos abaixo mencionados especifique a sua preocupação:

1. Reacção do marido/companheiro com o bebé: Muita
Pouca
Quase nada

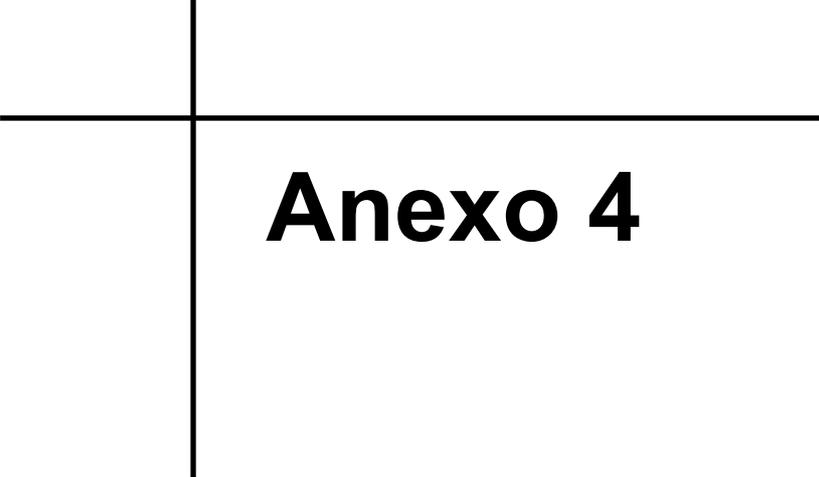
2. Reacção de outros familiares significativos: Muita
Pouca
Quase nada

Grata Pela Sua Colaboração



Anexo 3

Escala C.E.S.-D.



Anexo 4

Teste dos Recursos Familiars